

ЖИТОМИРСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ІВАНА ФРАНКА
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ВЛАСНОЇ ВАГІТНОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ЖИТТЄВОГО СЦЕНАРІЮ

Магістерська робота з
психології
студентки 54 групи
соціально-психологічного
факультету
спеціальність «Психологія»
Устимович Алли Ігорівни

Науковий керівник:
кандидат психологічних
наук, доцент
В. В. Горбунова

Житомир – 2009

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ I. Теоретичний аналіз проблеми життєвого сценарію у психології. Взаємозв'язок життєвого сценарію та типу ставлення до вагітності

1.1. Поняття про життєвий сценарій у психологічній літературі

1.1.1. Поняття про життєвий сценарій та його основні види

1.1.2. Сценарні ігри та види сценарних стосунків

1.1.3. Формування життєвого сценарію. Причини наслідування дитиною батьківської моделі життєвого сценарію

1.2. Особливості ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

1.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок. Основні етапи періоду вагітності

1.2.2. Поняття про базові пренатальні матриці С. Грофа

1.2.3. Психологічні особливості ставлення жінки до власної вагітності в залежності від виду її життєвого сценарію

РОЗДІЛ II. Методи та методика дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

2.1. Методологічні засади дослідження особливостей ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу життєвого сценарію

2.1.1. Методологічні засади дослідження життєвих сценаріїв у руслі трансактного аналізу

2.1.2. Методологічні засади дослідження типу ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями в межах діалогічного підходу

2.2. Процедура дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

2.2.1. Принципи сценарного аналізу. Структура дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

2.2.2. Схема аналізу результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

РОЗДІЛ III. Ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

3.1. Аналіз результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

3.1.1. Кількісний аналіз результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

3.1.2. Якісний аналіз результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

3.2. Особливості ставлення до вагітності у жінок із активним життєвим сценарієм (сценарієм переможця)

3.3. Особливості ставлення до вагітності у жінок із неактивними життєвими сценаріями (сценарієм переможеного та не-переможця)

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність дослідження. У психологічній літературі полеміка навколо проблеми материнського інстинкту розгорілась у другій половині ХХ століття. Одні дослідники (Г. Г. Філіпова, Н. П. Коваленко, Н. В. Боровікова, К. Н. Белогай) насаджують примат соціальних факторів у формуванні материнського відношення, інші (М. Мід, С. Гроф, Е. Бадинтер) дотримуються думки про те, материнська турбота є вродженим механізмом, спільним для людини і приматів.

Аналіз психологічних робіт дозволяє виділити два основні напрямки досліджень. Перший напрямок присвячений обговоренню якостей, поведінки матері, їх впливу на розвиток дитини (С. А. Мінюрова, Є. А. Тетерлева). Другий напрямок аналізу материнства акцентує увагу на ідеї суб'єктності матері і дитини. Найбільш яскраво ця ідея висвітлена у концепції материнства Г. Г. Філіпової. У цій концепції материнство розглядається не тільки як умова для розвитку дитини, але і як особлива потребово-мотиваційна складова психології жінки, що формується на протязі усього життя.

Необхідність дослідження психологічних особливостей ставлення жінки до власної вагітності зумовлена існуванням явища девіантного материнства (Д. Пайнс, К. Боне). На думку багатьох дослідників (Е. Берн, І. Ю. Хамітова, В. С. Торохтій, І. Є. Ісеніна, Т. І. Барановська, К. Штайнер), існує зв'язок між типом ставлення до вагітності і видом життєвого сценарію: жінки, запрограмовані на досягнення успіху, впродовж тривалого часу відмовляються від народження дитини. Вагітність викликає у них негативні емоційні переживання, що у свою чергу не може не позначитись на психічному та фізичному здоров'ї майбутньої дитини.

Актуальність проблеми і відсутність методів її вивчення зумовили вибір теми дослідження «Психологічні особливості ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу життєвого сценарію».

Об'єкт дослідження: специфіка сценарної поведінки особистості.

Предмет дослідження – ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями.

Гіпотеза дослідження. Тип життєвого сценарію обумовлює ставлення жінки до власної вагітності:

1. Жінки з неактивними життєвими сценаріями (сценарій переможеного та сценарій не-переможця) мають переважно оптимальний тип ставлення до вагітності (відповідально відносяться до своєї вагітності, ведуть активний образ життя, своєчасно стають на облік до жіночої консультації виконують рекомендації лікарів, слідкують за своїм здоров'ям, із задоволенням займаються на курсах допологової підготовки).

2. Жінки з активними життєвими сценаріями (сценарій переможця) мають певні проблеми у ставленні до власної вагітності (ведуть нездоровий спосіб життя, перебільшують труднощі та можливі небезпеки, вимагають до себе надмірної уваги).

У відповідності з метою дослідження та висунутою гіпотезою, поставлено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми життєвого сценарію у психології.

2. Встановити зв'язок між життєвим сценарієм та типом ставлення до вагітності.

3. Розробити процедуру дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями.

4. Провести дослідження, спрямоване на виявлення особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями.

5. Зробити висновок про особливості ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу життєвого сценарію.

Теоретико-методологічною основою дослідження є положення теорії трансактного аналізу Е. Берна та вчення І. А. Аршавського про гестаційну домінанту.

Методи та організація дослідження. З метою дослідження та аналізу проблеми ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями нами було розроблено та використано процедуру структурованого опитування з включенням модифікації методики «Незакінчені речення» та технік трансактного аналізу. Для встановлення впливу життєвого сценарію на тип ставлення до вагітності, а також з метою оцінки взаємодії між цими двома факторами було використано метод кутового перетворення Фішера.

Дослідницькою базою стала жіноча консультація Центральної поліклініки №1 міста Житомира. Участь у дослідженні взяли 22 жінки. Вік вагітних, термін вагітності та особливості її протікання враховані не були, оскільки вони не мають суттєвого впливу на результати дослідження.

Наукова новизна дослідження. Вперше було використано техніки та процедури трансактного аналізу з метою визначення особливостей зв'язку між життєвим сценарієм та типом ставлення до вагітності.

Практичне значення роботи. Результати проведеного дослідження можуть бути використані психологами жіночих консультацій з метою оптимізації ставлення до вагітності у депресивних жінок.

Надійність і вірогідність результатів забезпечується використанням методів, методик та процедур, адекватних меті і завданням дослідження.

Апробація магістерської роботи:

1. Збірник наукових праць студентів соціально-психологічного факультету.

2. Збірник студентських наукових робіт «Гендерна проблематика соціокультурної сфери».
3. Конкурс студентських наукових робіт з психології.

Розділ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЖИТТЄВИХ СЦЕНАРІЇВ. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЖИТТЄВОГО СЦЕНАРІЮ ТА ТИПУ СТАВЛЕННЯ ДО ВАГІТНОСТІ

1.1. Поняття про життєвий сценарій у психологічній літературі

1.1.1. Поняття про життєвий сценарій та його основні види

Не всім пощастило народитися у благополучних сім'ях. Проте, кожен з нас виріс у якійсь сім'ї, і всі ми починаємо своє життя у тій чи іншій спільноті людей, яка дає нам первинне відчуття того, ким ми є, відчуття власної особистості. Засвоєні у цей період установки однаково важливі як для фізичного, так і для психічного здоров'я. Спогади дитинства зберігаються у нашому мозку і у клітинах тіла. На думку Л. Шульц, те, у якій мірі ми сприймаємо ці спогади як травматичні, визначає, чекають нас у майбутньому страждання чи благополуччя. Пам'ять про горе і втрату, відчуття безпорадності і безвиході впливають на наші відносини з іншими людьми і вибір життєвих цілей і закладають фундамент майбутніх проблем [49, с. 175-178].

З самого початку сім'я дає нам відчуття приналежності до групи, яка слугує нам підтримкою та опорою. Формування цього відчуття починається ще в утробі матері, коли дитина у прямому сенсі є частиною своєї матері, і продовжується після народження у сім'ї, котра підтримує життя дитини і задовольняє її основні потреби. У той же час сім'я вчить розпізнавати межі, які розділяють вас і увесь інший світ. Це підготовлює людину до розвитку самовпевненості, необхідної для того, щоб відчувати себе самодостатньою особистістю.

Усе наше життя, на думку Л. Шульц, – це процес поступового віддалення від сім'ї і набуття власної індивідуальності при одночасному збереженні відчуття приналежності до сім'ї та клану [49, с. 203-209]. Це положення стало теоретичною основою розробки методу трансактного аналізу.

Сценарій – це план життя, який починає формуватися ще у дитинстві під значним впливом батьків. Цей сильний психологічний заряд спрямовує людину назустріч долі і часто залишає її без можливості вільно вибирати власний життєвий шлях. Під сценарієм Е. Берн розуміє те, що людина збирається робити у майбутньому. Більшість життєвих сценаріїв зобов'язані своєю появою поколінням тих сімей, у яких історія пращурів зафіксована письмово [5, с. 90-113].

Одні сценарії сприяють успіху, інші – ні. Проте, у житті кожної окремої особистості найбільшу силу, що формує її сценарій, мають повідомлення, які сприймаються від батьків [47, с. 277-278].

У книзі Л. Б. Шнейдера «Сімейна психологія» зазначається про те, що сімейні сценарії передаються із покоління в покоління, прагнення до єдності у членів родини і очікування певної поведінки можуть виражатись у наступних фразах: «Традиції нашої родини не дозволяють бути слабким», «В нашій родині швидше помруть з голоду, ніж попросять милостиню», «Жінки у нашій родині завжди були безпорадними», «У нашій родині будинок – фортеця чоловіка». Сімейний сценарій містить усталені традиції та очікування для всіх членів родини. Деякі сімейні сценарії передбачають тривале підтримування традицій, пов'язане з надіями на визнання: «У нашій родині завжди були лікарі», «Ми – династія вчителів», «У нас завжди народжувались хороші діти», «Ми дали три покоління політиків», «У нашій родині завжди був, принаймні, один злочинець» , «Сини у нашій родині завжди були захисниками Вітчизни». Член сім'ї, який не виправдовує очікувань за сценарієм, часто сприймається як «біла ворона». Проте, у певних сімейних сценаріях може бути необхідною наявність такої людини для створення інтриги чи для ролі «цапа відбувала» на сімейній сцені.

Проте, не всі сім'ї безперервно продовжують сімейні традиції. Сімейні сценарії можуть змінюватись під впливом зовнішнього середовища. Багато сімей спеціально та обдуманно позбавляються традиційних сценаріїв. Так, К. Штайнер зазначає, що сценарій – це набір складних, періодичних за

своєю природою комунікацій, які не обов'язково повторюються, якщо для виконання сценарію потрібне все життя [48, с. 33].

Сценарієм, за визначенням Л. Б. Шнейдера, вважається спосіб, за допомогою якого людина структурує час свого життя. Час життя розраховується і заповнюється діями і бездіяльністю. Час життя складається із «ніколи не роблю», «роблю завжди», «ні разу не робив раніше», «не буду робити», «зроблю пізніше», «робитиму знову і знову», «буду робити доти, доки вистачить сил».

Е. Берн сценарії життя людей поділяє на сценарії переможців, переможених і не-переможців:

1. **Сценарій переможця**. Е. Берн визначав переможця як того, хто досягає поставленої мети. Під перемогою розуміється також те, що поставлена мета досягається легко і вільно, без особливих труднощів. Про особливості формування сценарію переможця пише і Чарльз Крамер - американський сімейний психотерапевт. Він пише про те, що бажання бути бездоганим, набуто у батьківській сім'ї і закріплене у процесі навчання та здобуття власного життєвого досвіду, пригнічує спонтанність і гнучкість наступними приписами: будь обережним, все роби правильно, відповідним чином використовуй необхідний метод, не провалюйся, намагайся гарно виглядати, нікого не став у незручне становище тощо [21, с. 89].

2. **Сценарій переможеного**. Переможений – це людина, яка не досягає поставлених цілей. Сценарій переможеного можна класифікувати за трьома ступенями. Сценарій переможеного першого ступеня – це сценарій, у якому невдачі не настільки серйозні, щоб їх обговорювали в оточенні переможеного. Сценарій переможеного другого ступеню передбачає обговорення невдач у найближчому оточенні. Сценарій переможеного третього ступеню призводить до смерті, каліцтва, серйозної хвороби чи смерті.

3. **Сценарій не-переможця.** Людина, яка має цей сценарій, представляє собою «золоту середину». Така людина ніколи не ризикує. Тому такий сценарій часто називають банальним [7].

Як же ж відбувається формування того чи іншого виду життєвого сценарію? Відповідь на це запитання можна знайти у роботах Е. Еріксона. Відповідно до теорії Е. Еріксона, характерні для індивіда моделі поведінки обумовлені тим, яким чином розв'язуються проблеми та долаються кризи у дитинстві. Кожна психосоціальна криза вміщує як позитивний, так і негативний компонент. Якщо конфлікт розв'язано позитивно, то «его» вбирає в себе новий позитивний досвід, що гарантує здоровий розвиток особистості та формування сценарію переможця у майбутньому. Навпаки, якщо конфлікт залишається нерозв'язаним або отримує незадовільне розв'язання, то «его» наноситься шкода, і в нього вбудовується негативний компонент, що сприяє формуванню сценарію переможенного [29, с. 120-128].

Кожен сценарій, відповідно до теорії Е. Берна, обов'язково передбачає наявність певної чіткої структури, до складу якої входять наступні елементи [5]:

- 1) батьківські директиви;
- 2) підходящий для їх виконання особистісний розвиток та здібності;
- 3) рішення, прийняте у дитинстві;
- 4) бажання і зацікавленість у виконанні сценарію;
- 5) впевненість у необхідності виконання сценарію.

Г. Паркер після проведення емпіричних досліджень встановив, що однією із причин виникнення деструктивного життєвого сценарію (сценарію переможенного) є «холодний контроль» у батьківській родині. Низький рівень батьківської турботи і емоційного тепла може стати джерелом порушення почуття власної цінності, може загальмувати процес соціалізації у плані автономії та незалежності, призвести до низької готовності справлятися із життєвими стресами у зрілому віці [43, с. 63-71].

А. Т. Злобін розділяє емоції людини на дві групи – позитивні і негативні. Переважаючий тип емоцій також впливає на формування життєвого сценарію [44, с. 17-22]:

I. Позитивні (впливають на формування сценарію переможця) емоції:

- радість як прояв задоволення від виконання бажання;
- сором як регулятор міжособистісних стосунків;
- безстрашся як умова подолання перешкод до задоволення актуальної потреби.

II. Негативні (впливають на формування сценарію переможенного) емоції:

- страх;
- сум як прояв потреби у продовженні роду;
- гнів як прояв боротьби за статус у суспільстві.

1.1.2. Сценарні ігри та види сценарних стосунків

Е. Берн вважав, що люди «грають» в різноманітні ігри, що є неодмінним компонентом кожного життєвого сценарію, і якими заповнене в все життя людства. Найстрашнішою грою, на думку Е. Берна, є війна. В сучасних умовах нашого суспільства можна було б уявити немало ситуацій у вигляді ігор, наприклад: «Гра в обслуговування», «Видача довідок», «Проблема бюрократії». Крім цих, Е. Берн виділяє наступні ігри, які можна простежити під час аналізу життєвого сценарію окремо взятої людини: «Глухий кут», «У залі суду», «Фригідна жінка», «Скандал», «Загнаний кінь», «Якби не ти ...», «Поглянь, як я старався», «Мила» [47, с. 280-285].

Потрібно також зазначити, що майже всі ігри – це варіації на тему **«Насилля»**. «Насилля» частіше за все розігрується жінками. Ця гра відповідає формулі: Приманка (звábлююча поведінка) – Слабкість (бажання сексу чи влади) – Реакція. Слабкість чоловіка потрапляє на Приманку жінки, і він дає Реакцію (чоловік робить дружині певну пропозицію). Більш м'яко

гра «Насилля» може бути розіграна як **«Подивись, що ти примусив мене зробити»** («Ти примусив мене втратити цноту», «Через тебе я завагітніла», «Я не хотіла, а ти мене зґвалтував»). Чоловіки також можуть розігравати «Насилля» з лозунгами: «Ти відриваєш мене від роботи», «Ти п'єш з мене кров», «Я зробив це тільки тому, що напився», «Чому ти мені не сказала, що забула прийняти пігулку».

Інша форма вище згаданої гри – **«Іграшкова гвинтівка»**. Деякі лозунги цієї гри звучать так: «Я не можу це стерпіти», «Я, насправді, цього не хотіла», «Я була не готова», «Тобі не слід було використовувати ситуацію».

Одна з найбільш цікавих форм гри «Насилля» – **«Дуже співчуваю»**. Вона є також однією з найтрагічніших, оскільки передбачає участь багатьох людей, і часто – дітей. Цю гру можна проілюструвати наступним прикладом: містер Рай говорить місіс Лефт «Якщо ти отримаєш розлучення – я одружусь з тобою». Місіс Лефт отримує розлучення, а містер Рай говорить «Вибач, я передумав».

Протилежною до гри «Насилля» є гра **«Ще не готова (ий)»**. Типовий лозунг цієї гри звучить так: «Я розлучусь, коли діти виростуть, а поки-що нехай все буде, як є» [6, с. 70-73].

У кожній грі люди використовують різні способи взаємодії один з одним. У своїй роботі «Форми людських відносин» Е. Берн описує 7 найпоширеніших форм взаємодії між людьми під час гри: знайомі, співробітники, члени комітету, повага, включення, приятелі, друзі. Спілкування з людьми може будуватися по-різному, в залежності від психологічного стану людини, від теми спілкування і – що дуже важливо – від того, чи є спілкування безкорисливим або ж людина у процесі спілкування прагне щось отримати від свого співрозмовника [8].

1.1.3. Формування життєвого сценарію. Причини наслідування дитиною батьківської моделі життєвого сценарію

У кожної людини є її власний життєвий сценарій, який було сформовано як під впливом зовнішніх умов середовища і власного життєвого досвіду, так і під впливом батьківських послань. Батьки, зазвичай, бажають своїм дітям щастя саме у тій ролі, яку вони для них обрали. Як правило, батьки не погоджуються зі зміною ролі: «Ти не виправдав наших очікувань». Сценарій – це аналог захисного екрану, який батьки розміщують між дитиною і зовнішнім світом. Програмуючи життя своїх дітей, батьки діляться з ними своїм досвідом, всім, що вони знають або думають, що знають. Як же це відбувається?

Члени сімей отримують інформацію із особливостей спілкування. Це вірно і по відношенню до дитини будь-якого віку. Правда, дитині краще зрозуміла невербальна інформація, тому що вона ще не настільки вловлює смисл слів і підтексту. Дорослі ж, навпаки, гірше усвідомлюють і менше контролюють свою невербальну поведінку.

На думку В. Шебанової, вимоги, що надходять від дорослих, називають приписами. Дитина отримує батьківські приписи, спостерігаючи за процесом сімейної комунікації і приймаючи безпосередню участь у ньому. Звісно, не всі приписи дитина отримує у прямій формі. Наприклад, популярна установка на досягнення успіху (визнання) часто не промовляється вголос, проте, гостям батьки розповідають лише про успіхи та вдалі справи (п'ятірки дитини, її маленькі перемоги). Невдачі приховується від оточуючих, у родині не співчують невдачі, за помилки люблять докоряти. Дитина швидко засвоює, що невдачею бути погано. Потім, в залежності від життєвих цінностей сім'ї, вона вираховує, що вважається успіхом, і саме в цій сфері намагається просунутись далі, ніж це зробили її батьки [45].

В. Д. Мендилевич у своїй книзі «Клінічна і медична психологія» пише, що у сім'ї формується поведінкові паттерни (одиниці). Серед них особливе значення має антиципаційний паттерн. Під антиципаційним паттерном

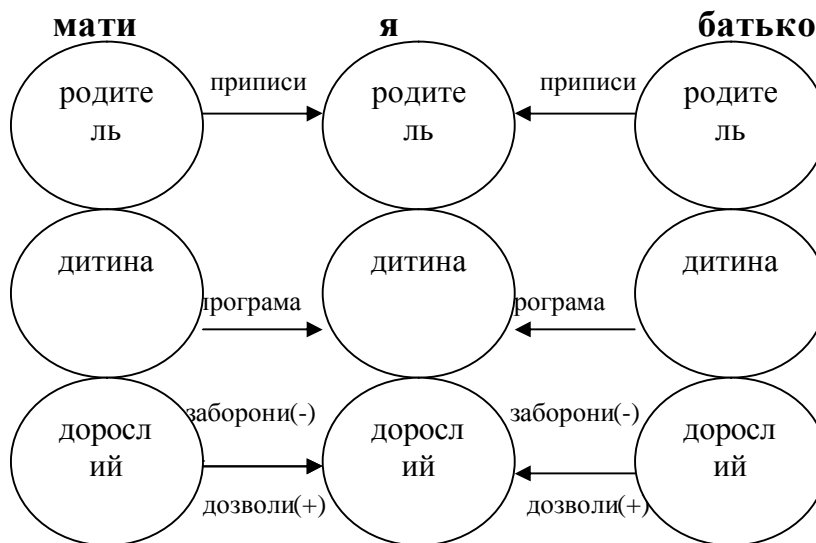
розуміють сформовані у процесі соціалізації сім'ї шаблони прогнозування майбутнього. Антиципаційні паттерни формуються у процесі сімейного виховання і передаються дітям у вигляді стереотипів поведінки, Взаємодії з людьми, збереження емоційної стабільності. Вони виражаються у формуванні у дитини одно варіантної моделі оцінки події, догматизмі мислення [26, с. 336-337].

Л. Шульц, відомий у Німеччині медичний інтуїтив, пише: «Те, що ви засвоюєте у сім'ї, впливає на все ваше подальше життя. Залишаючи сім'ю і починаючи власний життєвий шлях, ви будете своє життя відповідно до моделей, які засвоїли у батьківській родині. Намагаєтесь активізувати ці моделі, відтворити образи того, що ви дізналися про довіру, безпеку, справедливість, незалежність». Цікаву ілюстрацію наслідування життєвого сценарію подає дослідниця у своїй книзі «Мова інтуїції». Вона описує експеримент зі щурами, яких регулярно, починаючи з самого народження, піддавали дії електричного струму. Після того, як щури досягли зрілого віку, їм надали можливість переїхати у інше місце, де ніхто не став би бити їх струмом. Всі вони повернулися до рідного дому. Тварини засвоїли, що безпорадність – єдиний можливий для них життєвий шлях [49, с. 118; с. 330-342]. Подібним чином ведуть себе і люди, щодня надриваючись на роботі або відчуваючи себе нещасними у шлюбі. Перспектива змінити роботу, розірвати відносини чи вибрати інший життєвий шлях викликає у нас страх. Легше залишатися там, де ми зараз знаходимося.

За Е. Берном, найбільш важливі установки, які у майбутньому визначатимуть стиль життя, у дитини формуються у перші два-три роки, а більша частина сценаріїв засвоюється до шести років. Основними детермінантами сценаріїв являються «Дитячі» его-стани батьків дитини, котрі впливають на свідомість дитини шляхом різноманітних заборон. У той час, як деякі заборони виражаються досить чітко, наприклад, «Не можна плакати на очах у всіх» чи «Не можна бити тих, хто слабший за тебе», інші можуть не мати вербальної реалізації. Наприклад, дитині, якій докоряють за

надмірний вираз почуттів, може бути навіяно «не відчувай» шляхом непрямих (опосередкованих) висловів. Таке навіювання може втілюватися у словесних висловах типу: «Ти ніколи нічого не досягнеш, якщо будеш вести себе таким чином», «Нікому не можна вірити» або «від тебе лише одні неприємності». У майбутньому ці вислови трансформуються у наступні життєві сценарії: «Я ніколи нікому не буду вірити», «Я повинен стати сильним» і тому подібні. Утворений життєвий сценарій, у свою чергу, підсилює вплив навіяних заборон. Таким чином, коло замикається. Вибраний сценарій відповідає життєвій позиції. За Берном, сценарій проявляється у рухах, жестах, позах, манерах людини. Також важливу роль в утворенні життєвого сценарію відіграють дитячі фантазії і казки [9].

Кожен життєвий сценарій має певну чітку схему утворення. Схему утворення життєвого сценарію було розроблено К. Штайнером (мал. 1) [36].



Мал. 1. Схема формування життєвого сценарію.

Але чому дитина так легко засвоює життєвий сценарій своїх батьків? Відповідь на це запитання можна знайти у книзі Е. Берна «Ігри, в які грають люди: психологія людських взаємовідносин», де він виділяє наступні причини прийняття батьківських сценаріїв:

- дитина отримує вже готову життєву мету;

- батьківський сценарій дає вже готовий варіант структурування часу, який буде схвалений батьками;
- дитині потрібно просто пояснити як робити певні речі і як вести себе у тій чи іншій ситуації.

Отже, у цьому підрозділі ми окреслили поняття життєвого сценарію, з'ясували механізми його формування та розглянули основні види життєвих сценаріїв, запропоновані автором транзактного аналізу Е. Берном. Нам вдалося виділити структурні компоненти життєвого сценарію. Також ми виділили причини прийняття дитиною батьківської моделі життєвого сценарію. У наступному підрозділі ми спробуємо встановити особливості впливу певного виду життєвого сценарію на особливості ставлення жінки до власної вагітності, оскільки саме це є основною метою дипломної роботи.

1.2. Особливості ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

1.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок. Основні етапи періоду вагітності

На даний час традиційні уявлення про перебіг вагітності і розвиток плоду, про взаємовідносини у системі «вагітна – плід» переглядаються з врахуванням наявних у світовій науці напрацювань. Психологічна готовність до батьківства і методи її формування набувають останнім часом все більшої активності серед проблем психології розвитку. Це пов'язано з розвитком демографічних проблем (наприклад, зниженням потреби у дітях), ростом девіантного материнства, кількістю відмов від дітей тощо. З іншого боку, такий інтерес обумовлений увагою до проблем особистісного розвитку дорослої людини у зв'язку з її новою роллю – роллю батька (матері).

Проблемі материнства присвячено багато теоретичних і прикладних досліджень. Аналіз власне психологічних робіт дозволяє виділити два основних напрямки досліджень. Перший напрямок присвячений обговоренню якостей, поведінки матері, їх впливу на розвиток дитини.

Другий напрямок аналізу материнства акцентує увагу на ідеї суб'єктності матері і дитини. Найбільш яскраво ця ідея висвітлена у концепції материнства Г. Г. Філіпової. У цій концепції материнство розглядається не тільки як умова для розвитку дитини, але і як особлива потребово-мотиваційна складова психології жінки, що формується на протязі всього життя [37, с. 22-37; 39, с. 81-88].

Ідея материнства як етапу розвитку самосвідомості висвітлюється у роботах В. І. Брутман. Материнство розуміється автором як процес побудови смислових меж між матір'ю і дитиною. В. Бергум виділяє у процесі пренатального материнства три стадії сприймання майбутньої дитини [4, с. 16-27; 11, с. 79-88]:

I. Дитина як ідея.

II. Двоє як одне ціле.

III. Двоє як двоє.

Роботи М. Мід показали, що материнська турбота і прив'язаність до дитини настільки глибоко закладені в біологічних умовах зачаття і виношування плоду, народження і годування груддю, що тільки складні соціальні установки можуть повністю придушити їх. Жінки від природи є матерями. Опонентом М. Мід виступає Е. Бадинтер прослідкувавши історію материнських установок на протязі чотирьох століть (з XVII до XX століття), вона зробила висновок про те, що материнський інстинкт – це міф. Дослідниця не виявила ніяких загальних характеристик материнської поведінки, а навпаки – надзвичайну мінливість материнських почуттів в залежності від її культури, амбіцій чи фрустрацій [40, с. 109-112].

Материнська любов – це не просто поняття, яке постійно еволюціонує - воно наповнюється різним змістом в різні історичні періоди. Результати кроскультурних досліджень свідчать, що там, де люди найбільше цінують соціальний ранг, жінка може задушити свою дитину власними руками. Це робили жінки Таїті, а також індіанки із племені натчез, коли дітовбивство могло підвищити їхній соціальний статус [40, с. 85-90].

Н. В. Боровікова у своїй статті «Психологічні аспекти трансформації Я-концепції вагітної жінки» [23, с. 152-165] виділяє поняття «синдром вагітності». За визначенням автора, синдром вагітності – новий психологічний стан, обмежений часовим періодом, який починається не в день зачаття, а у момент усвідомлення жінкою свого стану і закінчується не народженням дитини, а у момент «пігмаліонізації» жінкою своєї дитини. Синдром вагітності, як правило, переживається жінкою на підсвідомому рівні.

Н. В. Боровікова виділяє наступні етапи переживання синдрому вагітності [23, с. 152-165]:

I. Жінка знаходиться під впливом афекту, усвідомивши себе вагітною. У рамках цього симптому проявляються зовнішні інтелектуальні відмінності: чим вищим є соціальний статус і інтелектуальний рівень вагітної, чим більше вона є незалежною і професійно успішною, тим більше питань про смисл дітонародження ставить вона перед собою, тим важче їй буде прийняти рішення стати матір'ю. У практичній роботі психотерапевтів зустрічаються жінки, які перший час «покладаються на волю випадку», підсвідомо бажаючи, щоб «все вирішилось саме по собі» (наприклад, що станеться викидень або з'явиться необхідність штучного переривання вагітності).

II. Прийняття рішення. Для даного етапу характерним є підсвідоме відділення жінки від факту власної вагітності, існує два полюси: «Я» і «Вагітність». У цей період у своїх відчуттях вагітна робить акцент саме на собі, своєму «Я», а не на материнстві і майбутній дитині.

III. На цьому етапі відбувається рефлексивне прийняття вагітною свого нового образу: «Я – вагітна».

Особливої уваги, на думку Н.В. Боровікової, заслуговує симптом емоційної лабільності, який у більшій чи меншій мірі проявляється впродовж усього періоду вагітності. Під поняттям «симптом емоційної лабільності» розуміють емоційну дезадаптованість, яка проявляється у частих змінах фону настрою.

З моменту усвідомлення і внутрішнього прийняття себе вагітною у жінки з'являється симптом неоднозначного ставлення до свого стану. З одного боку – гордість за свою повноцінність, можливість самореалізації, набуття жіночності, переживання ідентичності по відношенню до власної статі, і у той же час – страх, породжений фантазіями і соціально нав'язаними установками. Потім відбувається характерна для періоду вагітності психічна перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням у неї образу майбутньої дитини. У цей період майбутньою матір'ю переживається симптом прийняття нового життя у собі. Проте, амбівалентність переживань залишається на досить високому рівні.

Вивчаючи формування почуття прив'язаності матері до дитини, В.І. Брушан дає наступну класифікацію етапів вагітності:

I. Фаза переднастройки. До вагітності – формування матриці материнського відношення в онтогенезі, на що впливають взаємовідносини з матір'ю, сімейні традиції, культурні цінності, прийняті у суспільстві. На початку вагітності – формування Я-концепції матері і концепції дитини, яка ще не наділена якостями «свого».

II. Фаза первинного тілесного контакту – інтрацептивний досвід під час руху плоду, результатом якого є розділення «Я» і «не Я». У період після народження дитини відбувається перебудова смислу «рідний» за рахунок екстрацептивної стимуляції [40, с. 135-148].

У статті Н. П. Коваленка «Психологічні особливості і корекція емоційного стану жінки в період вагітності» зроблено аналіз психологічних особливостей емоційного стану вагітної жінки [21, с. 134-142]:

- Ø Відсутність впевненості у стійкості шлюбу.
- Ø Переживання стосовно розладу стосунків із чоловіком.
- Ø Підвищена збудливість
- Ø Часті прояви стану емоційної незадоволеності.
- Ø Перевантаження на навчанні чи роботі.
- Ø Порушення сну.

- Ø Підвищена стомлюваність.
- Ø Погане загальне самопочуття.
- Ø Страх.

Д. Пайнс пропонує пояснення, чому для деяких жінок вагітність завершується відмовою від дитини чи іншими формами асоціальної материнської поведінки. Дослідниця об'єднує у єдиний комплекс такі риси, як інфантилізм, гіпертрофовану потребу в любові, пов'язану з відчуттям обділеності увагою і турботою в дитинстві, сексуальну нерозбірливість, егоцентризм. У своїх фантазіях такі жінки самі діти, тому у них відсутнє бажання вагітніти. Навіть якщо вони і хочуть дитину, то їм важко оточити її турботою і любов'ю. Цим жінкам здається, ніби вони самі недоотримали любові. У них можуть проявлятися садистські риси, спрямовані на сексуальних партнерів.

К. Боне провела психоаналітичне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей поведінки матерів, які відмовились від своїх дітей. Так, для таких жінок характерним є пізнє виявлення вагітності (у 2-у і навіть 3-у триместрі вагітності). Дослідниця вважає, що пізнє звернення до лікаря є симптомом ризику відмови. Перцептивне запізнення моменту руху плоду пов'язане із механізмом витіснення, що приховує у собі інфантицидний комплекс. Захисне витіснення проявляється у нечутливості до плоду. Візуальна, кінестетична, тактильна інформація не сприймається як знаки вагітності [40, с. 120-127].

І. Ю. Хамітова провела дослідження, спрямоване на виявлення особливостей сімей тих жінок, які відмовились від своїх дітей. Дослідницею було встановлено наступні закономірності [42]:

1. Жінка, яка відмовилась від своєї дитини, як правило, походить із сім'ї з порушеними соціальними зв'язками та відносинами. Розлучення і фізичне насилля фіксуються вже у поколінні бабусі відмовниці. У попередніх поколіннях прослідковуються паттерни відмови від дітей – дітей віддавали до дитячих будинків, на виховання у сім'ї сусідів чи близьких родичів.

2. У сім'ї відмовниці порушені межі дитячо-батьківських сімей. У такої жінки не сформована материнська роль.

3. У жінок, які відмовляються від своїх дітей, порушені відносини по жіночій лінії. І мати, і бабуса описуються відмовницею як холодні, жорстокі, а відносини з ними – як конфліктні, дискантні, емоційно розірвані.

1.2.2. Поняття про базові пренатальні матриці С. Грофа

О. Ранк називає внутрішньоутробне існування дитини «раєм». Такої ж думки дотримується і Ш. Ференці. Їхні ідеї були розвинуті С. Грофом, який стверджував, що внутрішньоутробні переживання дитини і її переживання під час народження (пологів) відображаються у чотирьох типових паттернах, або констеляціях. Для практичної роботи дуже корисною є його гіпотеза про існування динамічних матриць, які ніби керують процесом процесами пренатального рівня підсвідомого. С. Гроф назвав ці матриці базовими пренатальними матрицями (далі – БПМ) [32, с. 422-425]:

Ø БПМ-1 – досвід симбіотичної єдності плоду з материнським організмом. В антенатальному періоді досвід БПМ-1 відображається в оптимізмі індивіда, його високій емпатії.

Ø Емоції і тілесні відчуття, які переживає дитина у процесі народження, залишаються у її підсвідомості і впливають на подальший розвиток нервово-психологічних особливостей. Початок пологів відповідає БПМ-2 за С. Грофом. Її емпіричний паттерн відноситься до самого початку пологів. Дитина переживає відчуття наростаючої тривоги, яка пов'язана із смертельною небезпекою. Символічне вираження БПМ-2 – безкінечне і безнадійне ув'язнення у приміщенні без виходу, відчуття неповноцінності. У постнатальному періоді індивід «сліпий» до всього позитивного, схильний до депресії.

Ø БПМ-3 відображає другу біологічну стадію народження. Шийка матки вже відкрита. Це дозволяє дитині постійно рухатись по родовому каналу, що супроводжується сильними механічними здавлюваннями,

удушшям. Проте, дитина вже не приречена на пасивність, вона відчайдушно бореться за своє життя. У постнатальному періоді фіксація на переживаннях цієї матриці може проявлятися у підвищеній активності, у схильності до авантюр, агресії, збоченій сексуальності.

Ø БПМ-4 пов'язана із завершальною стадією пологів, з безпосереднім народженням дитини. С. Гроф вважає, що акт народження – звільнення і відмова від минулого. Саме тому перед самим народження дитина переживає відчуття наближення катастрофи величезного масштабу. Радість звільнення поєднується із тривогою: після внутрішньоутробної темноти дитина вперше бачить яскраве світло.

1.2.3. Психологічні особливості ставлення жінки до власної вагітності в залежності від виду її життєвого сценарію

Деякі дослідники вважають, що особливості материнського ставлення визначаються не тільки культурним і соціальним статусом жінки, а і її власною психологічною історією до і після народження. На думку К. Н. Белогай, вагітність є етапом розвитку самосвідомості жінки. Вона виділяє різні новоутворення даного етапу, наприклад, зміни у самовідношенні вагітної жінки. Під самовідношенням при цьому розуміється формування під час вагітності стійкого прийняття нової ролі матері і пов'язаних з нею змін у структурі сімейних і соціальних відносин [2, с. 22-36].

У процесі вивчення особливостей протікання фізіологічних і нервово-психологічних процесів в організмі вагітної жінки І. А. Аршавський, спираючись на вчення А. А. Ухтомського про домінанти, запропонував поняття гестаційної домінанти. Гестаційна домінанта забезпечує спрямованість всіх реакцій організму вагітної жінки на створення оптимальних умов для розвитку майбутньої дитини. Це відбувається завдяки формуванню під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища стійкого вогнища збудження у центральній нервовій системі, що має

підвищену чутливість до подразників, які впливають на перебіг вагітності, і гальмує діяльність інших нервових центрів. Виділяють фізіологічний і психологічний компоненти гестаційної домінанти. Вони, відповідно, визначаються біологічними і психічними змінами, які відбуваються в організмі жінки. Психологічний компонент гестаційної домінанти (далі – ПКГД) являє собою сукупність механізмів психічної саморегуляції, що вмикаються при виникненні вагітності. Особливості ПКГД проявляються у ставленні жінки до власної вагітності і до майбутньої дитини [32, с. 420].

В результаті вивчення анамнестичних даних, клініко-психологічних спостережень за вагітними жінками і бесід з ними було виділено 5 типів ПКГД [32, с. 419-422; 30, с. 1-27]:

1. **Гармонійний тип** ПКГД спостерігається у жінок, які відповідально, але без зайвого фанатизму відносяться до своєї вагітності. Жінка, переконавшись у вагітності, продовжує вести активний образ життя, але своєчасно стає на облік до жіночої консультації виконує рекомендації лікарів, слідує за своїм здоров'ям, із задоволенням займається на курсах допологової підготовки.

2. **Гіпогестогнозичний тип** ПКГД зустрічається у жінок двох вікових груп: молодшої і старшої. Представниці цих груп дуже відрізняються одна від одної.

Жінки молодшої вікової групи характеризуються деякою інфантильністю. Вагітність у більшості з них незапланована. Багато з них навчається в університетах і не бажають брати академічну відпустку. Вони, як і до вагітності, продовжують відвідувати дискотеки, не обмежують себе у вживанні алкоголю і тютюнопалінні. Вагітність вони сприймають як перешкоду на шляху до успіху. До жіночої консультації вони звертаються на 4-5 місяці вагітності.

Представниці старшої вікової групи також не бажають змінювати свій життєвий стереотип. Багато з них має гарну професію, що забезпечує достатній для життя матеріальний рівень. Такі жінки трудоголіки, можуть

займати керівні пости. У них не вистачає часу і немає бажання ставати на облік, відвідувати лікарів і виконувати їхні рекомендації.

3. **Ейфоричний тип** ПКГД часто спостерігається у жінок з істеричними рисами особистості, а також у тих, які довго лікувалися від безпліддя. Для таких жінок вагітність може бути засобом маніпуляції. При цьому декламується надмірна любов до майбутньої дитини, а труднощі перебільшуються. Жінка вимагає від оточуючих підвищеної уваги до себе.

4. **Тривожний тип** ПКГД характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що відбивається на її соматичному стані. Вагітна або перебільшує можливу небезпеку, або не може пояснити чим вона викликана. Часто тривога супроводжується іпохондричністю.

5. **Депресивний тип** ПКГД проявляється у різко зниженому фоні настрою вагітної. Жінка, яка мріяла про дитину, тепер може почати стверджувати, що вона її більше не хоче, не вірить у свою здатність виносити і народити здорове дитя, боїться померти під час пологів. Часто виникають дисморфоманічні ідеї: жінки вважають, що вагітність спотворила їх, бояться бути покинутими чоловіками, часто плачуть. Можуть спостерігатися прояви суїцидальної поведінки. Часто негативний тип ПКГД формується у жінки в результаті хронічної психотравмуючої ситуації.

В результаті проведених досліджень, В. С. Торохтій виділяє наступні фактори, які впливають на формування того чи іншого типу гестаційної домінанти [47, с. 464-465; 3, с. 243-252, с. 263-272]:

1. **Образ думок сім'ї.** Він відображає соціально-психологічний аспект життя сім'ї. Вся система цінностей, установок, потреб і мотивів сім'ї орієнтується на реальні можливості її життєзабезпечення. Образ думок сім'ї багато в чому визначається умовами життя.

2. **Образ спілкування сім'ї:** відкритість сімейної комунікації соціальному середовищу існування, вираженість власних інтересів сім'ї.

3. **Відношення соціального середовища до інституту сім'ї.** Воно неоднозначне, часто вирізняється неадекватністю реальних вимог і

очікувань: в одних умовах у дитини формується впевненість у можливості вирішення складних життєвих проблем, а в інших – невпевненість у собі, своїх батьках.

4. Традиції нації, народності, місцевості проживання сім'ї засвоюються у вигляді уявлень про загальнолюдські цінності, правила і норми поведінки.

5. Традиції сім'ї. Являючись культурним спадком, норми і правила поведінки виступають одним із засобів формування у дітей високих моральних якостей.

Період вагітності - це період актуалізації дитячих переживань жінки, при чому вагітній притаманна певна інфантилізація і регрес (особливо на рівні механізмів психологічного захисту).

Результати проведених досліджень свідчать, що батьківська сім'я є першою і необхідною умовою формування реакції на вагітність у жінки. Відомо, що більшість матерів, які відмовились від своїх дітей, виховувались у неблагополучних сім'ях. Дослідження, проведені Б. Стіллом та Д. Поллоком доводять, що особистість багатьох жінок, не готових до ефективного материнства, формувалась у своєрідній субкультурі агресії. Більшість з таких жінок у дитинстві страждали від холодного ставлення з боку власних батьків [10, с. 50-65].

У цілому ряді робіт продемонстровано негативний вплив низького матеріального становища, культурного рівня батьківської сім'ї на формування рольових основ особистості дівчинки, що у майбутньому негативно впливає на якість її материнства. В. Лосєва та А. Луньков наводять типові для даного типу сімей установки, які майбутня мати може засвоїти від своїх батьків: «Перш, ніж заводити дитину, потрібно бути професійно і матеріально забезпеченою», «Ти ще сама дитина», «Ти – егоїстка, а мати повинна вміти жертвувати всім заради дитини», «Не поспішай заводити дитину – поживи трохи для себе» [27, с. 79-88].

Дані лонгітюдного дослідження, проведеного Є. І. Ісеніною та Т. І. Барановською, також вказують на великий вплив соціоекономічного статусу жінки на розвиток її материнських якостей. Дослідницями було встановлено, що найбільше на розвиток материнських якостей жінки впливають наступні фактори [17]:

- До якого віку жінка проживала із батьківською родиною (чим довше, тим повільніше формується у неї бажання мати власних дітей).
- Алкоголізм (причому алкоголізм чоловіка має більш негативний вплив на формування материнських якостей жінки, ніж її власний).
- Освіта чоловіка.
- Проживання з батьком дитини.

Велике значення для формування того чи іншого типу ставлення жінки до власної вагітності має і вид її життєвого сценарію. Засвоєний у батьківській родині життєвий сценарій має значний вплив не тільки на вибір професії та ставлення до окремих подій у суспільстві, а й значною мірою відбивається в уявленнях людей про сім'ю. Особливо гостро ця проблема проявляється у вирішенні питання про дітонародження: жінки, запрограмовані на досягнення успіху (з активним життєвим сценарієм – сценарієм переможця), впродовж тривалого часу відмовляються від народження дитини. Незапланована вагітність викликає у них негативні емоційні переживання, що у свою чергу не може не позначитись на психічному та фізичному здоров'ї майбутньої дитини. Жінки ж, які мають неактивні життєві сценарії (сценарій переможеного та сценарій непереможця) сприймають всі події як належні і покійно плывуть за течією життя.

На думку К. Штайнера, таку різницю у поведінці жінок з активними та неактивними життєвими сценаріями визначають два фактори [48, с. 63, с. 220-226]:

1. Задоволення позиційного голоду, тобто потреба відстояти свою основну життєву позицію.

2. Стереотипні уявлення про жіночі та чоловічі ролі. Відповідно до класичних уявлень, чоловік повинен бути раціональним, продуктивним і трудолюбивим. Він не повинен бути емоційним. Жінку ж привчають бути гнучкою, підлаштовувати свою поведінку відповідно до бажань чоловіка. Її основна робота – народжувати дітей та займатись їхнім вихованням.

Проте, наш час диктує нові умови гри. Прихильники гендерної рівності постійно заявляють про рівноправ'я чоловіка та жінки. Жінка вже не хоче бути тільки машиною для дітонародження. Вона все частіше обіймає керівні пости у великих корпораціях, займається власним бізнесом, комфортно почуває себе у сфері великої політики, прагнучи реалізувати потенціал переможця. І вагітність, як основне призначення жінки, відходить на задній план. Але частка жінок, які ще й досі живуть за старими стереотипними нормами, залишається досить високою – їхнім життям керують установки переможеного.

У наступних розділах ми спробуємо з'ясувати особливості ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями. З цією метою під час дослідження особливостей ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями ми будемо користуватися наступною схемою:

I. Вид життєвого сценарію – активний життєвий сценарій (сценарій переможця), неактивні життєві сценарії (сценарій переможеного, сценарій не-переможця).

II. Тип ставлення до вагітності – гармонійний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний.

III. Для встановлення впливу життєвого сценарію на тип реагування на вагітність, а також з метою оцінки взаємодії між цими двома факторами було використано метод кутового перетворення Фішера.

Дану схему було розроблено на основі вище викладеного матеріалу, після аналізу наукової літератури з проблем життєвого сценарію та психологічних особливостей протікання вагітності.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАГУВАННЯ НА ВАГІТНІСТЬ У ЖІНОК З РІЗНИМИ ЖИТТЄВИМИ СЦЕНАРІЯМИ

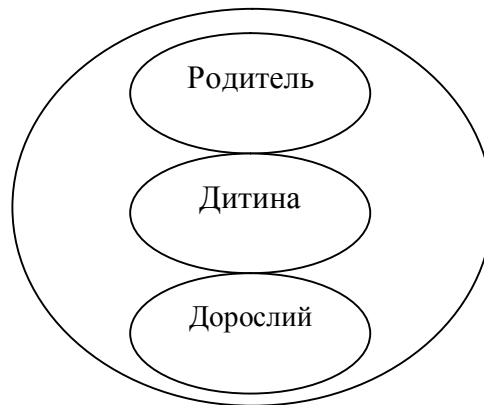
2.1. Методологічні засади дослідження особливостей ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу життєвого сценарію

2.1.1. Методологічні засади дослідження життєвих сценаріїв у руслі транзактного аналізу

Транзактний аналіз – це психотерапевтична методика групового і особистісного росту, розроблена Е. Берном. Теорія Е. Берна заснована на процедурі аналізу структури особистості. У якості особистісних структур як інтеріоризації соціального досвіду тут розглядаються особливості і взаємодія трьох станів «Я»: «Родитель» - «Дитина» - «Дорослий». Основні цілі психотерапії за транзактним аналізом – виховання гнучкості, вміння знаходити нові, ефективні стратегії поведінки; накопичувати і раціонально використовувати енергетичні ресурси власного організму; знаходити, зберігати і розвивати ресурси власного організму; забезпечувати активність, ентузіазм, оптимізм. Психотерапія у широкому розумінні – це система психологічного впливу словом, мімікою, мовчанням за допомогою технік, які змінюють психічні процеси і соматичний стан людини [24].

Відповідно до концепції Е. Берна, кожна людина є такою собі сукупністю стереотипів, виникнення яких пов'язано зі специфікою сімейного виховання. І одночасно у кожній людині є дещо таке, що штовхає її на спонтанні дії і вчинки, обумовлені дитячим «хочу» чи «не хочу» (емоції, імпульси тощо). У реальному житті люди намагаються поєднувати «хочу» із «мушу». Ті, кому це вдається, більш гармонійно вписуються в оточуючий світ. Вони уявляються оточуючим розумними і успішними людьми, можуть займати у житті гарне соціальне положення. Сукупність стійких стереотипів Е. Берн назвав станом «Родитель», а успішне поєднання «хочу» і «мушу»

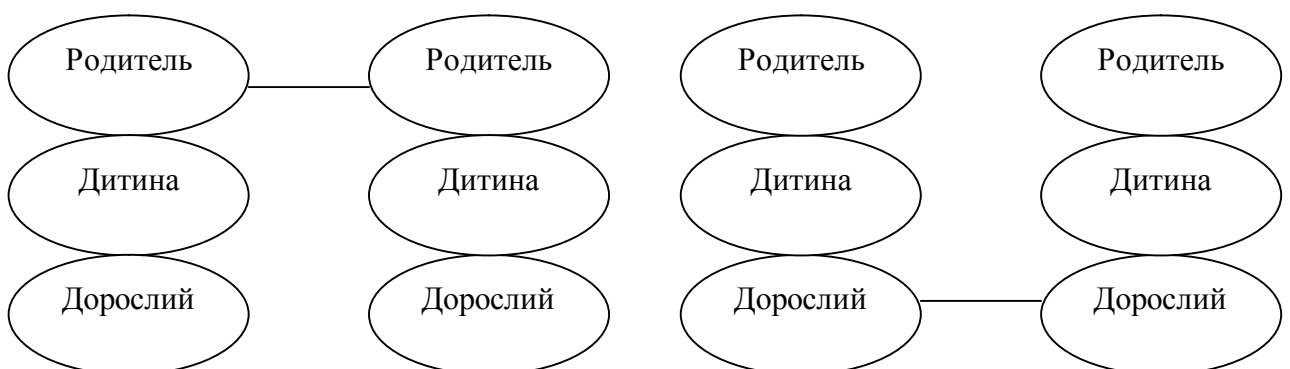
станом «Дорослий». Наші емоції та імпульси відповідають его-стану «Дитини» (див. мал. 2) [9].

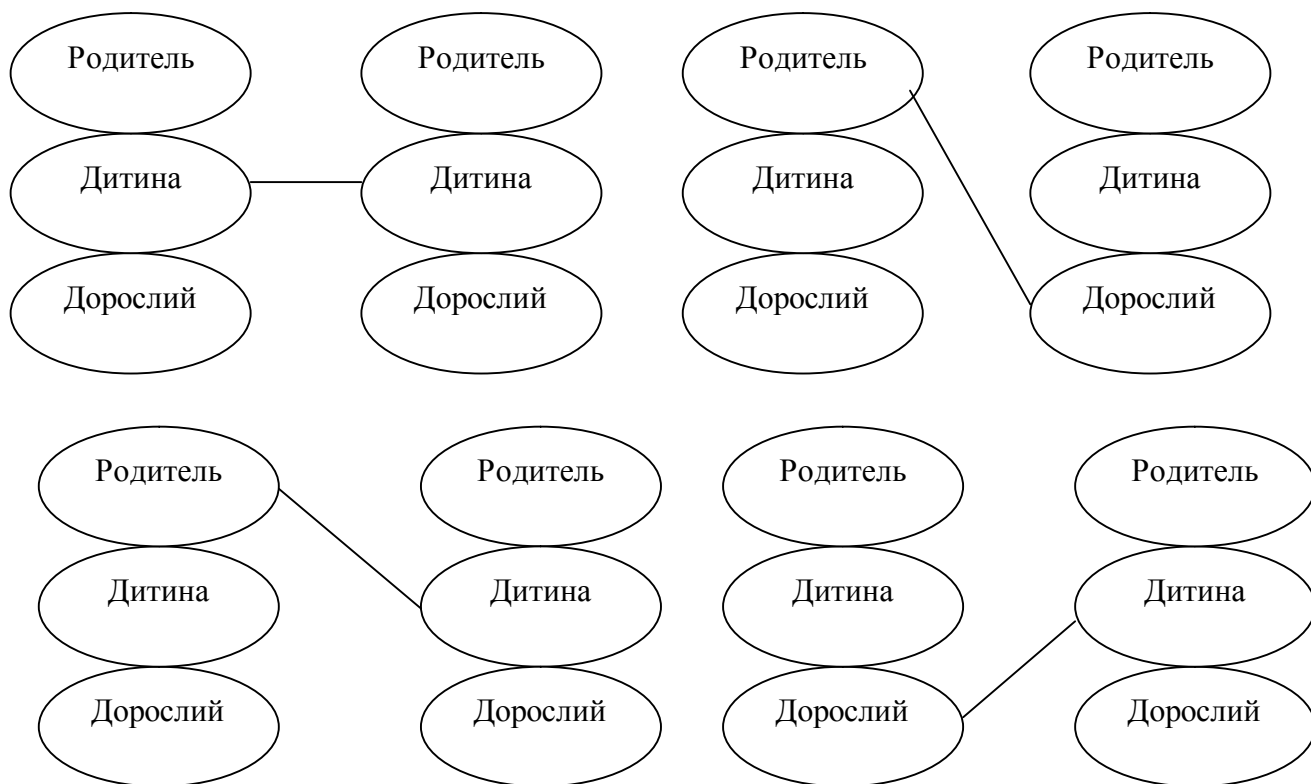


Мал. 2. Структурна діаграма станів «Я».

У кожен момент часу особистість користується одним із трьох станів «Я». Стани «Я» діють по черзі. Відповідно, у даний момент часу людина може знаходитись в одному, і тільки в одному стані «Я». такий стан «Я» називається виконавчим. Коли один із станів «Я» є виконавчим, людина може відрефлексовувати, що з нею відбувається [48, с. 49-54].

Ще одним ключовим поняттям теорії трансактного аналізу є поняття трансакції. Трансакція має місце тоді, коли один партнер пропонує якийсь вид комунікації (спілкування), а інший відповідає йому. Початок комунікації називається стимулом, відповідь — реакцією. Берн вважав трансакцію основною одиницею соціальної взаємодії. Спілкування між людьми має форму ланцюжків-трансакцій (див. мал. 3) [25, с. 498-504].





Мал. 3. Типи трансакцій.

1. «Родитель» - «Родитель». Цей тип відношення представляє чоловіка та дружину, які функціонують у якості батьків.
2. «Дорослий» - «Дорослий». Представляє чоловіка і дружину, які вміло вирішують практичні питання та проблеми.
3. «Дитина» - «Дитина». Представляє чоловіка і дружину як коханців чи партнерів по грі.
4. «Родитель» - «Дорослий». Дане відношення представляє чоловіка, який підтримує дружину у виконанні практичних задач.
5. «Родитель» - «Дитина». Представляє чоловіка як утішителя дружини, її опору і захисника.

6. «Дорослий» - «Дитина». Представляє чоловіка, який вчить дружину як вирішувати нову задачу, якої вона боїться [6, с. 105-106].

Комунікація може бути ефективною лише у тому випадку, якщо вона ведеться на одній і тій же мові, тобто (відповідно до термінології, введеної Е. Берном), коли «Дитина» спілкується з «Дитиною», «Родитель» з «Родителем», а «Дорослий» з «Дорослим». Ажурна конструкція спілкування набуває хаотичних рис Вавилонської вежі, якщо один із співрозмовників говорить на мові «Родителя», а інший – на мові «Дитини» [9].

У процесі написання дипломної роботи ми будемо користуватися лише певними діагностичними процедурами транзактного аналізу: техніками, за допомогою яких можна визначити вид життєвого сценарію особистості (сценарій переможця, переможеного або не-переможця).

У даному підрозділі ми розглянули поняття транзактного аналізу як однієї з найпопулярніших психотерапевтичних методик особистісного росту. Також ми визначили основні поняття сценарного аналізу, такі як: его-стан та транзакція. Крім того, нам вдалося встановити основні характеристики домінування того чи іншого его-стану та засади ефективної комунікації запропоновані Е. Берном.

2.1.2. Методологічні засади дослідження типу ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями в межах діалогічного підходу

Діалогічний метод дослідження особливостей ставлення жінки до власної вагітності заснований на теоретичних положеннях проте, що тільки у спілкуванні, у взаємодії людини з людиною розкривається «людина в людині». Однією з форм реалізації принципів діалогічного методу є тренінг. Отже, дослідження реагування на вагітність можливо шляхом проведення спеціально розробленого тренінгу.

Концептуальною основою такої тренінгової програми є уявлення про материнство як про творче, динамічне переживання, що належить матері і

реалізується в системі материнсько-дитячої взаємодії. Ключовим напрямком роботи стає не оволодіння знаннями і навиками правильного спілкування з дитиною, а дослідження життя дитини всередині дорослого, діалог з ним, повернення материнству особистісного смислу. Основними завданнями є розвиток розуміння, прийняття жінкою свого материнства, спонтанності у відносинах з дитиною. Розвиток діалогу забезпечується тілесно-орієнтованими, арт-терапевтичними, психодраматичними формами роботи, які дозволяють створити емоційно безпечний і сенсорно насичений психотерапевтичний простір. Логіка програми передбачає поступовий рух від усвідомлюваних уявлень про материнство, дитячо-батьківські відносини до глибинних, частково підсвідомих переживань «внутрішньої Дитини», смислів материнства для себе. Можливість використання такого підходу обумовлена рядом досліджень, проведених С. А. Мінюровою та Є. А. Тетерлевою, що вказують на функціональну відповідність між взаємодією співрозмовників у діалозі.

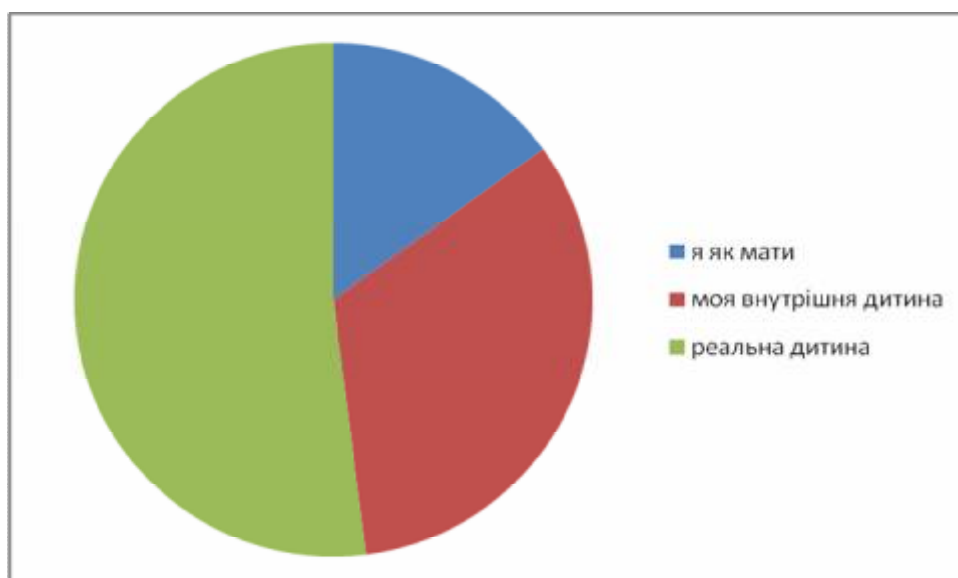
Під час проведення тренінгу, розробленого С. А. Мінюровою та Є. А. Тетерлевою, було використано наступні методики: *методика «Вербальний семантичний диференціал» В. Ф. Петренка, авторська модифікація експериментальної методики «Внутрішній діалог» Є. А. Тетерлевої, авторська методика «Колаж» С. А. Мінюрової, опитувальник «Взаємодія дорослий-дитина» І. М. Марковської*

Опитувальник «Взаємодія дорослий-дитина» І. М. Марковської використовується для вивчення відображення матір'ю її відносин з дитиною у реальному життєвому середовищі. Методика «Вербальний семантичний диференціал» В. Ф. Петренка призначена для вивчення особистісного смислу і емоційного відношення матері до суб'єктивного образу себе як матері, своєї реальної дитини і «внутрішньої Дитини» як актуалізації ситуації власного дитинства. Методика «Колаж» С. А. Мінюрової розроблена для вивчення картини світу матері як системи модальних уявлень, у якій відображається її символічне ставлення до життєвих подій. Експериментальна методика

«Внутрішній діалог» Є. А. Тетерлевої, розроблена на основі арт-терапевтичної техніки «Журналіст», спрямована на екстеріоризацію внутрішнього діалогу матері у змістовно-динамічних характеристиках за рахунок використання праворукого і ліворукого письма. Можливість такого підходу обумовлена рядом досліджень, що вказують на функціональну відповідність між взаємодією співрозмовників у діалозі, взаємодії культур і півкуль мозку.

Після обробки результатів дослідження за всіма запропонованими методиками за допомогою факторного аналізу дослідницями було виділено наступні фактори смислового переживання материнства (див. мал. 4-7).

Перший фактор у структурі смислового переживання материнства автори позначили як «Співпереживання реальній дитині на основі власного дитячого досвіду – жорстка батьківська позиція».

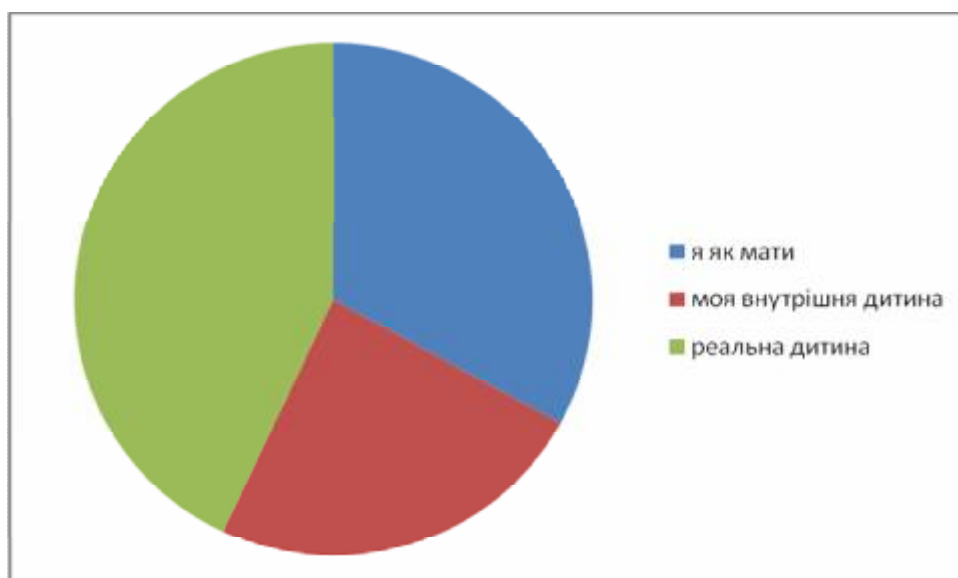


Мал. 4. **Фактор 1:** «Співпереживання реальній дитині на основі власного дитячого досвіду – жорстка батьківська позиція».

У першому факторі відображення матір'ю її відносин з реальною дитиною представлено через критерії «контроль» та «тривожність за дитину» (інтерпсихічний рівень внутрішнього діалогу). На інтрапсихічному рівні внутрішнього діалогу при цьому відтворюються наступні образи (когнітивна

складова): «Я як мати – потворна, жорстка»; «Моя внутрішня дитина – нещасна, хвороблива, неприємна, песимістична»; «Моя реальна дитина – нещасна, жорстка, пасивна, обмежена, нерухома».

Другий фактор у структурі смислового переживання материнства, виходячи із представленої вище діаграми, було названо «Пошук шляхів зближення з дитиною – відсутність досвіду вирішення подібних ситуацій».

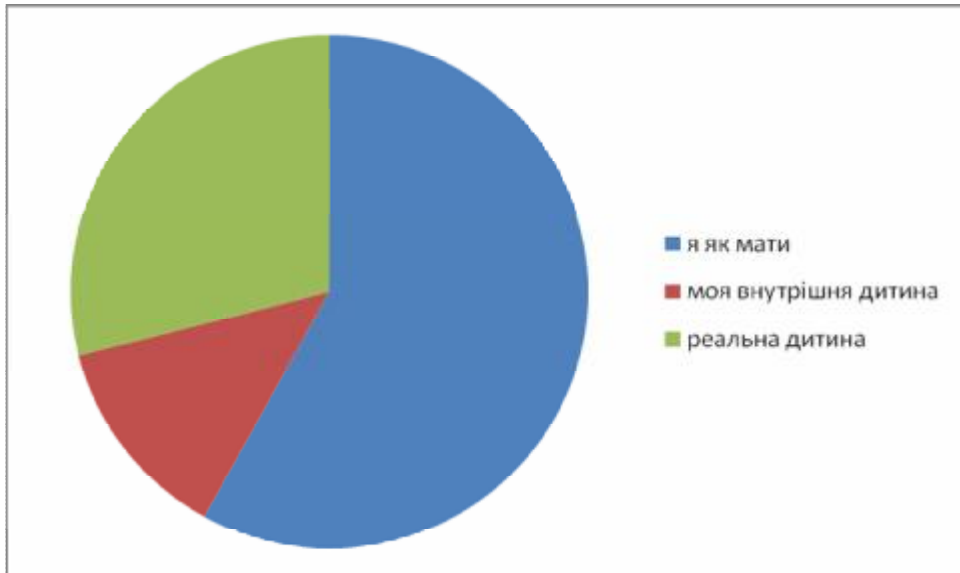


Мал. 5. **Фактор 2:** «Пошук шляхів зближення з дитиною – відсутність досвіду вирішення подібних ситуацій».

У другому факторі інтерпсихічний рівень внутрішнього діалогу матері представлено через критерії «відторгнення», «емоційної дистанції» і «відсутності тривоги за дитину». На інтрапсихічному рівні при цьому відтворюються наступні образи (когнітивна складова): «Я як мати – проста, тимчасова, неприємна, пластична, безпечна, нерухома»; «Моя внутрішня дитина – звичайна, обмежена, темна, не приносить ніякої користі»; «Моя реальна дитина – проста, хаотична, м'яка, неусвідомлювана, маленька».

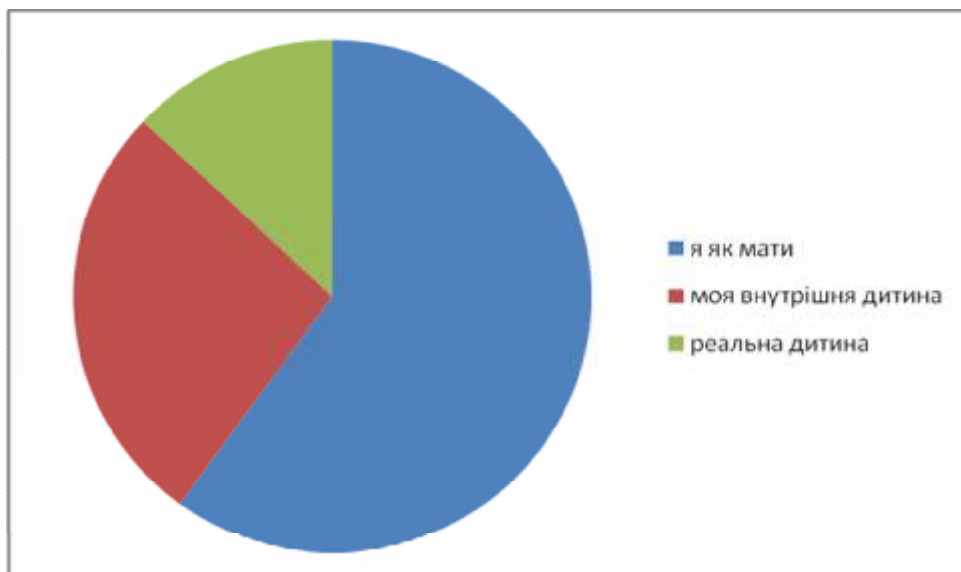
Третій фактор у структурі смислового переживання материнства названо «Надання дитині можливості бути самостійною – насолода власною свободою». У цьому факторі відображення матір'ю її відносин з дитиною у реальному життєвому середовищі (інтерпсихічний рівень внутрішнього

діалогу) представлено через критерій «відсутність співпраці». На інтрапсихічному рівні при цьому відтворюються наступні образи (когнітивний рівень): «Я як мати – весела, чиста, здорова, жива, щаслива, приємна, сильна»; «Моя внутрішня дитина – чиста, бажана»» «Моя реальна дитина – тепла, чиста, красива, добра, нещасна, слабка».



Мал. 6. **Фактор 3:** «Надання дитині можливості бути самостійною – насолода власною свободою».

Четвертий фактор у структурі смислового переживання материнства позначено як «Витіснення образу дитини – неприйняття своєї батьківської функції».



Мал. 7. Фактор 4: «Витіснення образу дитини – неприйняття своєї батьківської функції».

У четвертому факторі на інтерпсихічному рівні внутрішнього діалогу представлені критерії «відсутність задоволення відносинами з дитиною» і «жорсткість». На інтрапсихічному рівні при цьому відтворюються наступні образи (когнітивний рівень): «Я як мати – важка, похмура, маленька, песимістична, груба»; «Моя внутрішня дитина – плавна, слабка, м'яка, маленька»; «Моя реальна дитина – короткочасна плавна» [37, с. 22-37; 39, с. 81-88; 4, с. 16-27; 11, с. 79-88].

У даному підрозділі проаналізовано поняття материнства як унікальної ситуації розвитку самосвідомості жінки. В результаті дослідження, проведеного в межах діалогічного підходу С. А. Мінюровою та Є. А. Тетерлевою, виявлено чотирьохфакторну структуру смислового переживання материнства. Зміст факторів відображає особливості внутрішнього діалогу матері зі своєю дитиною. Отримані результати допоможуть нам зрозуміти особливості ставлення жінки до власної вагітності в залежності від її життєвого сценарію, оскільки такий діалог має два полюси: на одному представлено можливу поведінку матері по відношенню до своєї дитини у реальному житті, на іншому – рефлексивний процес, що інтегрує в собі минуле і теперішнє відношення жінки до дитинства як конкретного вікового періоду.

2.2. Процедура дослідження особливостей реагування на вагітність у жінок з різними життєвими сценаріями

2.2.1. Принципи сценарного аналізу. Структура дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

У процесі дослідження та аналізу особливостей реагування на вагітність у жінок з різними життєвими сценаріями ми будемо враховувати

принципи сценарного аналізу, запропоновані В. О. Климчуком та Я. Мойсієнком [19, с. 32-44]:

1. «Принцип повторюваності подій. Події людського життя не можуть повторюватися в буквальному розумінні цього слова, проте реакції особистості на ці події, способи вирішення проблем, пов'язаних з цими подіями, можуть бути ідентичними від випадку до випадку.

2. Принцип теологічності сценарію. Кожен сценарій, хоч і сформований у дитинстві під впливом батьківських заборон, зовнішніх обставин та власних рішень, завжди спрямовується у майбутнє. Можна виокремити стратегічну і тактичну мету сценарію. Тактична – отримання тимчасових, «тут і тепер» вигравів (певні емоції, переживання тощо). Стратегічна мета – це мета всього сценарію в цілому. Це те, чим він повинен завершитися (остаточним вигравом, програшем чи нічим).

3. Принцип впливу культурно-історичних умов на формування сценарію впливає з розуміння того, що кожна епоха в розвитку людства характеризується специфічною сукупністю культурних, економічних, політичних факторів. Аналізуючи життєвий сценарій людини, потрібно враховувати той комплекс культурно-історичних умов, у яких була заглиблена ця людина.

4. Принцип автобіографічності. Звісно, автобіографічні свідчення не завжди об'єктивно відображають поведінку, думки та вчинки особистості, проте, без їх врахування неможливо у повній мірі аналізувати ставлення особистості до себе і до світу, до подій у своєму житті».

Під час дослідження особливостей ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями ми будемо користуватися наступною схемою:

I. Визначення типу життєвого сценарію – активний життєвий сценарій (сценарій переможця), неактивні життєві сценарії (сценарій переможеного, сценарій не-переможця).

II. Тип ставлення до вагітності – гармонійний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний.

III. Для встановлення впливу життєвого сценарію на тип реагування на вагітність, а також з метою оцінки взаємодії між цими двома факторами використовується метод кутового перетворення Фішера.

2.2.2. Схеми аналізу та інтерпретації результатів дослідження особливостей ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

Для зручності збору дослідницького матеріалу нами було розроблено анкету (див. додаток 1), структура якої відображає схему дослідження:

1. Визначення виду життєвого сценарію.
2. Визначення типу ставлення до вагітності.

Інтерпретація зібраного матеріалу здійснюється наступним чином.

I. Визначення виду життєвого сценарію.

Вид життєвого сценарію визначається на основі аналізу батьківських директив, отриманих досліджуваним у дитинстві. Також значний вплив на формування того чи іншого виду життєвого сценарію мають значимі події у житті людини, її інтереси на нахили.

1. «Улюблений герой чи героїня». Інструкція: пригадайте, будь ласка, свого улюбленого героя. Це може бути персонаж дитячої казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людини. Хто цей персонаж? Який він?
2. Інструкція: опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

Інтерпретація отриманої інформації.

Якщо у розповідях досліджуваного домінують позитивні елементи, ми говоримо про сценарій переможця (активний життєвий сценарій). Якщо у розповідях досліджуваного домінують негативні елементи, ми говоримо про сценарій переможенного або не-переможця (неактивні життєві сценарії).

II. Визначення типу реагування на вагітність.

Визначення типу реагування на вагітність відбувається на основі змістовного аналізу відповідей на запитання методики «Незакінчені речення».

Текст методики «Незакінчені речення».

1. Вагітність для мене...
2. Пологи для мене...
3. Вести активний образ життя під час вагітності...
4. Необхідність стати на облік до жіночої консультації...
5. Мій чоловік (партнер)...
6. Під час вагітності оточуючі повинні...
7. Відвідування дискотек під час вагітності...
8. Вживання алкоголю під час вагітності...
9. Тютюнопаління під час вагітності...
10. Я боюсь...
11. Мій страх викликаний...

Інтерпретація отриманої інформації.

Визначення особливостей реагування на вагітність здійснюється шляхом зіставлення змісту відповіді досліджуваного на запитання із характеристикою того чи іншого типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД).

1. Оптимальний тип ПКГД спостерігається у жінок, які відповідально, але без зайвого фанатизму відносяться до своєї вагітності. Жінка, переконавшись у вагітності, продовжує вести активний образ життя,

але своєчасно стає на облік до жіночої консультації виконує рекомендації лікарів, слідує за своїм здоров'ям, із задоволенням займається на курсах допологової підготовки.

Речення для аналізу:

- § Вагітність для мене.
- § Пологи для мене.
- § Вести активний образ життя під час вагітності.
- § Стати на облік до жіночої консультації
- § Під час вагітності оточуючі повинні.

2. Гіпогестогнозичний тип ПКГД зустрічається у жінок, вагітність у яких незапланована. Вони, як і до вагітності, продовжують відвідувати дискотеки, не обмежують себе у вживанні алкоголю і тютюнопалінні. Вагітність вони сприймають як перешкоду на шляху до успіху. До жіночої консультації вони звертаються на 4-5 місяці вагітності. Багато з них має гарну професію, що забезпечує достатній для життя матеріальний рівень. Такі жінки трудоголіки, можуть займати керівні пости. У них не вистачає часу і немає бажання ставати на облік, відвідувати лікарів і виконувати їхні рекомендації.

Речення для аналізу:

- § Вагітність для мене.
- § Стати на облік до жіночої консультації
- § Відвідування дискотек під час вагітності.
- § Вживання алкоголю під час вагітності.
- § Тютюнопалінні під час вагітності.

3. Ейфоричний тип ПКГД. Може декламується надмірна любов до майбутньої дитини, а труднощі перебільшуються. Жінка вимагає від оточуючих підвищеної уваги до себе.

Речення для аналізу:

- § Вагітність для мене.
- § Мій чоловік (партнер).

§ Під час вагітності оточуючі повинні.

§ Я боюсь.

§ Мій страх викликаний.

4. Тривожний тип ПКГД характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що відбивається на її соматичному стані. Вагітна або перебільшує можливу небезпеку, або не може пояснити чим вона викликана. Часто тривога супроводжується іпохондричністю.

Речення для аналізу:

§ Вагітність для мене.

§ Пологи для мене.

§ Я боюсь.

§ Мій страх викликаний.

5. Депресивний тип ПКГД проявляється у різко зниженому фоні настрою вагітної. Жінка, яка мріяла про дитину, тепер може почати стверджувати, що вона її більше не хоче, не вірить у свою здатність виносити і народити здорове дитя, боїться померти під час пологів. Часто виникають дисморфоманічні ідеї: жінки вважають, що вагітність спотворила їх, бояться бути покинутими чоловіками, часто плачуть. Можуть спостерігатися прояви суїцидальної поведінки.

Речення для аналізу:

§ Вагітність для мене.

§ Пологи для мене.

§ Мій чоловік (партнер).

§ Я боюсь.

III. Для встановлення впливу життєвого сценарію на тип реагування на вагітність, а також з метою оцінки взаємодії між цими двома факторами використовується метод кутового перетворення Фішера.

РОЗДІЛ ІІІ. СТАВЛЕННЯ ДО ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З РІЗНИМИ ЖИТТЄВИМИ СЦЕНАРІЯМИ

3.1. Аналіз результатів дослідження ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

Результати дослідження особливостей ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу її життєвого сценарію можна піддати кількісній та якісній інтерпретації. Кількісну інтерпретацію результатів проведеного дослідження здійснено за допомогою методу кутового перетворення Фішера. Якісна інтерпретація результатів дослідження полягає у змістовному аналізі додаткових частин речень методики «Незакінчені речення».

3.1.1. Кількісний аналіз результатів дослідження ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

Мета даної дипломної роботи полягає у встановленні особливостей ставлення жінки до власної вагітності в залежності від типу її життєвого сценарію. Дослідницькою базою стала жіноча консультація Центральної поліклініки №1 міста Житомира. Участь у дослідженні взяли 22 жінки. Вік вагітних, термін вагітності та особливості її протікання враховані не були, оскільки вони не мають суттєвого впливу на результати дослідження. Для встановлення впливу життєвого сценарію на тип ставлення до вагітності, а також з метою оцінки взаємодії між цими двома факторами було використано метод кутового перетворення Фішера.

Для зручності виконання необхідних підрахунків всіх досліджуваних ми поділили на дві групи:

1 група – жінки з неактивними життєвими сценаріями (сценарій переможенного та не-переможця).

2 група – жінки з активним життєвим сценарієм (сценарій переможця).
Отримані результати ми згрупували у таблицю (див. таблиця 1).

Таблиця 1.

Результати дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

Тип життєвого сценарію	Тип ставлення до вагітності					Всього
	гармонійний	гіпогестогнозичний	ейфоричний	тривожний	депресивний	
Неактивний	6	0	2	4	1	13
Активний	8	1	0	0	0	9

Для того, щоб з'ясувати чи існують відмінності у ставленні до власної вагітності у жінок з неактивними та активними життєвими сценаріями нам потрібно поставити дві гіпотези:

Н

– відмінності у ставленні до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями відсутні.

– у жінок з різними життєвими сценаріями існують відмінності у ставленні до власної вагітності.

Далі будуємо таблицю відсоткових долей (див. таблиця 2).

Таблиця 2.

Відсоткові долі типів ставлення до вагітності у жінок з неактивними та активними життєвими сценаріями

Тип життєвого сценарію	Тип ставлення до вагітності					Всього
	гармонійний	гіпогестогнозичний	ейфоричний	тривожний	депресивний	
Неактивний	46%	0%	15%	31%	8%	100%
Активний	89%	11%	0%	0%	0%	100%

За статистичною таблицею визначаємо величину кута φ для відсоткових долей типів ставлення до вагітності у жінок з неактивними та активними життєвими сценаріями [20, с. 92-94, с. 156-158]:

1. Визначаємо величину кута φ для відсоткових долей типів ставлення до вагітності у жінок з неактивними життєвими сценаріями

$$= 1,491$$

$$= 0,795$$

$$= 1,182$$

$$= 0,574$$

2. Визначаємо величину кута φ для відсоткових долей типів ставлення до вагітності у жінок з активними життєвими сценаріями

$$= 2,465$$

$$\varphi_{\text{гіпогестогнозичний}} = 0,676$$

3. Далі обчислюємо емпіричне значення кута φ^* для кожного із типів ставлення до власної вагітності у жінок з неактивними та активними життєвими сценаріями:

$$1) \varphi^*_{\text{гармонійний}} = 1,948$$

$$2) \varphi^*_{\text{гіпогестогнозичний}} = 1,352$$

$$3) \varphi^*_{\text{ейфоричний}} = 1,59$$

$$4) \varphi^*_{\text{тривожний}} = 2,365$$

$$5) \varphi^*_{\text{депресивний}} = 1,148$$

4. Визначаємо рівень статистичної значимості для кожного із типів ставлення до вагітності

= 0,02

= 0,08

= 0,05

= 0,00

= 0,07

Зроблені підрахунки показують, що всі емпіричні значення кута $\varphi^* < 0,1$, що свідчить про низьку статистичну значимість відмінностей у ставленні до власної вагітності у жінок з активними та неактивними

H₁

життєвими сценаріями. Тому ми відхиляємо гіпотезу : у жінок з різними життєвими сценаріями існують відмінності у ставленні до власної вагітності.

H₀

Натомість, приймаємо гіпотезу : відмінності у ставленні до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями відсутні. Проте, у жінок з різними типами життєвих сценаріїв все ж таки спостерігаються деякі особливості ставлення до власної вагітності, які будуть описані у наступних підрозділах.

3.1.2. Якісний аналіз результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями

Основою якісної інтерпретації результатів дослідження особливостей ставлення до вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями є змістовний аналіз є змістовний аналіз відповідей, частота, з якою зустрічаються додаткові частини речення.

Всі речення, запропоновані учасникам дослідження, можна поділити на три групи:

I. Уявлення про вагітність. Речення № 1, №2, №10, №11.

II. Образ життя вагітної. Речення № 3, №4, №7, №8, №9.

III. Вагітна та оточуючі Речення №5, №6.

Уявлення про вагітність досліджують речення, спрямовані на вивчення суб'єктивного ставлення жінки до свого нового стану, нової соціальної ролі («Вагітність для мене...») та процесу пологів («Пологи для мене...», «Я боюсь...», «мій страх викликаний...»). Речення, спрямовані на з'ясування обізнаності жінки про особливості образ життя у період вагітності – «Вести активний образ життя під час вагітності...», «Необхідність стати на облік до жіночої консультації...», «Відвідування дискотек під час вагітності...», «Вживання алкоголю під час вагітності...», «Тютюнопаління під час вагітності...» - допомагають встановити рівень відповідальності жінки за життя та здоров'я майбутньої дитини. До третьої групи відносяться речення, метою яких є встановлення особливостей взаємин вагітної жінки з найближчим оточенням – чоловіком, батьками, дітьми – «Мій чоловік (партнер)...», «Під час вагітності оточуючі повинні...».

Проаналізуємо відповіді досліджуваними з різними типами ставлення до вагітності (тими, які було встановлено після проведення дослідження) за виділеними групами питань.

Особливістю гармонійного типу гестаційної домінанти є відповідальне ставлення жінки до свого стану, майбутньої соціальної ролі та дитини. Звістка про вагітність викликає у таких жінок лише позитивні емоції, про що свідчать і додаткові частинки першої групи речень – «Уявлення про вагітність». З найбільшою частотою зустрічались речення типу «*Вагітність для мене – це щастя, радість*» (6 відповідей). Заслужують на увагу і поодинокі речення типу «*Вагітність для мене приємна несподіванка*», «*Вагітність для мене бажана*», «*Вагітність для мене – найважливіше у житті*». Процес пологів видається жінкам із гармонійним типом ставлення до вагітності природною необхідністю, не викликаючи безпідставного страху. Проте, кожна жінка має власне уявлення про пологи, що й знайшло своє відображення у поодиноких відповідях досліджуваних: «*Пологи для*

мене – це нормальне явище», «Пологи для мене важка праця», «Пологи для мене очікувана подія», «Пологи для мене щось незнане», «Пологи для мене – це радість», «Пологи для мене – нове життя».

Жінки із гармонійним типом гестаційної домінанти вчасно стають на облік до жіночої консультації виконують всі вказівки лікарів, ведуть здоровий спосіб життя, що підтверджується додатковими частинками другої групи речень – *«Образ життя вагітної»*. Про образ життя вагітної досліджувані говорять наступне: *«Вести активний образ життя під час вагітності нормально»* (4 відповіді), *«Вести активний образ життя під час вагітності цілком можливо»* (2 відповіді). Відповідально ставляться такі жінки і до свого здоров'я, що відображено у наступних реченнях: *«Стати на облік до жіночої консультації необхідно, важливо»* (6 відповідей), *«Відвідування дискотек під час вагітності може зашкодити майбутній дитині»* (8 відповідей), *«Вживання алкоголю під час вагітності неприпустимо»* (6 відповідей), *«Тютюнопаління під час вагітності шкідливе»* (6 відповідей). Проте, деякі жінки допускають можливість відступити від загальнообов'язкових правил: *«Відвідування дискотек під час вагітності можливо»* (2 відповіді).

Вагітність для жінок із гармонійним типом ставлення до вагітності є важливим періодом у житті. Розуміючи всі особливості і складності вагітності, такі жінки не вимагають до себе якогось надзвичайного ставлення. Це було підтверджено додатковими частинками речень третьої групи – *«Вагітна та оточуючі»* - *«Мій чоловік (партнер) самий хороший»* (2 відповіді), *«Мій чоловік (партнер) – моя підтримка»* (2 відповіді), *«Мій чоловік (партнер) турботливий та уважний»* (2 відповіді); *«Під час вагітності оточуючі повинні бути уважними»* (6 відповідей), *«Під час вагітності оточуючі повинні розуміти мене»* (2 відповіді).

Жінки, які мають гіпогестогнозичний тип ставлення до вагітності, характеризуються деякою інфантильністю. Вони, як і до вагітності, продовжують відвідувати дискотеки, не обмежують себе у вживанні

алкоголю та тютюнопалінні. Серед досліджуваних жінок лише одна мала такий тип ставлення до вагітності. Відповіді цієї досліджуваної свідчать про досить безвідповідальне ставлення жінки до своєї вагітності. Проте, вагітність сприймається досліджуваною позитивно, про що свідчать додаткові частинки групи речень «Уявлення про вагітність»: *«Вагітність для мене – це задоволення», «Пологи для мене – це природно»*. Можна простежити деякі відхилення в уявленнях досліджуваної про спосіб життя вагітної жінки (група речень «Образ життя вагітної»). Досліджувана визнає необхідність стати на облік до жіночої консультації (*«Необхідність стати на облік до жіночої консультації – це нормально»*) та вести активний образ життя (*«Вести активний образ життя під час вагітності правильно»*), проте, не вважає за потрібне дотримуватись правил здорового способу життя (*«Відвідування дискотек під час вагітності не заборонено», «Вживання алкоголю під час вагітності - рідко», «Тютюнопаління під час вагітності можливо»*). Від оточуючих жінка не вимагає якогось надзвичайного ставлення, про що свідчать додаткові частинки групи речень «Вагітна та оточуючі»: *«Мій чоловік (партнер) допомагає і підтримує мене», «Під час вагітності оточуючі повинні піклуватися про вагітну»*.

Жінки з ейфоричним типом гестаційної домінанти часто декламують надмірну любов до майбутньої дитини, перебільшують труднощі і вимагають від оточуючих підвищеної уваги до себе. У групі речень «Уявлення про вагітність» зустрічаються наступні відповіді: *«Вагітність для мене – це надзвичайно велика відповідальність», «Вагітність для мене – це велика радість»*. Пологи сприймаються як необхідність: *«Пологи для мене – необхідна робота»*. Тривога за здоров'я та життя майбутньої дитини ніяк не обґрунтовані – *«Я боюсь, що моя дитина помре під час пологів»*. Речення групи «Образ життя вагітної» свідчать про відповідальне ставлення жінок із ейфоричним типом гестаційної домінанти до своєї вагітності: *«Вести активний образ життя під час вагітності – природно та необхідно», «Відвідування дискотек під час вагітності недозволено», «Вживання*

алкоголю під час вагітності недопустима річ», «Тютюнопаління під час вагітності заборонено». Додаткові частинки речень групи «Вагітна та оточуючі» підтверджують вимогливість вагітної з даним типом гестаційної домінанти до оточуючих: «Мій чоловік повинен бути добрим і розуміти та підтримувати мене в усьому», «Під час вагітності оточуючі повинні бути терпеливими та не нервувати мене».

Тривожний тип ставлення до вагітності характеризується високим рівнем тривоги у вагітної. Вагітна може перебільшувати можливу небезпеку, що відображено у додаткових частинках групи речень «Уявлення про вагітність»: *«Вагітність для мене – найкраще, що є» (2 відповіді), «Вагітність для мене – велика радість» (2 відповіді), «Пологи для мене – щось страшне» (4 відповіді), «Я боюсь пологів та можливих ускладнень під час пологів», «Мій страх викликаний незнанням відчуттів під час пологів».* Жінки із тривожним типом гестаційної домінанти дуже уважно ставляться до свого здоров'я, виконують усі приписи лікарів та ведуть здоровий спосіб життя, що й підтверджують додаткові частинки речень групи «Образ життя вагітної»: *«Вести активний спосіб життя під час вагітності – це важливо» (4 відповіді), «Стати на облік до жіночої консультації необхідно» (4 відповіді), «Відвідування дискотек під час вагітності заборонено» (4 відповіді), «Вживання алкоголю під час вагітності категорично заборонено» (4 відповіді), «Тютюнопаління під час вагітності – недозволена річ» (4 відповіді).* Від оточуючих жінки із даним типом ставлення до вагітності не вимагають якогось надзвичайного ставлення (група речень «Вагітна та оточуючі»): *«Мій чоловік (партнер) повинен бути добрим» (1 відповідь), «Мій чоловік (партнер) повинен дбати про мене» (2 відповіді), «Мій чоловік (партнер) повинен приділяти мені увагу» (1 відповідь), «Під час вагітності оточуючі повинні бути уважними» (4 відповіді).*

У цьому підрозділі ми здійснили якісний аналіз відповідей досліджуваних з різними типами ставлення до вагітності. Відповідно до мети дослідження, потрібно здійснити ще й якісний аналіз відповідей

досліджуваних із різними видами життєвих сценаріїв. Це ми спробуємо зробити у наступних підрозділах.

3.2. Особливості ставлення до вагітності у жінок із активним життєвим сценарієм (сценарієм переможця)

Активним життєвим сценарієм ми будемо називати сценарій переможця. Е. Берн визначав переможця як того, хто досягає поставленої мети. Під перемогою розуміється також те, що поставлена мета досягається легко і вільно, без особливих труднощів. Про особливості формування сценарію переможця пише і Ч. Крамер. Він пише, що бажання бути бездоганим, набуто у батьківській сім'ї і закріплене у процесі навчання та здобуття власного життєвого досвіду, пригнічує спонтанність і гнучкість наступними приписами: будь обережним, все роби правильно, відповідним чином використовуй необхідний метод, не провалюйся, намагайся гарно виглядати, ніколи не став у незручне становище своїх батьків тощо.

Жінка, життєвий сценарій якої – сценарій переможця, схильна чітко структурувати своє життя. Вона має активну життєву позицію, намагається чітко слідувати розробленому плану і прагне досягти успіху у тих видах діяльності, де цього не змогли зробити її батьки. Жінки, запрограмовані на досягнення успіху, впродовж тривалого часу відмовляються від народження дитини. Дослідження, проведені у межах пренатальної психології, свідчать, що незапланована вагітність викликає у таких жінок негативні емоційні переживання.

Проте, результати проведеного дослідження свідчать про зовсім протилежне: усі жінки, які взяли участь у дослідженні і мали життєвий сценарій переможця (9 осіб), не мають жодних проблем у ставленні до власної вагітності. Вони схильні позитивно реагувати на звістку про майбутнє материнство:

§ 8 жінок мають гармонійний тип ставлення до вагітності.

§ 1 жінка має гіпогестогнозичний тип ставлення до вагітності.

У відповідях жінок які мають гармонійний тип ставлення до вагітності домінують наступні (приклад анкети див. додаток 2):

I. Уявлення про вагітність: *«Вагітність для мене – це радість», «Пологи для мене – це нове життя, яке я даю своїй дитині».*

II. Образ життя вагітної: *«Вести активний образ життя під час вагітності – це нормально і навіть корисно», «Стати на облік до жіночої консультації дуже важливо для мене і майбутньої дитини», «Відвідування дискотек під час вагітності може шкідливо вплинути на майбутню дитину», «Вживання алкоголю під час вагітності неприпустимо», «Тютюнопаління під час вагітності шкідливо».*

III. Вагітна та оточуючі: *«Мій чоловік (партнер) – людина, якій я довіряю, турботливий та добрий», «Під час вагітності оточуючі повинні бути уважними та піклуватися про мене».*

Відповіді досліджуваної із гіпогестогнозичний типом ставлення до вагітності були наступними (приклад анкети див. додаток 3):

I. Уявлення про вагітність: *«Вагітність для мене – це задоволення», «Пологи для мене – це природно».*

II. Образ життя вагітної: *«Вести активний образ життя під час вагітності – це правильно», «Стати на облік до жіночої консультації – це нормально», «Відвідування дискотек під час вагітності не заборонено», «Вживання алкоголю під час вагітності – це ненормально і безвідповідально», «Тютюнопаління під час вагітності заборонено».*

III. Вагітна та оточуючі: *«Мій чоловік (партнер) дуже допомагає і підтримує мене», «Під час вагітності оточуючі повинні піклуватися про вагітну».*

Отже, жінки із життєвим сценарієм переможця, що мають активну життєву позицію, досить відповідально ставляться до своєї вагітності. Вони ведуть активний образ життя впродовж всього терміну вагітності, виконують

вказівки лікарів і слідкують за станом власного здоров'я. Деякі труднощі у таких жінок викликає необхідність перебудови звичного ритму життя: зменшення тривалості робочого дня, правильне харчування, відмова від шкідливих звичок, відвідування лікарів, планові обстеження тощо.

3.3. Особливості ставлення до вагітності у жінок із неактивними життєвими сценаріями (сценарієм переможеного та не-переможця)

Неактивним життєвим сценарієм ми будемо називати сценарій переможеного та не-переможця. Жінки із неактивним життєвим сценарієм – це ті жінки, які мають життєвий сценарій переможеного та не-переможця. Автор теорії трансактного аналізу Е. Берн стверджує, що переможений – це людина, яка не досягає поставлених цілей. Людина, яка має цей сценарій, ніколи не ризикує. Тому такий сценарій часто називають банальним.

Жінка із банальним життєвим сценарієм дотримується консервативних поглядів на власне життя: намагається бути гарною дружиною, оберігає домашнє вогнище, народжує та виховує дітей. Звістка про майбутнє материнство має викликати у них лише позитивні емоційні переживання. Жінки, які брали участь у проведеному дослідженні (13 осіб), продемонстрували наступні результати:

§ 6 жінок мають гармонійний тип ставлення до вагітності.

§ 2 жінки має ейфоричний тип ставлення до вагітності.

§ 4 жінки має тривожний тип ставлення до вагітності.

У відповідях жінок, які мають гармонійний тип ставлення до вагітності, домінують наступні (приклад анкети див. додаток 4):

I. Уявлення про вагітність: *«Вагітність для мене – це радість, щастя», «Вагітність для мене – приємна несподіванка», «Пологи для мене – щось незнане», «Пологи для мене – нормальне явище».*

II. Образ життя вагітної: *«Вести активний образ життя під час пологів – нормально, якщо це не загрожує здоров'ю», «Стати на облік до жіночої консультації необхідно, це обов'язкова процедура», «Відвідування дискотек під час вагітності не бажане», «Вживання алкоголю під час вагітності суворо забороняється», «Тютюнопаління під час вагітності недопустимо».*

III. Вагітна та оточуючі: *«Мій чоловік (партнер) турботливий, підтримує мене», «Під час вагітності оточуючі повинні бути уважними, добрими».*

Жінки з ейфоричним типом ставлення до вагітності відповідали наступним чином (приклад анкети див. додаток 5):

I. Уявлення про вагітність: *«Вагітність для мене – це радість, відповідальність», «Пологи для мене – щось невідоме».*

II. Образ життя вагітної: *«Вести активний образ життя під час вагітності – це природно», «Стати на облік до жіночої консультації обов'язково», «Відвідування дискотек, вживання алкоголю, тютюнопаління під час вагітності недозволено».*

III. Вагітна та оточуючі: *«Мій чоловік (партнер) добрий, хороший, розумний», «Під час вагітності оточуючі повинні не нервувати вагітну, бути уважними, терпеливими, виконувати всі бажання вагітної».*

У відповідях жінок із тривожним типом ставлення до вагітності, зустрічалися наступні відповіді (приклад анкети див. додаток 6):

I. Уявлення про вагітність: *«Вагітність для мене – це велика радість», «Пологи для мене – щось незнане», «Пологи для мене – це страх», «Я боюсь пологів», «Мій страх викликаний вагітністю, незнанням відчуттів під час пологів».*

II. Образ життя вагітної: *«Вести активний спосіб життя під час вагітності – не дуже активний», «Вести активний образ життя під час вагітності – важливо, чудово», «Відвідування дискотек, вживання алкоголю, тютюнопаління під час вагітності небажані».*

III. Вагітна та оточуючі: *«Мій чоловік (партнер) – це моя підтримка», «Під час вагітності оточуючі повинні приділяти увагу, дбати про мене».*

Отже, жінки із неактивними життєвими сценаріями відповідально ставляться до своєї вагітності. Вони ведуть активний образ життя впродовж всього терміну вагітності, виконують вказівки лікарів і слідкують за станом власного здоров'я. Вони схильні декламувати надмірну любов до майбутньої дитини і перебільшувати труднощі та можливу небезпеку, вимагають надмірної уваги від оточуючих. Такі жінки надмірно тривожні, що негативно позначається на їхньому соматичному стані. У жінок із життєвими сценаріями переможеного та не-переможця може виникати необґрунтовані страхи, пов'язані із процесом пологів.

ВИСНОВКИ

У процесі дослідження та аналізу проблеми ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями було виконано усі завдання, зазначені у вступі до дипломної роботи. Гіпотеза, поставлена на початку дослідження не підтвердилась.

В результаті проведеної роботи можна сформулювати ряд висновків та узагальнень.

1. Сценарій, за визначенням Е. Берна, – це план життя, який починає формуватися ще у дитинстві під впливом батьківських директив. Сценарій визначає хід життєвих подій у майбутньому. Сімейний сценарій містить поведінкові та емоційні реакції, стильові характеристики, особливості світосприйняття та інші параметри, типові для усієї родини. Засвоєний у батьківській родині життєвий сценарій має значний вплив не тільки на вибір професії та ставлення до окремих подій у суспільстві, а й значною мірою відбивається в уявленнях людей про сім'ю.

2. Особливості ставлення жінки до власної вагітності, на думку К. Н. Белогай, визначаються не тільки культурним і соціальним статусом жінки, а і її власною психологічною історією до і після народження. Жінки, запрограмовані на досягнення успіху, впродовж тривалого часу відмовляються від народження дитини. Незапланована вагітність викликає у них негативні емоційні переживання. Жінки із життєвим сценарієм переможеного та не-переможця дотримуються консервативних поглядів на життя: намагаються бути гарними дружинами, оберігають домашнє вогнище, народжують та виховують дітей.

3. У процесі дослідження особливостей ставлення до власної вагітності у жінок із різними життєвими сценаріями ми враховували вид життєвого сценарію та тип гестаційної домінанти, оскільки жінки, які мають життєвий сценарій переможця недбало ставляться до власного здоров'я, схильні перебільшувати труднощі та можливі небезпеки, пов'язані із перебігом вагітності та процесом пологів, вимагають до себе надмірної уваги. Жінки з неактивними життєвими сценаріями (сценарій переможеного та сценарій не-переможця) відповідально відносяться до своєї вагітності.

4. Після проведення дослідження, спрямованого на визначення особливостей ставлення до власної вагітності у жінок з різними життєвими сценаріями, ми встановили, що жінки із активним життєвим сценарієм

(сценарій переможця) мають переважно гармонійний тип ставлення до вагітності. У жінок із неактивними життєвими сценаріями (сценарій переможеного, сценарій не-переможця) спостерігається як гармонійне ставлення до вагітності, так і деякі труднощі у сприйманні звістки про майбутнє материнство (ейфоричний, тривожний та депресивний тип гестаційної домінанти).

Отже, ми можемо стверджувати про підтвердження контр-гіпотези: тип життєвого сценарію обумовлює ставлення жінки до власної вагітності: жінки з активними життєвими сценаріями (сценарій переможця) мають переважно оптимальний тип ставлення до вагітності (відповідально відносяться до своєї вагітності, ведуть активний образ життя, своєчасно стають на облік до жіночої консультації, виконують рекомендації лікарів, слідкують за своїм здоров'ям, із задоволенням займаються на курсах допологової підготовки); жінки з неактивними життєвими сценаріями (сценарій переможеного, сценарій не-переможця) мають певні проблеми у ставленні до власної вагітності (ведуть нездоровий спосіб життя, перебільшують труднощі та можливі небезпеки, вимагають до себе надмірної уваги).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анциферова Л.И. Личность в динамике: некоторые итоги исследования // Психологический журнал. – 1992. - № 5.

2. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Вопросы психологии. – 2001. - №2. – С. 22-36
3. Бендас Т.В. Гендерная психология: Учеб. пособ. / Т.В. Бендас. – СПб.: Питер, 2007. – 431 с.
4. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. – 2000. - №2. – С. 16-27.
5. Берн Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры: психология человеческой судьбы. – Мн.: ООО Попурри, 1999. – 512 с.
6. Берн Э. Секс в человеческой любви (пер. с англ.). – М.: Московский кадровый центр, 1990. – 113 с.
7. Берн Э. Трансактный анализ \\\ www.ukrreferat/library/com.ua
8. Берн Э. Формы человеческих отношений \\\ www.university.kh.ua
9. Берн Э. Что вы говорите после того, как говорите «Здравствуйте» \\\ www.studentu.org.ua
10. Бондарчук О.І. Психологія сім'ї: Курс лекцій. – К.: МАУП, 2001. – 96 с.
11. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного материнства // Психологический журнал. – 2000. - №2. – С. 79-88.
12. Васильева О. С., Могилевская Е. В. Социально-психологические аспекты перинатальной психологии и психологии беременности \\\ www.rostovmama.ru
13. Волкова А.И. Психология общения. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 510 с.
14. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. – К.: Науковадумка, 1984. – 207 с.
15. Джеймс М., Дженгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансактный анализ с гештальт-упражнениями \\\ www.lib.com.ua

16. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. – СПб., 1998. – 355 с.
17. Исенина Е. И., Барановская Т. И. Связь между базовыми качествами матери и ее социоэкономическими характеристиками \\ www.psymama.ru
18. Кабрин Э. Транскоммуникация и личностное развитие \\ www.lib.com.ua
19. Климчук В., Мойсієнко Я. Життєвий шлях особистості: принципи біографічного дослідження // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. - № 6. – С. 32-44.
20. Климчук В. О. Математичні методи у психології. Курс лекцій / навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. – Житомир, 2006. – 160 с.
21. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности // Сборник материалов конференции по пренатальной психологии. – СПб., 1998. – 204 с.
22. Кроль Л.М., Михайлова Е.Л. Человек-оркестр, микроструктура общения \\ www.chitalka.info
23. Левчук Л.Т. Психоаналіз: історія, теорія, мистецька практика: Навчальний посібник. – К., 2002. – 255 с.
24. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии \\ www.studentu.org.ua
25. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 784 с.
26. Мендильевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие для вузов / В.Д. Мендильевич. – 5-е изд. – М.: МЕДпрес, 2005. – 432 с.
27. Меньшутин В.П. Помощь молодой семье: Заметки психолога. – М.: Мысль, 1987. – 203 с.

28. Мещерякова С. Ю., Авдеева Н. Н., Ганошенко Н. И. Изучение психологической готовности к материнству как последующего фактора развития взаимоотношений матери и ребенка \\\ www.psymama.ru
29. Москаленко В.В. Соціальна психологія. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 624 с.
30. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про підготовку сім'ї до народження дитини» від 25.07.2006 №519. – 27 с.
31. Прутченко А.С. Тренинг коммуникативных умений **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**
32. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
33. Рахматмаев В. Быть в гармонии с собой и другими **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**
34. Самоукина Н. В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. – 2000. - № 3. – С. 67-82.
35. Сосновкина Ю.Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика \\\ www.readbookz.com
36. Стюарт Й., Джоинс В. Жизненные сценарии \\\ www.meta.com.ua
37. Филлипова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологи // Вопросы психологи. – 2001. - №2. – С. 22-37.
38. Филиппова Г. Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными \\\ www.psymama.ru
39. Филлипова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический поход // Психологический журнал. – 1999. - №5. – С. 81-88.
40. Филлипова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособ. – М.: Издательства института психотерапии, 2002. – 240 с.
41. Франкл В. Человек в поисках смысла \\\ www.readbookz.com
42. Хамитова И. Ю. Девиантное материнство \\\ www.psymama.ru

43. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.В. Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии. – 2005. - № 6. – С. 63-71.
44. Цибур Е.Н. Теоретические подходы к исследованию феномена любовных аддикций (зависимостей) в зарубежной и отечественной психологии // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 5. – 17-22.
45. Шебанова В. Как влияют родительские сценарии на семейное благополучие детей \ \ [www. baby. ru](http://www.baby.ru)
46. Шмидт Р. Искусство общения **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**
47. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2005. – 768 с.
48. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. – СПб.: Питер, 2003. – 416 с.
49. Шульц Л. Язык интуиции. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 448 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Анкета для визначення виду життєвого сценарію та типу ставлення до вагітності

Інструкція.

Вагітність – особливий період у твоєму житті. Нові відчуття, переживання, думки та емоції... але чомусь не завжди позитивні. Невже так діють гормони? Так, але не тільки. Важливу роль відіграють фактори навколишнього середовища.

Ми пропонуємо виконати кілька цікавих завдань, які допоможуть тобі краще зрозуміти себе, а психологам дадуть ключик до розгадки таємниць душевного життя вагітної жінки.

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Місце для відповіді

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

<i>Місце для відповіді</i>

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене....
2. Пологи для мене....
3. Вести активний образ життя під час вагітності....
4. Стати на облік до жіночої консультації...
5. Мій чоловік (партнер)....
6. Під час вагітності оточуючі повинні....
7. Відвідування дискотек під час вагітності....
8. Вживання алкоголю під час вагітності....
9. Тютюнопаління під час вагітності....
10. Я боюсь....
11. Мій страх викликаний....

Додаток 2.

Приклади анкет досліджуваних із активним життєвим сценарієм та гармонійним типом ставлення до вагітності

Анкета №1.

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Капітошка – веселий, добрий, вірить у краще

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опиши, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

*Дитячий садок – весело, багато друзів як серед дівчат, так і серед хлопців.
Перша закоханість*

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене – *радість*

2. Пологи для мене – *щось таке таємниче*

3. Вести активний образ життя під час вагітності – *це нормально*
4. Стати на облік до жіночої консультації *важливо*
5. Мій чоловік (партнер) – *добра, уважна людина*
6. Під час вагітності оточуючі повинні *бути уважними*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *небажано*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *неприпустимо*
9. Тютюнопаління під час вагітності *неприпустимо*
10. Я боюсь *(без відповіді)*
11. Мій страх викликаний *(без відповіді)*

Анкета №2.

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Білосніжка. Вона була лагідною, доброю, турботливою, милосердною. Завжди про всіх турбувалася, пробачала всі недобрі вчинки

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

Поїздка до парку. Каруселі, солодка вата, іграшки, катання на човні

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене – *це радість*
2. Пологи для мене – *це нове життя, яке я даю своїй дитині*
3. Вести активний образ життя під час вагітності *можна, корисно*
4. Стати на облік до жіночої консультації *обов'язково*
5. Мій чоловік (партнер) *турботливий, добрий*

6. Під час вагітності оточуючі повинні *приділяти увагу вагітній*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *небезпечно*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *небезпечно*
9. Тютюнопаління під час вагітності *небезпечно*
10. Я боюсь *(без відповіді)*
11. Мій страх викликаний *(без відповіді)*

Додаток 3.

Приклад анкети досліджуваної із активним життєвим сценарієм та гіпогестогнозичним типом ставлення до вагітності

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Білосніжка. Красива, юна, добра, турботлива

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

Відпочинок на морі, у таборі

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:
 1. Вагітність для мене – *це задоволення*
 2. Пологи для мене – *це природно*
 3. Вести активний образ життя під час вагітності – *це правильно*
 4. Стати на облік до жіночої консультації – *це нормально*

5. Мій чоловік (партнер) *дуже допомагає і підтримує мене*
6. Під час вагітності оточуючі повинні *піклуватися про вагітну*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *не заборонено*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *ненормально*
9. Тютюнопаління під час вагітності *безвідповідально*
10. Я боюсь *(без відповіді)*
11. Мій страх викликаний *(без відповіді)*

Додаток 4.

Приклади анкет досліджуваної із неактивним життєвим сценарієм та гармонійним типом ставлення до вагітності

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Кім Леопольд

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опиши, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

Поїздка до Польщі

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене – *це найважливіше у житті*

2. Пологи для мене – *це нормальне явище*
3. Вести активний образ життя під час вагітності – *нормально, якщо це не загрожує здоров'ю*
4. Стати на облік до жіночої консультації– *обов'язкова процедура*
5. Мій чоловік (партнер) *турботливий*
6. Під час вагітності оточуючі повинні *бути уважними, добрими*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *не обов'язкове*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *суворо забороняється*
9. Тютюнопаління під час вагітності *недопустимо*
10. Я боюсь *(без відповіді)*
11. Мій страх викликаний *(без відповіді)*

Додаток 5.

Приклад анкети досліджуваної із неактивним життєвим сценарієм та ейфоричним типом ставлення до вагітності

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Попелюшка

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

День народження

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене – *відповідальність*
2. Пологи для мене – *щось невідоме*
3. Вести активний образ життя під час вагітності *природно*
4. Стати на облік до жіночої консультації *обов'язково*
5. Мій чоловік (партнер) *добрий, хороший, розумний*
6. Під час вагітності оточуючі повинні *не нервувати вагітну, бути уважними, терпеливими, виконувати всі бажання вагітної*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *не дозволяється*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *не дозволяється*
9. Тютюнопаління під час вагітності *не дозволяється*
10. Я боюсь *(без відповіді)*
11. Мій страх викликаний *(без відповіді)*

Додаток 6.

Приклад анкети досліджуваної із неактивним життєвим сценарієм та тривожним типом ставлення до вагітності

1. «Улюблений герой чи героїня». **Інструкція:** пригадай, будь ласка, свого улюбленого дитячого героя. Це може бути персонаж казки. Можливо, це герой чи героїня п'єси, книги або фільму. Це може бути навіть реальна людина. Хто цей персонаж? Який він?

Вінні Пух

2. Дитячі спогади. **Інструкція:** опишіть, будь ласка, свій найяскравіший дитячий спогад.

Пікнік з батьками

3. Закінчи, будь ласка, наступні речення:

1. Вагітність для мене – *це радість*
2. Пологи для мене – *страх*
3. Вести активний образ життя під час вагітності – *не дуже активний*
4. Стати на облік до жіночої консультації *обов'язково*
5. Мій чоловік (партнер) – *це моя підтримка*
6. Під час вагітності оточуючі повинні *приділяти увагу вагітній*
7. Відвідування дискотек під час вагітності *забороняється*
8. Вживання алкоголю під час вагітності *забороняється*
9. Тютюнопаління під час вагітності *забороняється*
10. Я боюсь *пологів*
11. Мій страх викликаний *незнанням відчуттів під час пологів*