

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология
Профиль: Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой

_____ Е.А. Иванова
«_____» _____ 2017 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

на тему: Особенности совладания со стрессом женщин с отягощенным течением беременности

Исполнитель
студент группы 1660с

Е.Е. Кулешова

Руководитель
доцент, канд.псих.наук

С.В. Смирнова

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

Е.Б. Романцова

Благовещенск 2017

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет Социальных наук
Кафедра Психологии и педагогики

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ Е.А. Иванова
«_____» _____ 2017 г.

ЗАДАНИЕ

К дипломной работе студента Е.Е. Кулешовой

1. Тема дипломной работы: Особенности совладания со стрессом женщин с отягощенным течением беременности

(утверждено приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы 01.02.2017 г.

3. Исходные данные к дипломной работе:

Психологическая защита – это совокупность бессознательных психологических процессов, обеспечивающих охрану психики и личности от опасных негативных действий внутриспихологических и внешних импульсов. В обычной жизни любого человека возникают те или иные эмоционально напряженные и негативные ситуации, переживание которых приводит к включению особое поведение, называемое защитным поведением личности.

Первый вид защитного поведения получил название «механизмы психологической защиты личности», выделен З. Фрейдом. Второй вид защитного поведения – копинг, который был выделен Р. Лазарусом. Копинг рассматривается как осознанное рациональное поведение, направленное на устранение стрессовой ситуации.

4. Содержание дипломной работы (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) проанализировать литературу, посвященную особенностям проявления совладания со стрессом у беременных женщин;

2) диагностировать способы совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности;

3) выявить особенности совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности.

5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.).

Данная дипломная работа содержит 69 с., 3 таблицы, 4 рисунка, 5 приложений и 58 источников.

6. Дата выдачи задания: 7 сентября 2016 года.

Руководитель дипломной работы: Смирнова Светлана Викторовна,
кандидат психологических наук, доцент

Задание принял к исполнению: _____

(подпись студента)

РЕФЕРАТ

Данная дипломная работа содержит 69 с., 3 таблицы, 4 рисунка, 5 приложений и 58 источников.

СТРЕСС, КОПИНГ, СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ, СОВЛАДАНИЕ СО СТРЕССОМ, СПОСОБЫ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ, СТРЕСС У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

В первой главе рассматривается понятие «стресс», как состояние, также соотношение с термином «совладание». Исследуется особенности протекания стресса и совладания с ним у беременных женщин.

Во второй главе рассматриваются организация и методы исследования особенностей совладания со стрессом женщин с отягощенным течением беременности. Представлен анализ полученных данных и интерпретация результатов исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения особенностей совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности	8
1.1 Понятие стресса в психологии и его проявление	8
1.2 Специфика стресса в период беременности	18
1.3 Способы совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности	29
2 Исследование особенностей совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности	41
2.1 Организация и методы исследования	41
2.2 Анализ и интерпретация результатов	50
Заключение	62
Библиографический список	64
Приложение А Методика «Шкала психологического стресса PSM25»	70
Приложение Б Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса	71
Приложение В Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Т.Л. Крюкова	74
Приложение Г Диагностика типологий психологической защиты Р. Плутчик	76
Приложение Д Результаты диагностики уровня стресса	79

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время происходят различные изменения в обществе и окружающей среде, которые оказывают значительное влияние на организм беременной женщины заставляя ее адаптироваться в новым условиям, что не редко приводит к стрессу. Неумение или неспособность совладать со стрессом, влечет за собой ухудшение здоровья и качества жизни. Каждая из них по-разному относится к одним и тем же событиям и изменениям, вызывающим различную ответную реакцию, которая может негативно сказываться на личности, вызывая тревогу, отрицательные эмоциональные переживания, разрушения психологического равновесия. Чтобы этого избежать, организм использует механизмы психологической защиты.

Совладание – это сложный многогранный процесс, протекающий на когнитивном, поведенческом, эмоциональном, социальном уровнях, цель которого заключается в адаптации человека к требованиям ситуации. В настоящее время понятие «совладание» охватывает более широкий спектр человеческой активности – от бессознательных психологических защит до целенаправленного преодоления кризисных ситуаций.

Психологическая защита – это совокупность бессознательных психологических процессов, обеспечивающих охрану психики и личности от опасных негативных действий внутриспсихологических и внешних импульсов. В обычной жизни любого человека возникают те или иные эмоционально напряженные и негативные ситуации, переживание которых приводит к включению особое поведение, называемое защитным поведением личности.

Первый вид защитного поведения получил название «механизмы психологической защиты личности», выделен З. Фрейдом. Второй вид защитного поведения – копинг, который был выделен Р. Лазарусом. Копинг рассматривается как осознанное рациональное поведение, направленное на устранение стрессовой ситуации.

Объект исследования: стресс.

Предмет исследования: особенности совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности.

Цель исследования: изучить особенности совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности.

Гипотеза: у беременных женщин с отягощенным течением беременности преобладают примитивные защитные механизмы психики и эмоционально-ориентированные копинги.

Задачи:

4) проанализировать литературу, посвященную особенностям проявления совладания со стрессом у беременных женщин;

5) диагностировать способы совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности;

6) выявить особенности совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности;

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, методы описательной статистики.

База исследования: Амурская региональная общественная организация «Ноосфера» и городской родильный дом.

Выборка: женщины без патологии беременности и с отягощенным течением беременности.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1 Понятие стресса в психологии и его проявление

Проблема стресса была и остается одной из наиболее интересных и, в то же время, недостаточно изученных проблем вот уже на протяжении не одного десятилетия. Анализ исследований, посвященных проблеме стресса (Розенфельд Р., Селье Г., Фонтана Д., Эверли Дж. и др.), позволяют сделать вывод о том, что до настоящего времени не выработано единого, общепринятого определения данного понятия [50], [54], [57].

Если обратиться к истории возникновения данного термина, то, по мнению Р. Розенфельда термин «стресс» впервые появляется в XVIII веке в физике, где он рассматривался как характеристика любого напряжения, давления, силы, прикладываемой к какой-либо системе (прибору, материальному объекту и т.д.), деформация, возникающая в предмете под воздействием этой силы.

Основоположником учения о стрессе, является канадский ученый Ганс Селье. Впервые в физиологии и медицине данный термин был использован в 30-е гг. XX в. Г. Селье, рассуждая о сущности стресса, отмечает: «Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [50, с. 15].

Основное внимание Г. Селье и его последователи уделяли биологическим и физиологическим аспектам проблемы стресса. Традиционным стало понимание стресса как физиологической реакции организма, в частности, реакции эндокринных желез, контролируемых гипофизом, на действие различных отрицательных факторов.

Продолжая дальнейшие исследования биохимических и физиологических аспектов проблемы стресса, Г. Селье постепенно подошел к изучению еще одной стороны стресса – психологической. Этому во многом способствовали работы ученых, обобщавших опыт второй мировой войны. Наряду с

термином «стресс», в руководствах, монографиях и статьях все чаще стали применяться такие понятия, как психологический или эмоциональный стресс. Психическим проявлениям синдрома, описанного Г. Селье, было присвоено наименование «эмоциональный» стресс. В содержание этого термина включают и первичные эмоциональные психические реакции, возникающие при критических психологических воздействиях, и эмоционально-психические синдромы, порожденные телесными повреждениями, и аффективные реакции при стрессе, и физиологические механизмы, лежащие в их основе [52, с. 126].

Первым попытался разграничить физиологическое и психологическое понимание стресса Р. Лазарус. Он, развивая учение о стрессе, выдвинул концепцию, согласно которой разграничивается физиологический стресс, связанный с реальным раздражителем, и психический (эмоциональный) стресс, при котором человек (на основе индивидуальных знаний и опыта) оценивает предстоящую ситуацию как угрожающую, трудную. В последние годы отмечают условность полного разделения физиологического стресса и стресса психического. В физиологическом стрессе всегда есть психические элементы и наоборот. Что же касается терминов «психический стресс» и «эмоциональный стресс», то они часто используются как равнозначные, поскольку почти все ученые признают, что основной причиной психического (психологического) стресса является эмоциональное возбуждение [37, с. 83].

Интересное определение термина «стресс» предлагает П. Мак-Грат. Он считал, что стресс – это воспринимаемый существенный дисбаланс между требованием и возможностью прогнозирования реализации этого требования в условиях, когда выполнить его невозможно.

Исследователь Д. Кокс говорит о том, что «стресс можно определить как психологическое состояние, которое является частью более широкого процесса взаимодействия между индивидуумами и их рабочей средой и отражает этот процесс» [7, с. 13].

В.Л. Марищуком и другими исследователями высказано мнение, что наименования стресса (эмоциональный, боевой, учебный, авиационный,

спортивный и др.) определяется содержанием стресс-фактора. Эмоциогенное воздействие вызывает эмоциональный стресс, спортивные нагрузки – спортивный стресс, факторы полета могут вызвать авиационный стресс и т. д. Но стрессом, по утверждению В.Л. Марищука, можно называть лишь такое состояние, которое характеризуется значимым выбросом стероидных гормонов (не менее чем на величину вероятного отклонения от исходных показателей). При этом любой стресс является физиологическим, так как сопровождается различными физиологическими реакциями и всегда эмоциональным, поскольку сопровождается соответствующими эмоциональными переживаниями. Он также всегда связан с разными нейрорефлекторными механизмами и различными эндокринными реакциями.

Согласно Леви, эмоциональный стресс можно рассматривать как участок своеобразного континуума эмоциональных состояний, в котором сдвиги физиологического гомеостаза являются самыми низкими в условиях полного безразличия. Приятные и неприятные эмоциональные состояния сопровождаются изменениями в уровнях физиологического гомеостаза.

Частым следствием длительных периодов угнетенного эмоционального фона являются стрессовые состояния. Не случайно Р. Лазарус говорит о том, что психологический стресс – это обусловленное «угрозой» эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способности человека эффективно осуществлять свою деятельность. Таким образом, можно проследить прямую, непосредственную связь между эмоциональным состоянием и стрессовой реакцией. Стрессовые состояния развиваются в результате длительного воздействия на человека в трудных для жизни условиях, шоковых психических напряжений и эмоциональных перегрузок. Длительно переживаемый стресс рассматривается как причина дезорганизации деятельности человека, нервных срывов, устойчивых невротических состояний и проявлений, различных функциональных расстройств деятельности органов и систем организма человека. Именно поэтому стресс современными учеными рассматривается как один из основных факторов

риска.

Вместе с тем, ученые полагают, что эмоциональная реакция при стрессе у разных людей будет неодинаковой. Обращаясь к истории психологической мысли, можно отметить, что еще Гиппократ отмечал, что при душевном возбуждении и расстройстве одни люди склонны к маниакальному, другие – к депрессивному поведению. Дифференциация индивидуальных различий подобного ряда соответствует широко распространенной на Востоке концепции о двух началах – «ян» и «инь» в человеке. Первое («ян») реализуется в активности поведения, в силе характера; второе («инь») – в пассивности или, при чрезмерности своих проявлений, даже в депрессивности.

Подобное дихотомическое разделение индивидуальных различий поведения можно найти и в работах современных исследователей. Так, как свидетельствуют результаты исследований В.А. Китаева-Смык и его коллег, одним из показателей состояния эмоционального стресса у людей является изменение эмоционально-поведенческой активности при стрессе, ее усиление или ослабление. При этом назначение активных поведенческих реакций – способствовать за счет ускоренных и усиленных защитных (агрессивных) действий предотвращению неблагоприятного развития стрессогенной ситуации. Вместе с тем чрезмерная активизация поведения может привести к ошибочным действиям и даже к полной дезорганизации деятельности. Также необходимо отметить, что активизация поведения при стрессе, как отмечают ученые, может быть как адекватной, так и неадекватной решению задачи выхода из стрессогенной ситуации и предотвращения неблагоприятного воздействия стрессора.

В исследованиях вопросов эмоционального стресса сначала Леви, а затем Г. Селье все эмоционально-стрессовые состояния, связанные с неприятными, отрицательными переживаниями, обозначают как дистресс, а связанные с положительными эмоциональными реакциями – как эустресс. Подразделив первоначальное понятие стресса на две разновидности –

дистресс и эустресс, Селье способствовал тому, что в сферу применимости этих новых понятий попали практически все физиологические явления, в том числе и сон. Селье пишет, что «даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс... Полная свобода от стресса означает смерть». При таком расширенном толковании понятие «стресс» становится равнозначным понятию «физиологическая активность» и в результате теряет объяснительную силу, значительно снижая возможности строго исследовать конкретные проявления адаптации с каких-либо единых позиций.

По мнению Селье, с точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой столкнулся человек. Стрессовую реакцию может вызвать как усиленный отрицательный фон, так и усиленный положительный фон. При этом Г. Селье полагает, что значение имеет лишь интенсивность потребности в перестройке, адаптации к этим воздействиям. Также ученый говорит о том, что стресс не является лишь только нервным перенапряжением. По мнению ученого, он требует напряженного функционирования практически всех органов и систем организма.

Стрессорный эффект, по мнению ученого, зависит лишь от интенсивности требований и приспособительной способности организма. Любая деятельность, по мнению ученого, – это специфический стресс (это нагрузка на организм). Однако стресс не всегда причиняет вред жизни и здоровью человека. Более того, основываясь на своих многочисленных экспериментальных исследованиях, Г. Селье считает, что полная свобода от стресса может привести человека к гибели. По мнению ученого, стресс всегда связан с целым комплексом как неприятных, так и приятных человеку переживаний, ощущений, необходимых для нормальной его жизнедеятельности.

Впервые описанный в 1936 г. Г. Селье «синдром, вызываемый различными вредоносными агентами», впоследствии получил название общий адаптационный синдром (или синдром биологического стресса). Принято выделять три его фазы:

1. Реакция тревоги. Возникает при первом проявлении стрессора. В течение короткого периода времени снижается уровень устойчивости организма, нарушаются некоторые соматические и вегетативные функции. Организм кардинально меняет свои характеристики. Однако он может мобилизовать свои резервы за счет включения механизмов саморегуляции защитных процессов. Если защитные реакции эффективны, тревога утихает и организм возвращается к нормальной жизнедеятельности. Если же его сопротивление недостаточно и если стресс сильный, то уже на данной фазе может наступить летальный исход (смерть). Такие краткосрочные стрессы носят название острой реакции стресса.

2. Фаза сопротивления (резистентности). Она наступает в случае продолжительного воздействия стрессора и необходимости поддержания защитных реакций организма. Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм способен сопротивляться стрессу. Происходит сбалансированное расходование адаптационных резервов на фоне адекватного внешним условиям напряжения функциональных систем. Признаки тревоги практически исчезают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного.

3. Фаза истощения. Отражает нарушение механизмов регуляции защитно-приспособительных механизмов борьбы организма с чрезмерно интенсивным и длительным воздействием стрессоров. После длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, постепенно истощаются запасы адаптационной энергии. Вновь появляются признаки реакции тревоги. Однако на данной фазе они носят необратимый характер, и индивид погибает.

Открытие трехфазной природы общего адаптационного синдрома дало понять, что способность организма к приспособлению, его адаптационная энергия не беспредельны. Стадия истощения, которая является признаком любого стресса, может быть обратимой лишь после кратковременных, непродолжительных нагрузок на организм. Полное же истощение

адаптационной энергии необратимо и неизбежно приводит к гибели организма.

В современных исследованиях стресса также часто преобладает подход к его характеристике с позиций «стимул – реакция». Ученые пытаются соотнести факторы внешней среды с конечным результатом (состоянием человека). Так, Т. Лазарус и Ф. Фолкмен определяют стресс как «связь человека со средой, которая оценивается человеком как обременяющая или превышающая его ресурсы и подвергающая опасности его благополучие» [7, с. 11].

Еще в исследованиях Г. Селье, были выделены два основных его вида:

- 1) физиологический стресс (заболевание организма);
- 2) психологический стресс (стимулируется отношениями между людьми; социальным положением в обществе, удовлетворением (или неудовлетворением) потребностей и т.д.

Рассматривая сущностные особенности физиологического стресса, ученый отмечает, что всякое заболевание вызывает определенную степень стресса, поскольку предъявляет организму определенные требования к адаптации. Вместе с тем, Г. Селье указывает на то, что любой стресс, участвует в развитии любого заболевания. При этом действие стресса как бы наслаивается на специфические проявления болезни и меняет ее «картину» в худшую или лучшую сторону. Это может показаться весьма странным, но, как показывают многочисленные клинические исследования, действие стресса, при определенных обстоятельствах, может быть и положительным. Психологический стресс, по мнению ученого, в основном обусловлен эмоциональными перегрузками, которые сопровождают жизнедеятельность современного человека

Необходимо отметить, что в любой науке периодически происходит изменение представлений о природе тех или иных явлений, событий, процессов. Меняется взгляд и на природу, сущностные особенности и значение стресса.

Одним из наиболее значительных достижений отечественной психологии является создание концепции системного подхода, наиболее полно представленной в работах Б.Ф. Ломова. Реализация системного подхода обуславливает необходимость изучения психологического стресса, стрессоустойчивости и других состояний и поведения человека при воздействии стресс-факторов в плане проявления человеком своих системных свойств, которые образуются в связи и в результате включения человека в жизнедеятельность и которые оцениваются в процессе выполнения человеком функций организации, контроля, планирования, корректировки, достижения процесса саморегуляции устойчивости к стрессу [4, с. 49].

Еще одной методологической концепцией, положенной в основу изучения психологического стресса, является деятельностный подход в изучении функциональных состояний. Данный подход основывается на положениях теории деятельности А.Н. Леонтьева и концепции регулирующей роли психического отражения, разработанной Б.Ф. Ломовым. Деятельностный подход определяет необходимость установления и учета причинно-следственных отношений на разных уровнях любой деятельности, что дает возможность проникнуть в сущность явлений, определяющих, например, особенности формирования и проявления стресса и регуляции его преодоления.

Методологическое значение для изучения проблем психологического стресса имеет и положение о личностном подходе, реализующее представления об особенностях проявления внутренних факторов активности и их роли в регуляции свойств и состояний человека. Личностный подход определяет необходимость ориентации на оценку психических и физиологических ресурсов и функциональных резервов человека при изучении закономерностей развития стресса, формирования устойчивости и противодействия ему.

Методологическую основу изучения проблемы стресса составляет и динамический подход, разрабатываемый Л.И. Анциферовой [3, с. 28]. Данный подход ориентирован на исследование особенностей развития и проявления

стресса на разных этапах жизненного и профессионального пути человека, на исследование закономерностей постоянного «движения» личности в «пространстве» своих качеств и характеристик, своего возраста, меняющихся социальных нормативов и т.д. Данный подход имеет своей целью изучение качественных изменений личности, прогрессивных или регрессивных тенденций развития, причин трансформации личности. Также, по мнению автора, динамический подход предусматривает активную роль самой личности в процессе своего развития посредством установления «места» тех или иных событий в своей жизни, в определении их субъективной значимости, закреплении в своем индивидуальном опыте тех или иных форм поведения и т.д. Перечисленные факторы позволяют и помогают понять индивидуальные различия в характере реакции психики и организма на различные стрессовые факторы, а также обеспечивают избирательность в выборе стратегий преодоления стресса [2, с. 106].

Существенное значение для развития исследований в области психологии стресса и его преодоления имеют положения субъектно-деятельностного подхода, основанного на идеях Б.Г. Ананьева, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Б.Ф. Ломова, С.Л. Рубинштейна и развитого в трудах К.А. Абульхановой-Славской, А.В. Брушлинского, Е.А. Климова и др. Согласно данному подходу человек, в результате включения в процесс различных видов целенаправленной и осознаваемой деятельности, активности (игра, учебная деятельность, деятельность общения) приобретает специфические свойства и качества самоорганизации, саморегуляции, самоконтроля и т.д. [51, с. 39].

Термин «стресс» встречается в современной литературе как обозначающий следующие понятия:

- 1) сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие;
- 2) сильная неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие агрессора;

3) сильные, как неблагоприятные, так и благоприятные для организма реакции разного рода;

4) неспецифические черты (элементы) физиологических и психологических реакций организма при сильных, экстремальных для него воздействиях, вызывающих интенсивные проявления адаптационной активности;

5) неспецифические черты (элементы) физиологических и психологических реакций организма, возникающих при всяких реакциях организма [30, с. 4].

Л.А. Китаев-Смык наиболее адекватно признает последнюю из указанных трактовок термина «стресс». Он также признает возможным понимание стресса как неспецифических физиологических и психологических проявлений приспособительной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях, имея в виду в данном случае стресс в узком смысле. Неспецифические же проявления адаптивной активности при действии любых значительных для организма факторов обозначают как стресс в широком смысле.

Психологическими расстройствами, наиболее часто связываемыми с чрезмерным стрессом, называются беспричинное состояние тревожности, маниакальные формы поведения, нарушения сна, депрессивные проявления и пр. Так, рядом исследователей доказано, что повышенный уровень тревожности может возникнуть в результате симптоматической и проприоцептивной импульсации на кору головного мозга.

Как отмечают Дж. Эверли и Р. Розенфельд, чрезмерное возбуждение, связанное со стрессом, восходящее через ретикулярную активирующую систему к лимбической области и неокортексу, приводит к возникновению неорганизованной и нефункциональной нервной импульсации, проявляющейся в наличии симптомов нарушения сна, неопределенной тревоги, а в некоторых случаях и мало целенаправленного маниакального поведения. При этом необходимо отметить, что активация психологической стрессовой реакции

всегда предшествует проявлению диффузной беспредметной тревоги. Еще одним психологическим проявлением чрезмерного стресса являются депрессивные реакции. Установлено, что стрессирующие события, приводящие человека к представлению о том, что он находится в безвыходном положении, ученые связывают с психофизиологическим стрессовым возбуждением. Активацией проявления этого стрессового возбуждения и является депрессия [57, с. 73].

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что стресс представляет собой реакцию на значимый раздражитель. А стрессовая реакция является реакцией психофизиологической, поскольку включает в себя сложные взаимоотношения психического и соматического состояний организма. Следовательно, стресс характеризуется потенциально широким набором реакций, которые приводят к психофизиологическому возбуждению. Стресс, как считают многие ученые, может оказывать как положительное, так и негативное влияние на человека. Все эмоционально-стрессовые состояния, связанные с неприятными, отрицательными переживаниями, обозначают как дистресс, а связанные с положительными эмоциональными реакциями – как эустресс. У многих людей хронические стрессы могут привести к дисфункциям и патологическим нарушениям, расстройствам в органах и системах организма.

1.2 Специфика стресса в период беременности

Состояние эмоциональной неудовлетворенности образует стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушений сна, частых испугов и семейных переживаний. Такие психологические факторы, как тревожность, мнительность, впечатлительность, эгоцентризм и страх боли, способствуют появлению эмоционального стресса при беременности, которая в итоге воспринимается как негативное психоэмоциональное состояние, которое осложняет протекание беременности и родов и подготовку к роли матери. В первом триместре для женщины ее новое состояние может быть неожиданным: вызвать радость, недоумение или огорчение. То есть

беременность связана с новым социальным статусом женщины и может вызвать состояние психологической дезадаптации. Основным фактором, влияющим на разнообразие реакций женщин на беременность, являются семьи, в которых они живут. Многое зависит от того, как отнесутся к беременности те, на кого можно рассчитывать, кто может поддержать. Большое значение имеют возраст и состояние здоровья самой женщины.

Существенное место в патогенезе многочисленных соматических и психических нарушений как в детском, так и во взрослом возрасте отводится эмоциональному стрессу [24, с. 37]. Эмоциональный стресс – состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей. Под стрессом понимают состояние организма, возникающее при воздействии необычных раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма.

Селье описал эустресс – синдром, способствующий сохранению здоровья, и дистресс – вредоносный или неприятный синдром. Дистресс рассматривается как болезнь адаптации, возникающая в связи с нарушением гомеостаза (постоянства внутренней среды организма). Стресс также понимают как функциональное состояние организма, возникающее в результате внешнего отрицательного воздействия на его психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов. Биологическое значение стресса определяется как процесс мобилизации защитных сил организма, т. е. начальный этап управления приспособительными процессами.

Стресс – феномен осознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие баланса в этом механизме вызывает возникновение стресса и ответную реакцию на него (Исаев Д.Н., 2005). Механизм эмоционального стресса складывается из продолжительного последствия, суммации, извращенной реакции нейронов центральной

нервной системы на нейромедиаторы и нейропептиды. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания.

Н.И. Олиферович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента указывают, что ожидания ребенка переживаются многими женщинами как стресс, эмоциональный кризис, поворотный пункт жизни или болезнь [42, с. 247]. Период беременности во всех отношениях является для женщины периодом серьёзных изменений в жизни. Меняется её социальный статус: женщина готовится к новой роли – роли матери. Происходят существенные изменения в организме беременной, меняется психологическое состояние и восприятие себя, происходит переоценка личностных ценностей. Психологические исследования показывают, что для женщины ситуация беременности, всегда является кризисной, может переживаться с разной остротой и беременная может демонстрировать различные стратегии адаптации к этой ситуации. *Женщина с патологией беременности воспринимает ситуацию беременности как более стрессовую, чем женщина с нормально протекающей беременностью.*

Интенсивный темп жизни, чрезвычайно насыщенная информационная среда, высокий уровень ежедневного стрессового воздействия, экологическое неблагополучие – все это негативно отражается на психофизиологическом состоянии беременных женщин. Даже практически здоровые женщины на протяжении генеративного периода находятся в состоянии биологического и психологического криза. Как известно при беременности происходит развитие доминантного возбуждения.

На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским было предложено понятие «гестационная доминанта». Она более полно отражает протекание физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем и плода. Гестационная доминанта включает в себя физиологический и психологический компоненты. Физиологический компонент отвечает за перестройку в работе различных органов и систем. Психологический компонент – за психоэмоциональный статус. Это проявляется в некотором заторможенном состоянии беременной, преобладании у нее интересов, непосредственно связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка. Важным является то, что при возникновении различных стрессовых ситуаций (испуг, страх, сильные эмоциональные переживания) в центральной нервной системе беременной наряду с гестационной доминантой могут возникать и другие очаги стойких возбуждений, которые в значительной степени ослабляют или нивелируют действие гестационной доминанты. Таким образом, наблюдается «гипертрофированный приоритет» социального. У женщин отсутствует «включение в ситуацию» [49].

Физическое недомогание беременных сочетается с раздражительностью, срывами, тревожностью. Адаптивное значение подобного самочувствия заключается в снижении активности и ограничении контактов с внешней средой, в том числе, и с семейным и социальным окружением.

Л.Б. Шнейдер утверждает, что поддержка семьи, которая обеспечивает так называемый «буферный эффект», и является важнейшим фактором профилактики дистресса у беременной женщины. Главная роль такой поддержки – укрепление веры в себя, в свои силы [12, с. 20].

Как отметили А.И. Захарова и Е.А. Булушева, эмоциональная пустота, чувство одиночества и непонимания со стороны других членов семьи способствуют усилению страхов, связанных с переживанием внутрисемейной

ситуации, и приводят к потере уверенности в том, что в случае неблагоприятного исхода беременности женщина не останется одна со своей бедой [22, с. 28].

Высокий уровень стресса гасит или оказывает тормозящее действие на гестационную доминанту, оказывающего глобальное влияние на течение регуляторных процессов, формируется специфический уровень высшей нервной деятельности, способствующий нормальному развитию беременности. Но доминантный процесс не абсолютно устойчив. При надпороговом стрессовом воздействии может происходить срыв защитных механизмов, искажение или подавление развития гестационной доминанты, что приводит к нарушению деятельности регуляторной, гомеостатических процессов, обеспечивающих физиологическое течение беременности (Аршавский И.А.). Особенности нервно-психических реакций беременных и характер их эмоциональных переживаний необходимо рассматривать как проявление адаптации организма и личности к наступающей беременности.

Наиболее важную роль в механизме развития эмоционального стресса играют первичные расстройства в вентромедиальном отделе гипоталамуса, базально-латеральной области миндалевидных тел, перегородке и ретикулярной формации. Именно рассогласование деятельности в этих структурах приводит к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы.

Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны (Исаев Д.Н., 2005). Устойчивость к стрессу различна у разных людей. Одни более предрасположены, другие – весьма устойчивы. Развитие клинически значимых патологических состояний на фоне стресса зависит от ряда условий, важнейшими из которых следует считать психические и биологические особенности индивида, социальное окружение и характеристики событий, вызывающих серьезные эмоциональные реакции.

Эмоциональный стресс является основной причиной негативных

нарушений в состоянии здоровья матери и плода. Существуют данные о случаях развития неврозов у детей в результате антенатальных психогенных факторов. Причем у девочек стресс матери распространяется на большее число антенатальных и перинатальных отклонений, чем у мальчиков. То есть организм девочек более разнообразно отвечает на стресс матери. В то же время у мальчиков чаще встречаются отклонения в развитии, обусловленные стрессом матери.

А.И. Захаров доказывает, что эмоциональный стресс при беременности отрицательным образом сказывается не только на последующем здоровье ребенка, но и на течении родов, порождая различные трудности как у матери, так и у ребенка [13, с. 4]. Пренатальный стресс способствует формированию внутриутробно обусловленной патологии. У женщин, переживших сильный эмоциональный стресс во время беременности, как например, физическое насилие и агрессию или семейные конфликты, значительно чаще рождаются мальчики с проявлением гомо- и бисексуального поведения в зрелом возрасте.

Известны случаи реверсии половой ориентации у женщин, матери которых принимали во время беременности гормональные препараты, обладающие даже слабой андрогенной активностью. Эти факты подтверждают теорию гормон-нейромедиаторного импринтинга мозга, согласно которой в результате воздействия гормонов, нейромедиаторов и цитокинов матери на развивающийся мозг формируется определенный тип нервных связей, уровень возбудимости нейронов и их восприимчивость к активизирующему воздействию медиаторов. При неадекватном воздействии в пренатальном периоде гормонов и других физиологически активных веществ у ребенка впоследствии формируются патологические состояния и болезни [46, с. 173].

Исследования, проведенные на сроках 24, 30 и 36 недель гестации, выявили, что на фоне стрессовых воздействий, испытываемых беременными женщинами, плод характеризовался более высокой двигательной активностью, повышенной вариабельностью частоты сердечных сокращений [20, с. 662].

Двигательная активность плода также оказывается повышенной на фоне более высокой выраженности отрицательных эмоций, испытываемых беременной женщиной, в частности на фоне негативного отношения к своей беременности. Аналогичные характеристики поведения плода выявляются и на фоне повышенной тревожности беременной [18, с. 146].

Испуг, испытываемый беременной, сопровождается реакцией плода, продолжительность которой составляет около 4 мин. При этом изначально наблюдается повышенная вариабельность частоты сердечных сокращений плода и снижение его двигательной активности; в дальнейшем при устранении негативного влияния на мать показатели у плода возвращались к исходному уровню, однако у плодов мужского пола двигательная активность повышалась выше исходной. Примечательно, что у одних и тех же пар «мать – плод» реакция на внешний раздражитель характеризовалась достаточной стабильностью при нескольких повторяющихся исследованиях [19, с. 130].

Интересные данные были получены в ходе демонстрации беременным женщинам на сроке 32 недели учебных фильмов, в которых были показаны сцены родов, сопровождающиеся рассказами родильниц о своих переживаниях и ощущениях во время родов. Физиологические показатели, зафиксированные у беременных женщин в этот момент, свидетельствовали о том, что они эмоционально переживают увиденное и услышанное. В это же самое время отмечалось снижение двигательной активности плодов обследованных женщин, а также снижение у плодов частоты сердечных сокращений. Во время демонстрации первых кадров, запечатлевших процесс родов, у плодов ранее не рожавших женщин наблюдалось преходящее учащение частоты сердечных сокращений.

На фоне релаксационных процедур, проводимых у беременных женщин, отмечалось замедление частоты сердечных сокращений плода, увеличение вариабельности сердечного ритма плода, снижение его двигательной активности. Остается до конца невыясненным, благодаря каким конкретным механизмам изменения психологического состояния беременных женщин

«транслируются» плоду. Есть основания полагать, что это происходит при участии системы «гипоталамус – гипофиз – надпочечники». Так, установлено, что снижение уровня кортизола в слюне у беременных женщин в целом ассоциировалось со снижением двигательной активности плода, повышением у него variability частоты сердечных сокращений, снижением сопротивления пупочных артерий. Показано наличие корреляции частоты сердечных сокращений матери и плода: высокая ЧСС матери сочетается с более высокой ЧСС плода [41, с. 41]. Не исключено также, что «релаксация» плода возникает в ответ на изменение его внутриутробного окружения, включая такие факторы, как изменение позы матери, характера звуковых стимулов, поступающих к плоду [16, с. 42].

Последнее предположение подкрепляется данными, свидетельствующими о том, что матка – достаточно «шумное» место, и эти шумы создаются током крови по сосудам, перистальтикой кишечника, голосовыми звуками. Поэтому можно предположить, что внезапные повышения или снижения частоты сердечных сокращений у матери в ответ на эмоциональные воздействия, а также изменения артериального давления, моторики кишечника могут приводить к изменениям внутриутробного сенсорного окружения плода. Такие изменения, в свою очередь, могут приводить к возникновению ориентировочной реакции плода, что сопровождается снижением ЧСС и снижением моторной активности. Следовательно, женщины, которые в силу своих характерологических особенностей имеют более выраженную эмоциональную лабильность, создают на протяжении беременности для развивающегося плода иной уровень ежедневной стимуляции, нежели более спокойные и эмоционально уравновешенные женщины.

Материнский стресс и депрессия во время беременности может привести в действие определенные защитные механизмы у детей. Психологи из Базельского университета (Universität Basel) совместно с зарубежными коллегами сообщают, что некоторые эпигенетические адаптации у новорожденных подтверждают этот вывод. Их результаты были

опубликованы в журнале *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. В своем исследовании ученые отметили, что увеличение концентрации гормонов стресса у матери, депрессивные симптомы и несчастья во время беременности сопровождаются эпигенетическими изменениями у ребенка. В результате изменений рецептора гена окситоцина, который является важным для социального поведения, адаптация к стрессу происходит быстрее. Этот механизм свидетельствует о том, что дети легко будут справляться с будущими проблемами и невзгодами.

Будет ли ген активирован или нет, зависит от метильных групп, которые прикрепляются к ДНК и работают в качестве переключателя. Исследователи обнаружили, что у детей, матери которых имели повышенный стресс и депрессивные симптомы, снижалось метилирование рецепторов гена окситоцина при рождении. Окситоцин не только играет важную роль для матери и ребенка, он также влияет на социальное поведение.

Гюнтер Мейнлшмидт с соавторами исследовала 100 матерей и их детей во время и после беременности. Они собрали пуповинную кровь у 39 новорожденных и исследовали слюну матерей на гормон стресса кортизол. Кроме того, ученые оценили стрессовые жизненные события и психическое здоровье матерей. Высокий уровень кортизола, определяемый у беременных женщин во время беременности, является косвенным признаком стресса. Такая ситуация нередко наблюдается на фоне симптомов депрессии во время беременности. Показано, что повышенный уровень кортизола у беременной женщины является прогностическим фактором преждевременных родов, а также снижения темпов прибавки массы тела плода.

Матери, имеющие признаки депрессии во время беременности, характеризуются повышенным уровнем кортизола, который сочетается со сниженным уровнем допамина и серотонина. Дети, родившиеся у таких матерей, часто имеют малую массу тела при рождении и сходный профиль концентрации указанных биологически активных веществ: повышенный уровень кортизола в сочетании с низким уровнем допамина и серотонина.

Кроме того, у этих детей чаще выявляется относительное преобладание правой лобной доли головного мозга, сниженный тонус блуждающего нерва. При исследовании таких новорожденных с помощью шкалы Брейзелтона чаще выявляются признаки снижения способности к габитуации, нарушения ориентировки и моторики, сужение диапазона физиологических состояний, а также признаки нестабильности вегетативной регуляции. У детей чаще отмечаются нарушения цикла «сон – бодрствование»: значительно больше времени они пребывают в состоянии глубокого сна и меньше времени в состоянии спокойного и активного бодрствования.

Полагают, что глюкокортикоиды, прежде всего кортизол, играют важную роль в программировании формирования мозга плода и последующего поведения плода и ребенка, так как их воздействие необходимо для созревания большей части отделов ЦНС. Показано, что высокий уровень тревоги у женщин в середине беременности, сопровождающийся повышением уровня кортизола в крови, сочетается с последующим снижением плотности серого вещества головного мозга у детей в возрасте 6 – 9 лет.

Следует отметить, что плод отчасти защищен от выраженных колебаний уровня глюкокортикоидов в крови матери. Эта защита обеспечивается дезактивацией кортизола за счет действия плацентарного фермента: 11-бета-гидростероиддегидрогеназы второго типа. Однако, несмотря на указанный защитный механизм, от 10 до 20 % активного кортизола проникает из крови матери через плаценту к плоду, в результате чего уровень кортизола в крови плода сильно коррелирует с уровнем кортизола в крови матери.

При изучении стрессовых воздействий на беременную женщину следует учитывать, что беременность сама по себе во многих случаях является причиной развития тревоги (за состояние здоровья самой женщины и ее плода, а также в связи с предстоящими родами). Стресс, связанный с подобными переживаниями, может сильно варьировать у отдельных женщин в зависимости от выраженности механизмов психологической защиты, самооценок, семейного статуса и иных обстоятельств. Значение имеет и этап

беременности, на котором женщина испытывает стрессовые воздействия, а также стойкость этого воздействия.

Так, повышение уровня кортизола, наблюдавшееся на фоне стресса у беременных женщин на сроке 30 – 32 недели, сочеталось с нарушением регуляции выработки кортизола у родившихся детей, со снижением активности детей, повышенной боязнью детьми новых ситуаций [21, с. 146]. Напротив, стрессовое воздействие, испытываемое женщиной в первом триместре беременности, чаще может приводить к преждевременным родам. По мнению авторов, эффект, оказываемый на плод стрессовым воздействием на беременную женщину, зависит от того, способна ли плацента в данный конкретный момент времени продуцировать фермент 11-бета-гидростероиддегидрогеназу, разрушающий кортизол. Кроме того, значение имеет не только сам по себе факт выработки плацентой указанного фермента, но и его уровень в каждом конкретном случае. Выявлено, в частности, что к концу беременности уровень данного фермента существенно снижается, что позволяет кортизолу проникать к плоду и воздействовать на рецепторы, таким образом, влияя на развитие головного мозга плода. Имеются также исследования, свидетельствующие о том, что воздействие сильных стрессоров, независимо от срока беременности, может приводить к нарушениям развития ребенка, выявляемым даже спустя несколько лет. Так, чем сильнее было воздействие стресса на беременную женщину, тем более выраженными были нарушения формирования речи у детей двух лет, а задержка когнитивного развития детей была наиболее отчетливо выражена в тех случаях, когда стрессовые воздействия имели место в течение первых двух триместров беременности [29, с. 185].

Преыдушие исследования показали, что стресс во время беременности может увеличить риск развития психических расстройств и физических заболеваний у потомства. Тем не менее, до сих пор наука мало внимания обращала на потенциальные защитные механизмы ребенка. Исследования в этой области только начались. Наблюдения обеспечивают доказательствами

того, что неблагоприятное окружение во время беременности может активировать защитные механизмы.

«Нам необходимо всесторонне изучить психологические процессы, которые позволяют людям поддерживать здоровье в долгосрочной перспективе на протяжении нескольких поколений, несмотря на стресс», – говорит Мейнлшмидт. На основе этих знаний можно будет попытаться предотвратить развитие психических расстройств и соматических заболеваний. Поскольку данные были проанализированы только до родов, никаких выводов не было сделано в отношении долгосрочных перспектив [53, с. 12].

Стресс, испытываемый матерью во время беременности, может оказывать многочисленные отсроченные влияния на плод. Показано, что стрессовые воздействия, испытываемые матерью во время беременности, сочетаются с повышенной раздражительностью новорожденных детей, более высокой тревожностью младенцев. Стресс во время беременности сочетается с более выраженным нарушением адаптивности ребенка первого года жизни к новым ситуациям и незнакомым людям, более частым немотивированным беспокойством и плачем. Пренатальный стресс оказывал негативное влияние и на психомоторное развитие детей, что выявлялось у них в возрасте 8 мес. и в старшем возрасте [56, с. 83]. Отмечается связь пренатального стресса с особенностями эмоциональной реактивности детей, выявляемыми в школьном возрасте [17, с. 783].

Таким образом, переживание стресса оказывает влияние на протекание беременности, на течение родов и дальнейшую жизнь ребенка [52, с. 68]. С учетом сказанного, большого практического интереса заслуживает возможное влияние психологического состояния беременной женщины и испытываемых ею стрессовых воздействий во время беременности на развивающийся плод.

1.3 Способы совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности

Логическим продолжением изучения стресса явились исследования, посвященные изучению процессов, направленных на преодоление стрессовых

состояний. Начиная с 1960-х годов термин «совладание со стрессом», или «копинг», первоначально использовали для описания некоторых механизмов психологической защиты. Именно бессознательные выученные механизмы защиты отвечают за регуляцию эмоционального состояния и направлены на сохранение психического гомеостаза и целостности личности от повреждающего влияния внешних воздействий. Совладание со стрессом – это динамический процесс, посредством которого индивид в одних случаях, главным образом, использует одну форму совладания, скажем защитные стратегии, а в других – прибегает к стратегиям решения проблемы путем изменения отношения «личность – окружающая среда» [38, с. 142].

Впервые термин «копинг» появился в психологической литературе в 1962 году. Л. Мэрфи применил его, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития [15, с. 200]. В 1966 году Р. Лазарус в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним» обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями. Первоначально понятие «копинг-поведение» использовалось в психологии стресса, и было определено как сумма когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления влияния стресса. В настоящее время, будучи свободно употребляемым в различных работах, понятие «копинг» охватывает широкий спектр человеческой активности – от бессознательных психологических защит до целенаправленного преодоления кризисных ситуаций [34, с. 70].

Л.И. Вассерман рассматривает механизмы психологической защиты и механизмы совладания (копинг-поведение) как способы адаптации к стрессовой ситуации, где копинг-поведение определяется как стратегия действия личности, направленная на устранение ситуации психологической угрозы. Механизмы психологической защиты являются интрапсихической адаптацией и направлены на ослабление психического дискомфорта [31, с. 44].

С. Фолкман выделяет активное и пассивное копинг-поведение.

Поведение, направленное на устранение или избегание угрозы (борьба или отступление), предназначенное для изменения стрессовой связи с физической или социальной средой, автор называет активным копинг-поведением.

Интрапсихические формы преодоления стресса относятся, по определению С. Фолкман, к защитным механизмам, предназначенным для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, и рассматриваются как пассивное копинг-поведение. Иными словами, активная форма копинг-поведения, или активное преодоление, представляет собой целенаправленное устранение или изменение влияния стрессовой ситуации, ослабление стрессовой связи личности с окружающей средой. Пассивное копинг-поведение определяется как интрапсихические способы преодоления стресса с использованием различных механизмов психологической защиты, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения [6, с. 101]. Р. Лазарус и С. Фолкман определили 8 видов ситуативно-специфических копинг-стратегий: планомерное разрешение проблем, позитивная переоценка, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, избегание.

Начиная с раннего детства, и в течение всей жизни, в психике человека возникают и развиваются механизмы, традиционно называемые «защитные механизмы личности». Эти механизмы способствуют сохранению психологической стабильности, разрешению внутриличностных конфликтов и протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях.

Впервые термин «психологическая защита» был введен в психологию З. Фрейдом [48, с. 35]. Более полно концепция механизмов психологических защит представлена А. Фрейд, в частности в ее работе «Психология Я и защитные механизмы». Рассматривая психологические защиты как один из механизмов адаптации и интеграции личности, она полагала, что они есть бессознательные, приобретенные в процессе развития личности способы достижения Я компромисса между противодействующими силами Оно или Сверх-Я и внешней действительностью. Механизмы психологической защиты

направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом. А. Фрейд считала, что защитный механизм основывается на двух типах реакций:

- 1) блокирование выражения импульсов в сознательном поведении;
- 2) искажение их до такой степени, чтобы изначальная их интенсивность заметно снизилась или отклонилась в сторону [25, с. 279].

Среди отечественных исследователей наибольший вклад в разработку проблемы психологической защиты с позиций теории установки внес Ф.В. Бассин. Он подчеркивает, что главное в защите сознания от дезорганизирующих его влияний психической травмы – понижение субъективной значимости травмирующего фактора [39, с. 40].

Большой вклад в изучение психологической защиты и разработку методов ее измерения внес Р. Плутчик (1979). В рамках своей психоэволюционной теории эмоций он связывает механизмы психологической защиты с базовыми эмоциями, утверждая, что защитные механизмы являются производными эмоций и направлены на их регулирование и контроль. Накладываясь на динамические особенности психики индивида, МПЗ определяют основные черты его характера и становление всей системы его отношений с окружающим миром. В ситуациях конфликта актуализируются механизмы защиты как ментальные процессы, и происходит научение способам защитного поведения на интрапсихическом и интерпсихическом уровнях. Именно на фоне действия «защитной системы» психики происходит дальнейший процесс адаптации индивида к внешним условиям среды. Он выделяет 8 защитных механизмов, выстроив их по шкале примитивности – зрелости, а также в зависимости от периодов их формирования в онтогенезе, и также связывает их с когнитивными процессами: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования [8], [44], [45].

Наиболее убедительными представляются достижения отечественной науки в исследовании нейрофизиологической основы психологической

защиты. В ходе исследований, проведенных сотрудниками группы Э.А. Костандова, была полностью подтверждена гипотеза о нервных механизмах изменения осознания внешних явлений под влиянием отрицательных реакций. Регистрация биоэлектрических и вегетативных реакций на эмоционально значимые стимулы, еще не осознаваемые субъектом, позволила предположить существование сверх-чувствительного механизма, который на основании информации, не достигающей уровней сознания, способен оценить эмоциогенное значение раздражителя, повысить порог восприятия и вызвать соответствующую когнитивную переоценку [32, с. 47]. Данные исследования перекликаются с точкой зрения А.Г. Асмолова, который утверждал, что неосознаваемые мотивы, неосознаваемые ожидания и притязания определяют направленность и характер действий, более того, существуют неосознаваемые резервы органов чувств, которые нередко называют «шестым чувством». Благодаря этим слабым неосознаваемым раздражителям, лежащим за порогом сознания, индивид часто избегает опасности, точнее оценивает действительность [5, с. 182].

Многие авторы указывают на тесную взаимосвязь копинга и механизмов психологической защиты. Одни авторы считают психологическую защиту своеобразным «интрапсихическим копингом», или «механизмом совладания с внутренней тревогой»; другие авторы относят копинг к внешним, поведенческим проявлениям механизмов психологической защиты [33, с. 39].

Близость понятий копинга и механизмов психологической защиты диктовала необходимость их разграничения, критерии которого были предложены Н. Хаан. По мнению автора, копинг представляет собой динамический «параметр», использующийся индивидом сознательно и направленный на активное изменение ситуации. В отличие от копинга, механизмы психологической защиты являются статичным «параметром», реализующим пассивные механизмы, зависимые от интрапсихической деятельности и направленные на смягчение психического дискомфорта. Психологическая защита допускает также скрытые влечения и способствует

процессу ожидания, при котором тревога может быть преодолена и без обязательного решения проблемы.

Н. Хаан характеризует процессы совладания как целенаправленные, гибкие и адекватные реальности адаптивные действия, а защитные процессы она понимает как навязанные, ригидные и искажающие реальность. Это мнение согласуется с точкой зрения Р. Лазаруса, которые рассматривают психологическую защиту как пассивное копинг-поведение, а защитные механизмы как интрапсихические формы преодоления стресса, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация.

Известны попытки совместить сосуществование понятий «копинг» и «защита» по разным признакам (критериям): уровень осознания, уровень произвольности, время появления в онтогенезе, характер и направление действия. Правда некоторые исследователи, такие как В.А. Ташлыков, В.С. Роттенберг, Ф.Е. Василюк, И.Д. Стойков и др., считают психологическую защиту однозначно непродуктивным, вредоносным средством решения внутренне-внешнего конфликта, ограничивают оптимальное развитие личности («собственную активность», «активный поиск», «выход на новый уровень регуляции и взаимодействия с миром»).

По мнению В.А. Ташлыкова, с помощью механизмов психологической защиты «Я» стремится удерживать систему отношений в устойчивом положении. Посредством же активных копинг-механизмов «Я» стремится вывести систему отношений из состояния жестко фиксированного равновесия с тем, чтобы перевести ее на новый уровень функционирования, расширяющий возможности совладания с трудностями [25, с. 44].

Есть основания предполагать, что психологическая защита задает направление копингу, формирующемуся в более поздние сроки онтогенетического развития и закрепляющемуся в процессе накопления жизненного опыта. Диапазон используемых человеком стратегий по разрешению ситуаций и преодолению требований среды зависит от

сложившейся в раннем детстве структуры ведущих типов психологической защиты. При этом ведущая в структуре личности психологическая защита будет влиять как на когнитивную оценку стрессового события, так и на выработку соответствующих ей стратегий поведения по преодолению данного события, она как бы «задает коридор» для формирования последующего копинг-поведения [26, с. 210]. И это согласуется с ранними представлениями некоторых авторов, которые относят когнитивную оценку ситуации к перцептивной защите, поскольку в ее основе лежит механизм искажения неприемлемой информации, действующий практически одновременно с восприятием события [33, с. 36].

В целом, в отечественной литературе механизмы психологической защиты и механизмы совладания (копинг-поведение) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов индивида [28, с. 153]. По мнению Б.Д. Карвасарского, процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, в то время как процессы компенсации и особенно защиты направлены на смягчение психического дискомфорта. Е.И. Чехлатый считает, что отличие механизмов совладания от механизмов психологической защиты в том, что первые используются индивидом сознательно, а вторые – неосознаваемы и пассивны. На сегодняшний день при постановке психотерапевтических задач принято объединять защитные механизмы и копинг-механизмы в целостную систему адаптивных реакций личности.

Изменяющиеся условия жизни, влияния быстро меняющихся социальных и технологических факторов, заставляют человека адаптироваться в данной среде, что не редко приводит к стрессу. Неумение или неспособность совладать со стрессом, влечет за собой ухудшение здоровья и качества жизни человека.

При беременности как критической жизненной ситуации биологического характера от женщин требуются более высокие затраты и более продолжительное время на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров [10, с. 12]. Нельзя не отметить, что при

беременности могут появляться дополнительные стрессоры. Любые дополнительные сложности могут стать для женщины серьезным испытанием, усилить внутренний конфликт или вызвать ситуацию острой эмоциональной напряженности. В этих случаях беременная нуждается не только в заботе близких, но и в профессиональной психологической поддержке. Среди многообразия стрессоров патология беременности занимает значительное место.

О часто наступающей в период беременности декомпенсации свидетельствует тот факт, что более половины женщин госпитализируются для сохранения беременности и в связи с болезнями, причём часто неоднократно. У 70 % первобеременных женщин выявляются нарушения психического состояния. Ведущую роль в возникновении токсикозов, гестозов, невротических расстройств, а также угрозы не вынашивания и преждевременных родов, в период беременности играют психологические факторы. Исследования последних лет убедительно свидетельствуют о психосоматическом характере этих нарушений и об эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методов лечения.

Согласно современной концепции психосоматических соотношений, психические (психологические факторы) заболевания определяются личностными структурами и средовыми факторами, определяющими самосознание больных. Беременность, естественно не является болезнью, но именно системное взаимодействие биологических и психосоциальных факторов лежит в основе понимания «внутренней картины беременности», а также «внутренней картины патологии беременности – как аналога внутренней картины болезни» или отношения к беременности (патологии беременности). Внутренняя картина формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванным новым для женщины состоянием «беременностью» или «патологией беременности». Мотивационно-поведенческий аспект внутренней картины беременности, патологии беременности (активность или пассивность в переработке

личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, стремление к благоприятному исходу беременности – рождению здорового ребенка) находит отражение в особенностях конфликта, патогенной ситуации, механизмов психологической защиты и копингового поведения.

Беременность, сама по себе являющаяся сильным эмоциогенным фактором в жизни женщины усугубляет «социальный» стресс и способствует формированию тревожно-депрессивного типа психологического компонента гестационной доминанты. Все это приводит к психическому истощению, что и проявляется в виде *отрицания*, пребывании в пассивном состоянии, игнорировании интересов ребенка, обвинении окружающих. Женщина «плывет по течению», использует *избегающий стиль реагирования на ситуацию*.

Глубинная идентификация с «собственной матерью» играет первостепенную роль в формировании копинг-механизмов. Но и сами эти женщины были «отвергнуты» матерью, испытывали эмоциональную депривацию, многие воспитывались бабушкой, 14 % являлись воспитанницами детских домов [23, с. 297].

Во время беременности запускаются механизмы адаптации в ответ на физиологические и психологические перестройки организма. В первую очередь изменения происходят в состоянии и функционировании различных органов и систем организма, беременность ведет к эндокринной и гемодинамической перестройке организма. Даже если эти физиологические изменения не выходят за рамки нормы, женщина все равно имеет дело со столь значительными телесными изменениями, что они с необходимостью влияют на ее самочувствие, осуществление двигательных актов, адаптацию в пространстве и т.д. [40, с. 168].

Беременность следует признать уникальным объектом для психологического исследования, поскольку это состояние представляет собой «психологический кризис взрослого возраста, инициированный радикальными телесными изменениями, не патологическими по своей природе» [1, с. 12]. По

мнению Н.В. Боровиковой, женщины с нормальным протеканием беременности чаще имеют активные стратегии адаптации, а женщины с угрозой, наоборот, пассивные, сутью которых является сохранение женщиной в неизменном виде свой прошлый образ жизни.

Проблема копинг-поведения у беременных женщин актуальна в связи с потребностью психологической помощи семье и, в частности, женщине. В России на передний план часто выдвигаются социально-профессиональные роли женщины, а ее материнские функции остаются менее замеченными. Анализ материнства в традиционных культурах, для успешной адаптации в стрессовых ситуациях беременных женщин осуществляется сопровождением этого процесса посредством системы ритуалов и традиций, что способствует обретению женщиной личностной уверенности в своих силах. По мнению социологов и психологов, такой системы в нашем обществе на сегодняшний день нет, либо она не достаточно развита для полноценной помощи женщинам в непростой ситуации принятия роли матери.

Психологическая характеристика копинг-поведения беременных женщин: беременные женщины чаще прибегают к эмоционально-ориентированному копингу, то есть к попытке снизить собственный психический дистресс, что может сопровождаться переоценкой обстоятельств, а не их изменением. В стрессовых ситуациях проявляют в поведении эмоциональную неустойчивость, в большей степени при возникновении трудных ситуаций проявляют яркие эмоции и раздражительность. Беременные женщины прибегают к положительной переоценке, прикладывая усилия по созданию положительного значения фокусированием на росте собственной личности, возможно религиозное измерение. Также осуществляют поиск социальной поддержки, усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки [43, с. 179].

Для беременных женщин с угрозой прерывания беременности более характерно перекладывание ответственности на близких, супруга и врачей. Такая стратегия в период беременности рассматривается как защитная от

неблагоприятных результатов исхода беременности.

Также приоритетными копинг-стратегиями явились «решение проблемы» и «самоконтроль». По-видимому, ответственность за здоровье будущего ребенка и комплекс мероприятий проводимых по охране здоровья материнства и детства вынуждает женщину быть более дисциплинированной и контролировать свои чувства и действия. Высокая выраженность копинга «бегство – избегание» свойственна женщинам с угрозой прерывания беременности, что связано с необходимостью игнорировать неприятную информацию, касающуюся неблагоприятного исхода беременности. Таким образом, самыми распространенными стратегиями совладания (по Лазарусу – Фолкману) во время беременности являются: самоконтроль, положительная переоценка и решение проблемы [55, с. 3].

Копинг-стратегии являются одним из составных элементов адаптации. Психосоматический подход к акушерским проблемам допускает, что психологические особенности личности беременных и неадекватные механизмы совладания с тревогой могут неблагоприятно влиять на течение беременности, родов и послеродового периода. В то же время отмечено, что исследований по изучению поведенческих реакций женщины во время беременности явно недостаточно.

Приоритетным механизмом психологической защиты (МПЗ) у женщин с патологией беременности являлась «Проекция». При подозрении на ВПР плода частота использования МПЗ «Реактивное образование» возрастала. Установлены общие тенденции, характерные для беременных, независимо от влияния стрессора «Патология беременности»: чем выше балльные оценки у беременной по шкале «Решение проблемы», тем выше балльные оценки, отражающие уровень использования МПЗ «Регрессия» и ниже оценки по МПЗ «Отрицание». Повышение балльных оценок по шкале «Поиск поддержки» имеет отрицательную корреляционную связь с балльными оценками по МПЗ «Интеллектуализация» и «Отрицание», по шкале «Избегание» – с «Проекцией» и «Реактивным образованием» [14, с. 21].

В заключение необходимо отметить, что выработка эффективных мероприятий, направленных на оптимизацию деятельности психолога в медицинских учреждениях, должна основываться на объективной информации об особенностях психологического реагирования женщин на выявленную патологию беременности и готовности будущих матерей к удовлетворению медико-социальных потребностей детей после их рождения. В этой связи интерес вызывает анализ и оценка особенностей разрешения конфликта в стрессовых ситуациях и копинговых стратегий женщин с осложненным течением беременности. Таким образом, опираясь на выше сказанное можно сказать, что патология беременности приводит к дополнительной стрессовой нагрузке и может включать в себя многообразие вторичных стрессоров, каждый из которых определяет особенности реагирования в стрессовых ситуациях и копинговые стратегии преодоления стресса.

2 ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1 Организация и методы исследования

Исследование проводилось с целью выявления особенностей совладания со стрессом у женщин с отягощенным течением беременности. Исследование проводилось на двух базах г. Благовещенска: в городском родильном доме, улица Горького, 247, отделение патологии беременности и в школе дородового воспитания «Даренок» Амурской региональной общественной организации «Ноосфера».

Было исследовано 50 беременных женщин на 3 триместре беременности, которые были разделены на 2 группы по 25 человек: с отягощенным течением беременности и без патологии беременности. Симптомы отягощенного течения беременности: многоводие, изжога, нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 степени, расхождение тазовых костей, отеки, токсикоз, гестоз, гипертонус матки, угроза невынашивания. Возраст: в группе женщин с отягощенным течением беременности: 8 % до 20 лет, 52 % до 30 лет, 40 % до 40 лет; в группе женщин без патологии беременности 24 % до 20 лет, 64 % до 30 лет, 12 % до 40 лет.

Задачи:

1. Определить уровень стресса у беременных женщин.
2. Выявить способы преодоления трудностей в психической деятельности у беременных женщин.
3. Выявить стиль совладания со стрессом у беременных женщин.
4. Выявить защитные механизмы у беременных женщин.

Гипотеза: у беременных женщин с отягощенным течением беременности преобладают примитивные защитные механизмы и эмоционально ориентированные копинги.

Этапы проведения исследования:

1. Подбор методов исследования в соответствии с целями и задачами.

С целью определения уровня стресса у беременных женщин был использован опросник «Шкала психологического стресса PSM25». Для того что бы выявить способы преодоления трудностей в психической деятельности у беременных женщин была использована методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Для выявления стиля совладания со стрессом у беременных женщин была применена методика Т.Л. Крюковой «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях». Для того что бы выявить защитные механизмы у беременных женщин была использована методика «Диагностика типологий психологической защиты» Р. Плутчик.

2. Сбор материала.

Перед тестированием в каждой группе экспериментатор говорил мотивационную речь: «Здравствуйте, меня зовут Екатерина Евгеньевна. Я клинический психолог, пишу исследовательскую работу, в которой мне нужна ваша помощь. Беременные девушки прошу принять участие в анонимном психологическом исследовании. Все данные ваших анкет и результаты тестов не подлежат распространению, и останутся в рамках проведенного исследования! Вся информация строго конфиденциальна.

По окончании исследования будут составлены рекомендации и разосланы в женские консультации и родильные дома. Приняв участие в исследовании, вы сможете повысить психологическую компетентность лечащих врачей и улучшить понимание психологического состояния беременной женщины для более бережного ведения беременности. В дальнейшем вы сможете получить большей результативности от консультации с врачом, хорошее настроение и положительный настрой на роды».

Тестирование проводилось в микрогруппах по 3 – 5 человек, в спокойной, непринужденной обстановке, где женщинам предлагалось заполнить персональную анкету и ответить на вопросы по 4 методикам. Каждой женщине выдавались индивидуальные бланки тестов с инструкцией.

3. Анализ полученных данных.

После проведения исследования все анкеты и тесты были просмотрены и отобраны по необходимым параметрам. Затем оставшиеся бланки были разделены на 2 группы. Все тесты обработаны, а их результаты интерпретированы. В дальнейшем были составлены графики и таблицы.

Для выявления особенностей совладания со стрессом у женщин сотягощенным течением беременности были использованы психодиагностические методики.

С целью определения уровня стресса у беременных женщин был использован опросник «**Шкала психологического стресса PSM25**» [35, с. 24]. Шкала PSM25 Лемура – Тесье – Филлиона (Lemur – Tessier – Fillion) предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса. Цель – измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях. Вопросы сформулированы для нормальной популяции в возрасте от 18 до 65 лет применительно к разным профессиональным группам. Все это позволяет считать методику универсальной для применения к различным возрастным и профессиональным выборкам в нормальной популяции.

Опросник состоит из 25 пунктов-утверждений согласие испытуемых с которыми оценивается по 8-балльной шкале.

Исследуемым давалась инструкция: «Вам предлагается ряд утверждений, характеризующих психическое состояние. Оцените, пожалуйста, ваше состояние за последнюю неделю с помощью 8-балльной шкалы. Для этого на бланке опросника рядом с каждым утверждением обведите число от 1 до 8, которое наиболее точно определяет ваши переживания. Здесь нет неправильных или ошибочных ответов. Отвечайте, как можно искреннее. Для выполнения теста потребуется приблизительно пять минут.

Цифры от 1 до 8 означают частоту переживаний:

- 1 – «никогда»;
- 2 – «крайне редко»;
- 3 – «очень редко»;

- 4 – «редко»;
- 5 – «иногда»;
- 6 – «часто»;
- 7 – «очень часто»;
- 8 – «постоянно (ежедневно)».

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитывается сумма всех ответов – интегральный показатель психической напряженности (ППН). Вопрос 14 оценивается в обратном порядке. Чем больше ППН, тем выше уровень психологического стресса.

ППН больше 155 баллов – высокий уровень стресса, свидетельствует о состоянии дезадаптации и психического дискомфорта, необходимости применения широкого спектра средств и методов для снижения нервнопсихической напряженности, психологической разгрузки, изменения стиля мышления и жизни.

ППН в интервале 154 – 100 баллов – средний уровень стресса.

Низкий уровень стресса, ППН меньше 100 баллов, свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам.

Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (в адаптации Крюковой Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляевой М.С.) предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году [36, с. 194].

Опросник состоит из 50 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 4-балльной шкале. Цифры от 0 до 3 означают частоту переживаний:

- 0 – «никогда»;
- 1 – «редко»;

2 – «иногда»;

3 – «часто».

Исследуемым давалась инструкция: Вам предлагаются 50 утверждений, описывающих ваше поведение в трудной жизненной ситуации. Оцените, как часто данные варианты поведения проявляются у вас.

Методика включает 8 субшкал:

1. Конфронтационный копинг. Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

2. Дистанцирование. Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

3. Самоконтроль. Усилия по регулированию своих чувств и действий.

4. Поиск социальной поддержки. Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.

5. Принятие ответственности. Признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.

6 Бегство – избегание. Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы.

7. Планирование решения проблемы. Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

8. Положительная переоценка. Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности.

Уровень напряженности копинга вычисляется по формуле (1):

$$X = \frac{\text{сумма баллов}}{\text{max балл}} \times 100 \text{ для каждой субшкалы} \quad (1)$$

Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (адаптированный вариант методики. Эндлера Н.С, Паркера Д.А.) Автор методики Т.Л. Крюкова. Цель: Изучение реакций человека в стрессовых,

трудных жизненных ситуациях.

Методика надежно измеряет три основных стиля совладания: стиль, ориентированный на решение задачи, проблемы (проблемно-ориентированный стиль, или копинг), эмоционально-ориентированный стиль и стиль, ориентированный на избегание.

Опросник состоит из 48 пунктов-утверждений согласие испытуемых, с которыми оценивается по 5-балльной шкале. Цифры от 1 до 5 означают частоту переживаний: 1 – «никогда»; 2 – «редко»; 3 – «иногда»; 4 – «часто»; 5 – «очень часто».

Исследуемым давалась инструкция: «Ниже приводятся возможные реакции человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Обведите, пожалуйста, кружком одну из цифр от 1 до 5, отвечая на каждый из следующих пунктов. Укажите, как часто Вы ведете себя подобным образом в трудной стрессовой ситуации»

Методика включает 3 фактора. Каждый из факторов представлен шкалой из шестнадцати вопросов, третий фактор – избегание – имеет две субшкалы: «отвлечение» и «социальное отвлечение»:

1. Проблемно-ориентированный копинг, связан с попытками человека улучшить отношения «человек – среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, поиском информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий.

2. Эмоционально-ориентированный копинг (или временно помогающий) включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия дают чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше.

3. Избегание:

- субшкала «Отвлечение», предполагает, что человек в трудных ситуациях предпочитает заниматься различными делами, не решая

возникшую проблему;

- субшкала «Социальное отвлечение» – это стремление человека контактировать с другими людьми в трудных ситуациях, при этом общение не предполагает разрешение возникшей проблемы.

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 5 шкал, в соответствии с ключом.

Диагностика типологий психологической защиты (Плутчик Р. в адаптации Вассермана Л.И., Ерышева О.Ф., Клубовой Е.Б. и др.) разработанная в 1979 году, предназначена для определения основных типов эго-защиты. Опросник состоит из 97 пунктов-утверждений согласие или несогласия испытуемых.

Исследуемым давалась инструкция: «Прочтите следующие утверждения. Эти утверждения описывают чувства, которые человек обычно испытывает. Если утверждение вам соответствует, поставьте знак «х» в разделе «да», в месте, обозначенном круглыми скобками».

Методика содержит следующие шкалы:

1. Отрицание, механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает самое себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее не принимаются, не признаются самой личностью.

2. Вытеснение, 3. Фрейд считал этот механизм (его аналогом служит подавление) главным способом защиты инфантильного «Я», неспособного сопротивляться соблазну. Другими словами, вытеснение – механизм защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, – становятся бессознательными. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные

компоненты. Следует подчеркнуть, что психотравмирующие обстоятельства или нежелательная информация действительно вытесняются из сознания человека, хотя внешне это может выглядеть как активное противодействие воспоминаниям и самоанализу.

3. Регрессия, в классических представлениях регрессия рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. При этой форме защитной реакции личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях.

4. Компенсация, этот механизм проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит при необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переструктурирования и поэтому не становятся частью самой личности.

5. Проекция, в основе проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписывается другим людям и таким образом становятся как бы вторичными.

6. Замещение, действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к

облегчению или достижению поставленной цели.

7. Интеллектуализация, действие интеллектуализации проявляется в основанном на фактах чрезмерно «умственном» способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного.

8. Реактивное образование, этот вид психологической защиты нередко отождествляют с гиперкомпенсацией. Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность.

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом. Затем сырые баллы переводятся в проценты.

Для статистического анализа результатов был использован критерий Манна-Уитни. Критерий Манна-Уитни – статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Использовать критерий можно только на выборку от 3 до 60. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками.

Алгоритм подсчета критерия U Манна–Уитни:

1. Перенести все данные испытуемых на индивидуальные карточки.
2. Пометить карточки испытуемых выборки 1 одним цветом, скажем красным, а все карточки из выборки 2 – другим, например синим.
3. Разложить все карточки в единый ряд по степени нарастания признака, не считаясь с тем, к какой выборке они относятся, как если бы мы работали с одной большой выборкой.
4. Проранжировать значения на карточках, приписывая меньшему

значению меньший ранг. Всего рангов получится столько, сколько у нас (n_1+n_2) .

5. Вновь разложить карточки на две группы, ориентируясь на цветные обозначения: красные карточки в один ряд, синие – в другой.

6. Подсчитать сумму рангов отдельно на красных карточках (выборка 1) и на синих карточках (выборка 2). Проверить, совпадает ли общая сумма рангов с расчетной.

7. Определить большую из двух ранговых сумм.

8. Определить значение U по формуле:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x \quad (2)$$

где n_1 – количество испытуемых в выборке 1;

n_2 – количество испытуемых в выборке 2;

T_x – большая из двух ранговых сумм;

n_x – количество испытуемых в группе с большей суммой рангов.

9. Определить критические значения U по таблице. Если $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр } 005}$, H_0 принимается. Если $U_{\text{эмп.}} \leq U_{\text{кр } 005}$, H_0 отвергается. Чем меньше значения U , тем достоверность различий выше [16, с. 273].

2.2 Анализ и интерпретация результатов

Исследование проводилось на двух базах г. Благовещенска: в городском родильном доме, улица Горького, 247, отделение патологии беременности и в школе дородового воспитания «Даренок». Было исследовано 50 беременных женщин на 3 триместре беременности, которые были разделены на 2 группы:

1. Группа: 25 женщин, с осложненным течением беременности;

2. Группа: 25 женщин без патологии беременности.

В начале исследования было проведено тестирование с целью диагностики уровня стресса. Первичные эмпирические данные исследования по опроснику «Шкала психологического стресса PSM25» представлены в приложении В. В результате сопоставления и анализа полученных результатов был составлен график средних значений результатов (рисунок 1).

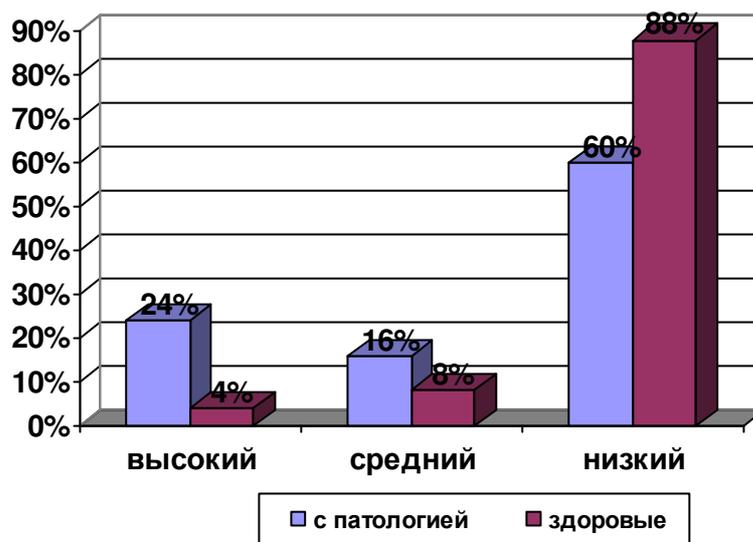


Рисунок 1 – График средних значений результатов по опроснику «Шкала психологического стресса PSM25»

Исходя из представленного графика мы видим, что у 88 % женщин без патологии беременности и у 60 % женщин с отягощенным течением беременности наиболее выражен низкий уровень стресса. Это свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам.

У 16 % женщин с отягощенным течением беременности и у 8 % женщин без патологии беременности средний уровень стресса. У 24 % женщин с отягощенным течением беременности и у 4 % женщин без патологии беременности высокий уровень стресса. Это говорит о том, что женщины испытывают психический дискомфорт.

Сравнив первичные данные видно, что наиболее высокий показатель с низким уровнем стресса. Это говорит о том что беременные женщины не зависимо от того, есть ли патология беременности или нет, не испытывают в большинстве случаев стресс. Но есть и женщины с высоким уровнем стресса. Это 24 % с патологией и соответственно 4 % без патологии, что показывает то, что для этих женщин необходимо применить методы для снижения нервно-психической напряженности, психологической разгрузки, изменения стиля мышления и жизни.

Для того, чтобы определить, являются ли различия в уровнях стресса

статистически достоверными между группами здоровых женщин и с отягощенным течением беременности применим критерий Манна-Уитни.

Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}=164,5$ по шкале «уровень стресса» находится в зоне значимости. Это говорит о том, что различия в уровне стресса достоверны.

Проведенные вычисления подтверждают существование различий в показателях по методике «Шкала психологического стресса PSM25» между группой здоровых женщин и с отягощенным течением беременности. Это свидетельствует о выраженности стресса в группе женщин с отягощенным течением беременности.

Также была проведена методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса для определения способов преодоления стрессовых ситуаций. Первичные эмпирические данные исследования по методике «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса представлены в приложении В.

Представим данные в виде рисунка 2.

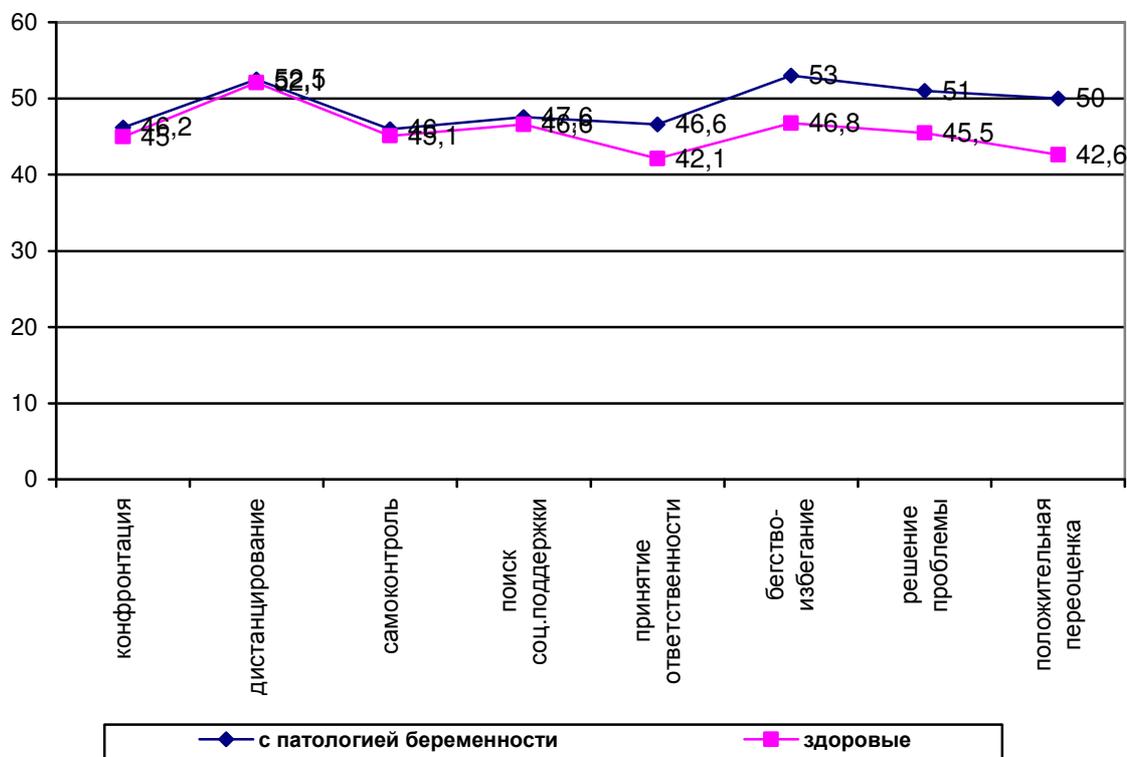


Рисунок 2 – График средних значений результатов по методике «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Из полученных данных можно сделать следующий вывод, что наиболее высокий показатель (46,6) в группе без патологии беременности по шкале «Поиск социальной поддержки». Женщины пытаются разрешить проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерна ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия, обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания.

В группе женщин с отягощенным течением беременности преобладают высокие показатели по шкалам: «Решение проблемы» (51) это значит, что женщины преодолевают проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Вторая шкала «Положительная переоценка» (50) – женщины преодолевают негативные переживания в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

В обеих группах высокие показатели по таким шкалам как: «Дистанцирование» (52) – это значит, что женщины преодолевают негативные переживания в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

«Бегство – избегание» в группе без патологии беременности 46,8 и в группе с отягощенным течением беременности 53. Это значит, что женщины преодолевают негативные переживания за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы и фантазирования.

При этом могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы,

уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание с целью снижения мучительного эмоционального напряжения.

Из выше описанного следует то, что у женщин с отягощенным течением беременности преобладают такие способы преодоления стрессовой ситуации как дистанцирование, бегство – избегание, решение проблемы и положительная переоценка.

Для того чтобы определить являются ли различия в способах преодоления стресса статистически достоверными между группами здоровых женщин и с отягощенным течением беременности применим критерий Манна-Уитни.

Таблица 1 – Итоговые значения критерия Манна-Уитни по методике «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Название шкалы	Критическое значение $U_{Эмп=}$	Уровень значимости
Конфронтация	210	0,01
Дистанцирование	287,5	0,05
Самоконтроль	283	0,05
Поиск социальной поддержки	267,5	0,05
Принятие ответственности	217	0,05
Бегство – избегание	227,5	0,05
Решение проблемы	168	0,01
Положительная переоценка	215,5	0,01

Полученное эмпирическое значение $U_{Эмп}$ по шкалам «конфронтация», «решение проблемы» и «положительная переоценка» находится в зоне значимости. Это говорит о том, что различия в способах преодоления стресса достоверны. Проведенные вычисления подтверждают существование различий в показателях по методике «Способы совладающего поведения» между группой

здоровых женщин и с отягощенным течением беременности. Это свидетельствует о выраженности этих копингов в группе женщин с отягощенным течением беременности.

Полученное эмпирическое значение U эмп по остальным шкалам находится в зоне незначимости. Это значит, что статистических различий нет между группой здоровых женщин и с отягощенным течением беременности по этим копинг-стратегиям.

Таким образом, можно сказать, что женщинам с отягощенным течением беременности присуще такие способы совладания со стрессом как: «конфронтация», «решение проблемы» и «положительная переоценка».

Также была проведена методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» для изучения реакций человека в стрессовых, трудных жизненных ситуациях. Эта методика выявляет стиль совладания со стрессовой ситуацией. Первичные эмпирические данные исследования по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» представлены в приложении В.

Представим данные в виде рисунка 3.

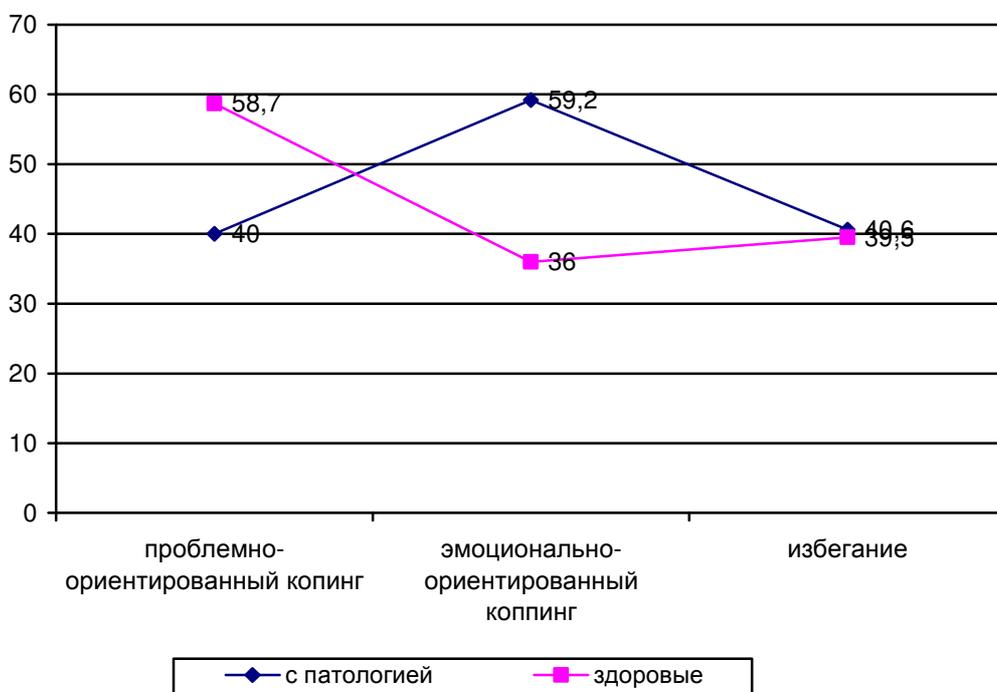


Рисунок 3 – График средних значений результатов по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»

Из полученных данных можно сделать следующий вывод, что наиболее высокий показатель в группе без патологии беременности по шкале «Проблемно-ориентированный копинг». Это свидетельствует о том, что женщины пытаются улучшить отношения «человек – среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, поиском информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий.

А в группе женщин с отягощенным течением беременности доминирует шкала «Эмоционально-ориентированный копинг». Это говорит о том, что женщины с патологией беременности имеют мысли и действия, цель которых снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия дают чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают женщине почувствовать себя лучше.

В обеих группах одинаковое значение набрали по шкале «Избегание». Это говорит о том, что женщины в трудных ситуациях предпочитают заниматься различными делами или стремятся контактировать с другими людьми, при этом они не предполагают решать возникшие проблемы.

Для того чтобы определить являются ли различия в стилях преодоления стресса статистически достоверными между группами здоровых женщин и с отягощенным течением беременности применим критерий Манна-Уитни.

Таблица 2 – Итоговые значения критерия Манна-Уитни по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»

Название шкалы	Критическое значение $U_{Эмп=}$	Уровень значимости
Проблемно-ориентированный копинг	188,5	0,05
Эмоционально-ориентированный копинг	43	0,01
Избегание	287,5	0,05

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}=43$ по шкале «Эмоционально-ориентированный копинг» находится в зоне значимости. Это говорит о том,

что различия в стилях преодоления стресса достоверны. Проведенные вычисления подтверждают существование различий в показателях по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» между группой здоровых женщин и с отягощенным течением беременности. Это свидетельствует о выраженности этого стиля совладания со стрессом в группе женщин с отягощенным течением беременности.

Полученные эмпирические значения U эмп по шкалам «проблемно-ориентированный копинг» и «избегание» находятся в зоне незначимости. Это значит, что статистических различий нет между группой здоровых женщин и с отягощенным течением беременности по этим стилям совладания со стрессом.

Таким образом, можно сказать, что женщинам с отягощенным течением беременности присущ эмоционально-ориентированный копинг.

Для определения основных типов психологических защит беременных женщин была использована методика «Диагностика типологий психологической защиты» Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой, описание которой было дано в предыдущем параграфе.

На современном этапе развития отечественной психологии одной из наиболее удачных попыток интеграции значительной части теоретического и эмпирического знания о защитных механизмах в единую концепцию является системная теория защиты, созданная Е.С. Романовой на основе структурной теории защит «Эго» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х.Г. Конта. Согласно данной концепции, механизмы психологической защиты являются продуктами онтогенетического развития и научения. Они развиваются как специфические средства социально-психологической адаптации. Р. Плутчик предпринял попытку определить уровень развития «Я», отражаемый каждым механизмом защиты, с помощью рейтинговых оценок опытных экспертов-клиницистов.

Получившийся перечень выглядит следующим образом: отрицание, регрессия, проекция, замещение, подавление, реактивное образование,

интеллектуализация, компенсация. Эксперты пришли к полному согласию по поводу того, что отрицание, регрессия и проекция – это очень примитивные механизмы защиты, а интеллектуализация и компенсация представляют более высокие уровни личностного развития [23, с. 31].

Первичные эмпирические данные исследования по методике «Диагностика типологий психологической защиты» представлены в приложении В.

Из полученных данных можно сделать следующий вывод, что в обеих группах самый высокий показатель по шкале «Отрицание». Он соответствует примитивному механизму защиты. Это свидетельствует о том, что беременные женщины отрицают некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс. Они отрицают тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются.

Представим данные в виде рисунка 4.

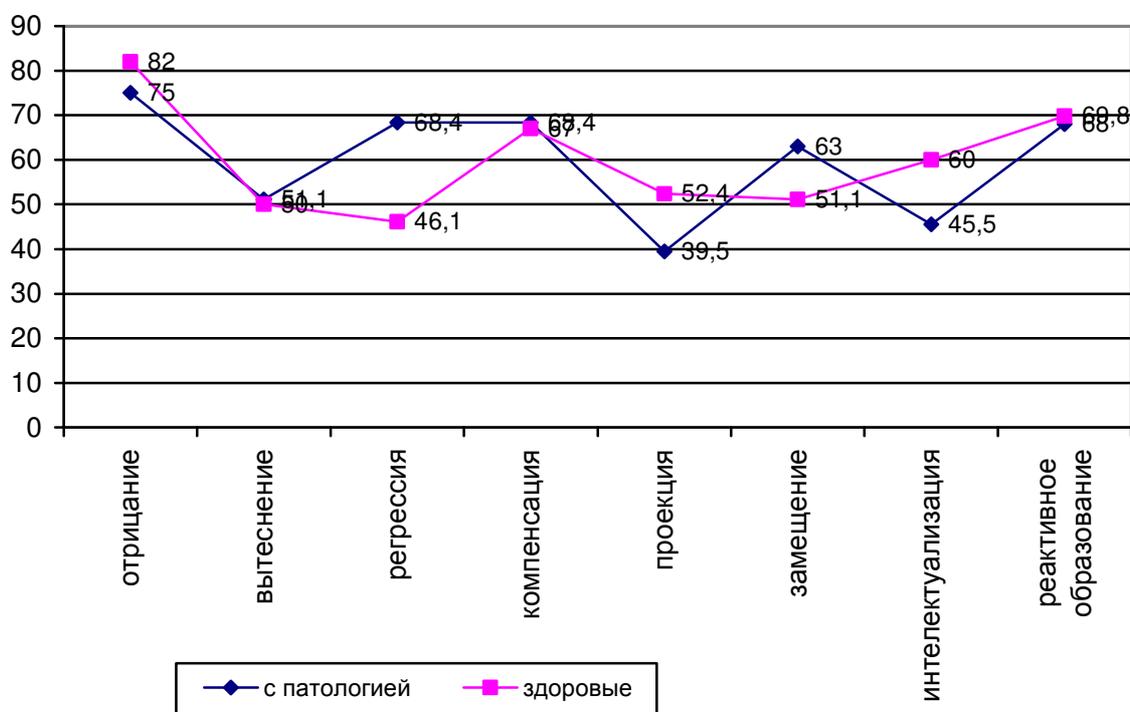


Рисунок 4 – График средних значений результатов по методике «Диагностика типологий психологической защиты»

Также наиболее высокие показатели в обеих группах по шкалам

«Компенсация» и «Реактивное образование». Женщины, которые используют защитный механизм, «Компенсация» пытаются найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит при необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переструктурирования и поэтому не становятся частью самой личности.

А те женщины, которые используют в качестве защиты «Реактивное образование» предотвращают выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую им противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоционального безразличия.

Анализируя рисунок 4, видно, что в группе женщин с отягощенным течением беременности также преобладает такой защитный механизм как «Регрессия» (68,4). Женщины, подвергающиеся действию фрустрирующих факторов, заменяют решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Эта защита по типу «реализация в действии», при которой неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию.

В группе женщин без патологии беременности наиболее высокие показатели по шкале «Интеллектуализация». Женщины используют чрезмерно «умственный» способ преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, женщины переносят переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при

помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного.

Исходя из концепции Е.С. Романовой можно сделать вывод о том, что у женщин без патологии беременности более высокие показатели зрелых защитных механизмов компенсация и интеллектуализация и менее низкие показатели примитивных защитных механизмов – регрессия и проекция. А в группе женщин с отягощенным течением беременности более высокие показатели по примитивным защитным механизмам – отрицание и регрессия, но есть и высокий показатель по зрелому защитному механизму – компенсация. Значит, женщины без патологии беременности имеют более высокий уровень личностного развития.

Для того чтобы определить являются ли различия в защитных механизмах статистически достоверными между группами здоровых женщин и с отягощенным течением беременности применим критерий Манна-Уитни.

Таблица 3 – Итоговые значения критерия Манна-Уитни по методике «Диагностика типологий психологической защиты»

Название шкалы	Критическое значение. $U_{Эмп=}$	Уровень значимости
Отрицание	237,5	0,05
Вытеснение	282,5	0,05
Регресс	215,5	0,05
Компенсация	285,5	0,05
Проекция	309	0,05
Замещение	244	0,05
Интеллектуализация	306,5	0,05
Реактивное образование	286,5	0,05

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ по всем шкалам находится в зоне незначимости. Это значит, что статистических различий нет между группой здоровых женщин и с отягощенным течением беременности по

защитным механизмам психики. Иными словами статистический анализ не подтверждает, каких либо особенностей защитных механизмов психики у женщин с отягощенным течением беременности.

В итоге можно сделать вывод, что женщины с отягощенным течением беременности имеют более высокий уровень стресса в отличие от женщин без патологии. Это можно объяснить тем, что патология беременности приводит к дополнительной стрессовой нагрузке, так как женщина начинает переживать за свое здоровье, а также за здоровье и нормальное развитие будущего ребенка.

Особенностями женщин с отягощенным течением беременности являются планирование решения проблемы, положительная переоценка и конфронтация. Женщины преодолевают проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов, положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Это связано с тем, что женщина нацелена на сохранение беременности, поэтому предпринимает все возможные средства для ее реализации. Но при этом может наблюдаться осуществление конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями, импульсивность в поведении, враждебность, неоправданное упорство.

Эмоционально-ориентированный копинг чаще используется женщинами с отягощенным течением беременности тогда, когда они чувствуют, что не могут изменить стрессор или не имеют ресурсов справиться с требованиями ситуации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменяющиеся условия жизни, влияния быстро меняющихся социальных и технологических факторов, заставляют человека адаптироваться в данной среде, что не редко приводит к стрессу. Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Неумение или неспособность совладать со стрессом, влечет за собой ухудшение здоровья и качества жизни человека.

Анализ литературы показывает, что в психологии проблема совладания является одной из наиболее актуальных, так как является важным фактором адаптации. Совладание – это сложный многогранный процесс, протекающий на когнитивном, поведенческом, эмоциональном, социальном уровнях, цель которого заключается в адаптации человека к требованиям ситуации. В настоящее время понятие «совладание» охватывает более широкий спектр человеческой активности – от бессознательных психологических защит до целенаправленного преодоления кризисных ситуаций.

Беременность для женщины является стрессовым событием, так как создаются новые условия жизни, к которым женщина должна адаптироваться. Беременность, протекающая на неблагоприятном фоне: заболевания, проблема взаимоотношений, внутренний конфликт, выступает как дистресс. Деструктивный стресс подрывает защитные силы организма. И отрицательно влияет на развивающийся плод. К наиболее значимым психосоциальным стрессам относятся: конфликты между супругами, родителями, отсутствие мужа, неудовлетворенные материально-бытовые условия. Они увеличивают риск возникновения акушерских осложнений. У беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом возникают патологии следующего характера: токсикоз первой половины беременности, раннее развитие гестозов, хроническая плацентарная недостаточность в III триместре, беременность заканчивается срочными или преждевременными родами, выкидышами.

Таким образом, опираясь на выше сказанное можно сказать, что

патология беременности приводит к дополнительной стрессовой нагрузке и может включать в себя многообразие вторичных стрессоров, каждый из которых определяет особенности реагирования в стрессовых ситуациях и копинговые стратегии преодоления стресса.

В работе были рассмотрены защитные механизмы психики и копинг-стратегии у беременных женщин. Проведя исследование можно сказать, что женщины с отягощенным течением беременности имеют более высокий уровень стресса в отличие от женщин без патологии. Это можно объяснить тем, что патология беременности приводит к дополнительной стрессовой нагрузке, так как женщина начинает переживать за свое здоровье, а также за здоровье и нормальное развитие будущего ребенка.

Особенностями женщин с отягощенным течением беременности являются планирование решения проблемы, положительная переоценка и конфронтация. Женщины преодолевают проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов, положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Это связано с тем, что женщина нацелена на сохранение беременности, поэтому предпринимает все возможные средства для ее реализации. Но при этом может наблюдаться осуществление конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями, импульсивность в поведении, враждебность, неоправданное упорство.

Эмоционально-ориентированный копинг чаще используется женщинами с отягощенным течением беременности тогда, когда они чувствуют, что не могут изменить стрессор или не имеют ресурсов справиться с требованиями ситуации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Айвазян, Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложнённой акушерской и экстрагенитальной патологией / Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина, В.В. Николаева // Вестник Московского университета. – 2002. – № 3. – С. 3-18.
- 2 Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 2001. – Т. 15. – № 1. – С. 1-18.
- 3 Анцыферова, Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии / Л.И. Анцыферова. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 512 с.
- 4 Апчел, В.Я. Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган. – СПб.: ВМедА, 2009. – 185 с.
- 5 Асмолов, А.Х. По ту сторону сознания; методологические проблемы неклассической психологии / А.Х. Асмолов. – М.: Смысл, 2002. – 480 с.
- 6 Битюцкая, Е.В. Современные подходы к изучению совладания с трудными жизненными ситуациями / Е.В. Битюцкая // Вестник Московского университета. – 2011. – С. 14-18.
- 7 Блум, Ф. Мозг, разум и поведение / Ф. Блум, А. Лейзерсон, М. Хофстедтер. – М.: Мир, 2008. – 471 с.
- 8 Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Л.И. Вассерман. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 40 с.
- 9 Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 50 с.
- 10 Вербицкая, М.С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различными психосоматическим статусом / М.С. Вербицкая // Белорусский государственный медицинский университет. – 2008. – № 4. – С. 11-14.

- 11 Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
- 12 Герасимова, Н.Ю. Социально-психологическая готовность к материнству как личностное образование / Н.Ю. Герасимова, Л.Б. Шнейдер // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М.: Институт психотерапии, 2003. – С. 17–21.
- 13 Горьковая, И.А. Предупреждение отклонений в поведении у детей в рамках концепции А.И. Захарова [Электронный ресурс] / И.А. Горьковая // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2 (31). – С. 1. – Режим доступа: URL: <http://mprj.ru>. – 20.12.2016.
- 14 Грандилевская, И.В. Особенности психологического реагирования женщин на выявленную патологию беременности / И.В. Грандилевская // Вестник СПбГУ. – 2012. – С. 12. – С. 19–25.
- 15 Грановская, Р.М. Элементы практической психологии / Р.М. Грановская. – СПб.: Речь, 2010. – 656 с.
- 16 Грум, Л. Поведенческое состояние влияет на реакцию сердечного ритма низкой интенсивности звука ребенка / Л. Грум, Д. Муни, С. Ноланд // Рано, 1999. – № 54. – С. 39–54.
- 17 Гутелинг, В. Имеет ли материнский пренатальный стресс негативное влияние на обучение и память ребенка в возрасте шести лет? / В. Гутелинг, С.Н. Де-Веерт, М.Е. Зандбелт // Детская психология. – 2006. – № 34. – С. 789–798.
- 18 Диего, М. Тревога во время беременности и сопутствующая депрессия, гнев: воздействие на плод и новорожденного / М. Диего, М. Фернандез-Райф // Тревога. – 2003. – № 17. – С. 140–151.
- 19 Дипьетро, Д.А. Материнский стресс – влияние на плод и его нейроповеденческое развитие / Д.А. Дипьетро, С.С. Хилтон, М. Хокинс // Психология. – 2002. – № 38. – С. 659–668.
- 20 Дипьетро, Д.А. Двигательная активность и частота сердечных сокращений плода при пренатальном стрессе / Д. Дипьетро, К. Костиган // Рано. – 2003. – № 74. – С. 125–138.

21 Дэвис, Е. Повышенный пренатальный материнский кортизол и психосоциальный стресс связан с когнитивным развитием ребенка / Е. Дэвис, С. Сандмен // Дети. – 2010. – № 81. – С. 131–148.

22 Захарова, Е.И. Особенности страхов беременных женщин, связанных с переживанием внутрисемейной ситуации / Е.И Захарова, Е.А. Булушева // Перинатальная психология и психология родительства. – 2009. – № 3. – С. 15–35

23 Золотова, И.А. Совладающее поведение женщин в период беременности / И.А Золотова // Материалы II Международной научно–практической конференции. Кострома, 23–25 сент. 2010 г. В 2 т. Т. 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 297 с.

24 Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.

25 Исаева, Е.Р. Защитно–совладающий стиль и его роль в психологической адаптации личности / Е.Р. Исаева, Л.И. Вассерман // Психологические проблемы самореализации личности / под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: СПбГУ, 2004. – № 8. – С. 206–216.

26 Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: СПбГМУ, 2009. – 136 с.

27 Исаева, Е.Р. Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к исследованию копинга и психологической защиты / Е.Р. Исаева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – С. 12. – № 2. – С. 40–46.

28 Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2006. – 445 с.

29 Кельмансон, И.А. Перинатология и перинатальная психология / И.А. Кельмансон. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 344 с.

30 Кондратьева, А.А. Современные подходы к определению стресса /

А.А. Кондратьева // VI Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум» 15 февраля – 31 марта 2014. – С. 5.

31 Корятова, Г.С. Защитно-совладающее поведение: ретроспективная реконструкция понятия / Г.С. Корятова, Ю.А. Еремина // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – № 3 (156). – С. 42-47.

32 Костандов, Э.А. Восприятие и эмоции / Э.А. Костандов. – М.: Медицина, 1977. – 248 с.

33 Кружкова, О.В. Психологическая защита и совладание: феноменологическое соотношение и структура / О.В. Кружкова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2012. – Т. 5. – № 1. – С. 36-47.

34 Крюкова, Т.Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык // Журнал практического психолога. – М.: 2007. – № 3. – С. 93-112.

35 Купрене, Е.В. Современное состояние и методы копинг-стратегий в психологии / Е.В. Купрене // Среднее профессиональное образование. – 2011. – № 5. – С. 70-71.

36 Куприянов, Р.В. Психодиагностика стресса: практикум / Р.В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.

37 Лазарус, Р.С. Психологический стресс и процесс преодоления трудностей / Р.С. Лазарус. – N.Y. : McGraw-Hill Book, 1966. – 466 с.

38 Лазарус, Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования / под ред. Л. Лева. – Л., 1970. – 127 с.

39 Луева, М.В. Защитные механизмы личности как предпосылка в развитии механизма совладания в представлениях зарубежных и отечественных психологов / М.В. Луева // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 35. – С. 35-45.

40 Мижериков, В.А. Психология развития / В.А. Мижериков, Т.А.

Юзефовичус. – М.: Психологическое общество России, 2005. – 352 с.

41 Николаева, Л.Б. Особенности регуляции кардиоритма плода при стресс-нагрузках у первобеременной матери / Л.Б. Николаева // Журнал Мать и дитя в Кузбассе. – 2012. – № 1. – С. 40-44.

42 Олифинович, Н.И. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифинович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.

43 Панина, М.А. Особенности копинг-поведения и копинг-ресурсов у беременных и родивших женщин / М.А. Панина, Ю.Л. Сорокина // Материалы II Международной научно-практической конференции. Кострома, 23-25 сент. 2010 г. – В 2 т. – Т. 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – 297 с.

44 Пантилеев, С.Р. Методика диагностики защитных механизмов личности / С.Р. Пантилеев, Е.Ю. Жилина // Вестник московского университета. – 2009. – № 1. – С. 67-79.

45 Плутчик, Р. Общая психозволюционная теория эмоций / Р. Плутчик, Н. Келлерман. – Нью-Йорк: Академическое издание, 1980. – 332 с.

46 Резников, А.Г. Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология / А.Г. Резникова. – Черновцы: Медакадемия, 2004. – 351 с.

47 Романова, Е.С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Г. Гребенников. – М.: Талант, 2002. – 144 с.

48 Русяева, И.А. Онтогенез психологических защит: обоснование предмета исследования / И.А. Русяева // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2011. – № 7. – С. 36-40.

49 Сабиров, В.Ш. Предмет психологии развития [Электронный ресурс] / В.Ш. Сабиров // Сибирский психолог. – 2004. – № 6. – Режим доступа: URL: <http://www.sibuch.ru/article.php?no=317>. – 20.12.2016.

50 Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 128 с.

51 Серебрякова, Т.А. Психология стресса / Т.А. Серебрякова. – Н.

Новгород.: ВГИПУ, 2007. – 143 с.

52 Сидоров, П.И. Перинатальная психология / П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е.Г Щукина. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 143 с.

53 Унтернаер, Е. Материнская невзгоды во время беременности и пуповинная кровь рецептора окситоцина (OXTR) метилирование ДНК / Е. Унтернаер // Социально-когнитивная и аффективная психофизиология. – 2016. – № 051. – С. 10-16.

54 Фонтана, Д. Как справиться со стрессом / Д. Фонтана. – М.: Педагогика-Пресс, 1995. – 351 с.

55 Цапов, Е.Г. Особенности копинг-стратегий у беременных женщин с угрозой прерывания беременности / Е.Г Цапов // Новейшие научные достижения. – 2012. – С. 99-101.

56 Шайтарова, А.В. Дискуссионные вопросы влияния глюкокортикоидной терапии беременных на здоровье детей / А.В. Шайтарова, Е.Б. Храмова, Л.А. Суплотова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – № 2. – С. 82-85.

57 Эверли, Дж. Стресс: Природа и лечение / Дж. Эверли, Р. Розенфельд. – М.: Наука, 1985. – 223 с.

58 Ятманов, А.Н. Психология стресса / А.Н. Ятманов. – СПб.: ИВЭСЭП, 2012. – 29 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методика «Шкала психологического стресса PSM25»

№	Утверждения (высказывания)	Оценка
1.	Я напряжена и взволнована (взвинчена)	1 2 3 4 5 6 7 8
2.	У меня ком в горле, и (или) я ощущаю сухость во рту	1 2 3 4 5 6 7 8
3.	Я перегружена работой. Мне совсем не хватает времени.	1 2 3 4 5 6 7 8
4.	Я проглатываю пищу или забываю поесть.	1 2 3 4 5 6 7 8
5.	Я обдумываю свои идеи снова и снова; я меняю свои планы; мои мысли постоянно повторяются.	1 2 3 4 5 6 7 8
6.	Я чувствую себя одинокой, изолированной и непонятой.	1 2 3 4 5 6 7 8
7.	Я страдаю от физического недомогания; у меня болит голова, напряжены мышцы шеи, боли в спине, спазмы в желудке.	1 2 3 4 5 6 7 8
8.	Я поглощёна мыслями, измучена или обеспокоена.	1 2 3 4 5 6 7 8
9.	Меня внезапно бросает то в жар, то в холод.	1 2 3 4 5 6 7 8
10.	Я забываю о встречах или делах, которые должна сделать или решить.	1 2 3 4 5 6 7 8
11.	Я легко могу заплакать.	1 2 3 4 5 6 7 8
12.	Я чувствую себя уставшей.	1 2 3 4 5 6 7 8
13.	Я крепко стискиваю зубы.	1 2 3 4 5 6 7 8
14.	Я не спокойна.	1 2 3 4 5 6 7 8
15.	Мне тяжело дышать, и (или) у меня внезапно перехватывает дыхание	1 2 3 4 5 6 7 8
16.	Я имею проблемы с пищеварением и с кишечником (боли, колики, расстройства или запоры).	1 2 3 4 5 6 7 8
17.	Я взволнована, обеспокоена или смущена.	1 2 3 4 5 6 7 8
18.	Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляет меня вздрагивать.	1 2 3 4 5 6 7 8
19.	Мне необходимо более чем полчаса для того, чтобы заснуть.	1 2 3 4 5 6 7 8
20.	Я сбита с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности, и я не могу сконцентрировать внимание.	1 2 3 4 5 6 7 8
21.	У меня усталый вид; мешки или круги под глазами.	1 2 3 4 5 6 7 8
22.	Я чувствую тяжесть на своих плечах.	1 2 3 4 5 6 7 8
23.	Я встревожена. Мне необходимо постоянно двигаться; я не могу устоять на одном месте.	1 2 3 4 5 6 7 8
24.	Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроение или жесты.	1 2 3 4 5 6 7 8
25.	Я напряжена.	1 2 3 4 5 6 7 8

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Методика предназначена для определения копинг – механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг – стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Лазарусом Р. и Фолкманом С. в 1988 году, адаптирована Крюковой Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляевой М.С. в 2004 году.

Процедура проведения:

Испытуемому предлагаются 50 утверждений касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Испытуемый должен оценить как часто данные варианты поведения проявляются у него.

Обработка результатов:

1 Подсчитываем баллы, суммируя по каждой субшкале: никогда – 0 баллов; редко – 1 балл; иногда – 2 балла; часто – 3 балла

2 Вычисляем по формуле: $X = \text{сумма баллов} / \text{max балл} * 100$

Номера опросника (по порядку, но разные) работают на разные шкалы. Максимальное значение по вопросу, которое может набрать испытуемый 3, а по всем вопросам субшкалы максимально 18 баллов, испытуемый набрал 8 баллов: – это и есть уровень напряжения конфронтационного копинга.

3 Можно определить по суммарному баллу:

0–6 – низкий уровень напряженности, говорит об адаптивном варианте копинга;

7–12 – средний, адаптационный потенциал личности в пограничном состоянии;

13–18 – высокая напряженность копинга, свидетельствует о выраженной дезадаптации.

Ключ:

1 Конфронтационный копинг – пункты: 2,3,13,21,26,37.

2 Дистанцирование – пункты: 8,9,11,16,32,35.

3 Самоконтроль – пункты: 6,10,27,34,44,49,50.

4 Поиск социальной поддержки – пункты: 4,14,17,24,33,36.

5 Принятие ответственности – пункты: 5,19,22,42.

6 Бегство–избегание – пункты: 7,12,25,31,38,41,46,47.

7 Планирование решения проблемы – пункты: 1,20,30,39,40,43.

8 Положительная переоценка – пункты: 15,18,23,28,29,45,48.

Интерпретация результатов:

Конфронтационный копинг. Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Дистанцирование. Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

Самоконтроль. Усилия по регулированию своих чувств и действий.

Поиск социальной поддержки. Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.

Принятие ответственности. Признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Бегство–избегание. Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы.

Планирование решения проблемы. Произвольные проблемно–фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

Положительная переоценка. Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

Стимульный материал:

ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ...

1 ... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге

2 ... начинал что–то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что–нибудь

3 ... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение

4 ... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации

5 ... критиковал и укорял себя

6 ... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть

7 ... надеялся на чудо

8 ... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет

9 ... вел себя, как будто ничего не произошло

10 ... старался не показывать своих чувств

11 ... пытался увидеть в ситуации что–то положительное

12 ... спал больше обычного

13 ... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы

14 ... искал сочувствия и понимания у кого–нибудь

15 ... во мне возникла потребность выразить себя творчески

16 ... пытался забыть все это

17 ... обращался за помощью к специалистам

18 ... менялся или рос как личность в положительную сторону

19 ... извинялся или старался все загладить

20 ... составлял план действия

21 ... старался дать какой–то выход своим чувствам

22 ... понимал, что сам вызвал эту проблему

23 ... набирался опыта в этой ситуации

24 ... говорил с кем–либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации

25 ... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами

26 ... рисковал напропалую

27 ... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву

28 ... находил новую веру во что–то

29 ... вновь открывал для себя что–то важное

30 ... что–то менял так, что все улаживалось

31 ... в целом избегал общения с людьми

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

- 32 ... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться
- 33 ... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал
- 34 ... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела
- 35 ... отказывался воспринимать это слишком серьезно
- 36 ... говорил о том, что я чувствую
- 37 ... стоял на своем и боролся за то, чего хотел
- 38 ... вымещал это на других людях
- 39 ... пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации
- 40 ... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить
- 41 ... отказывался верить, что это действительно произошло
- 42 ... я давал обещание, что а следующий раз все будет по-другому
- 43 ... находил пару других способов решения проблемы
- 44 ... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах
- 45 ... что-то менял в себе
- 46 ... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось
- 47 ... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться
- 48 ... молился
- 49 .. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать
- 50 ... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Т.Л. Крюкова

В трудной стрессовой ситуации я...	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
1. Лучше распределяю свое время					
2. Сосредоточиваюсь на проблеме и думаю, как ее можно решить					
3. Думаю о чем-то хорошем, что было в моей жизни					
4. Стараюсь быть на людях					
5. Виню себя за нерешительность					
6. Делаю то, что считаю самым подходящим в данной ситуации					
7. Погружаюсь в свою боль и страдания					
8. Виню себя за то, что оказалась в данной ситуации					
9. Хожу по магазинам, ничего не покупая					
10. Думаю о том, что для меня самое главное					
11. Стараюсь больше спать					
12. Балую себя любимой едой					
13. Переживаю, что не могу справиться с ситуацией					
14. Испытываю нервное напряжение					
15. Вспоминаю, как я решала аналогичные проблемы раньше					
16. Говорю себе, что это происходит не со мной					
17. Виню себя за слишком эмоциональное отношение к ситуации					
18. Иду куда-нибудь перекусить или пообедать					
19. Испытываю эмоциональный шок					
20. Покупаю себе какую-нибудь вещь					
21. Определяю курс действий и придерживаюсь его					
22. Обвиняю себя за то, что не знаю, как поступить					
23. Иду на вечеринку, в компанию					
24. Стараюсь вникнуть в ситуацию					
25. Застываю, «замораживаюсь» и не знаю, что делать					
26. Немедленно предпринимаю меры, чтобы исправить ситуацию					
27. Обдумываю случившееся и учусь на своих ошибках					

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Т.Л. Крюкова

28. Жалею, что не могу изменить случившегося или свое отношение к случившемуся					
29. Иду в гости к другу					
30. Беспokoюсь о том, что я буду делать					
31. Провожу время с дорогим человеком					
32. Иду на прогулку					
33. Говорю себе, что это никогда не случится вновь					
34. Сосредоточиваюсь на своих общих недостатках					
35. Разговариваю с тем, чей совет я особенно ценю					
36. Анализирую проблему, прежде чем реагировать на нее					
37. Звоню другу					
38. Испытываю раздражение					
39. Решаю, что теперь важнее всего делать					
40. Смотрю кинофильм					
41. Контролирую ситуацию					
42. Прилагаю дополнительные усилия, чтобы все сделать					
43. Разрабатываю несколько различных решений проблемы					
44. Беру отпуск или отгул, отдаляюсь от ситуации					
45. Отыгрываюсь на других					
46. Использую ситуацию, чтобы доказать, что я могу сделать это					
47. Стараюсь собраться, чтобы выйти победителем из ситуации					
48. Смотрю телевизор					

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Диагностика типологий психологической защиты Р. Плутчик

Методика «Диагностика типологий психологической защиты» (Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой и др.), предназначена для определения основных типов эго–защиты.

Инструкция: прочтите следующие утверждения. Эти утверждения описывают чувства, которые человек обычно испытывает. Если утверждение вам не соответствует, поставьте знак «х» в разделе, обозначенном «нет». Если утверждение вам соответствует, поставьте знак «х» в разделе «да», в месте, обозначенном круглыми скобками.

Тестовый материал

1. Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего–нибудь, то никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользоваться общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто–нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать что–нибудь до конца, чем приходить в ярость.
18. Я много болею.
19. Я меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальность, то очень смущаюсь.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего–либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28. Я свободен от предрассудков.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Диагностика типологий психологической защиты Р. Плутчик

29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, то планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32. Порнография отвратительна.
 33. Когда я чем–нибудь расстроен, то много ем.
 34. Люди мне никогда не надоедают.
 35. Многое из своего детства я не могу вспомнить.
 36. Когда я собираюсь в отпуск, то обычно беру с собой работу.
 37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
 38. В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
 39. Прикосновение к чему–нибудь осклизлому, скользкому, вызывает у меня отвращение.
 40. Если кто–нибудь надоедает мне, я не говорю ему это, а стремлюсь выразить свое недовольство кому–нибудь другому.
 41. Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
 42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
 43. Я никогда не волнуюсь, когда слышу о какой–либо трагедии.
 44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
 45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
 46. Беспорядочность отвратительна.
 47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
 48. Иногда, когда у меня что–нибудь не получается, я злюсь.
 49. Когда я вижу кого–нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
 50. У меня портится настроение и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимания.
 51. Люди говорят мне, что я всему верю.
 52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
 53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
 54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
 55. Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
 56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
 57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
 58. Когда я не могу справиться с чем–либо, я готов заплакать.
 59. Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
 60. Когда кто–нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
 61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
 62. Я очень редко испытываю чувство привязанности.
 63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
 64. Я многое коллекционирую.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Диагностика типологий психологической защиты Р. Плутчик

65. Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.
67. Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я много лгу.
70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем думает большинство людей.
78. Когда у меня неудача, я не могу скрыть плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже, неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Когда-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, когда сталкиваюсь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не смог закончить ничего из того, что начал.
89. Когда слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю больше, чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Результаты диагностики уровня стресса

Таблица Д.1 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Шкала психологического стресса PSM25»

№		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Уровень стресса	С патологией	81	69	61	65	84	129	135	139	63	126	85	61	62	74	108	111	118	107	126	143	51	63	84	76	77
	здоровые	68	35	116	100	72	85	58	94	44	79	61	67	28	79	59	58	60	27	68	128	79	31	54	83	47

Таблица Д.2 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

№	Конфр.		Дистанц.		Самоконтр.		Поиск соц. поддерж.		Прин.ответ.		Бег.		План.решен.пробл.		Полож.переоцен.	
	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.	С пат.	Зд ор.
1	58	39	55	30	37	49	38	41	50	43	44	42	53	53	50	20
2	39	35	45	30	46	43	47	32	50	46	76	46	49	56	53	20
3	68	54	52	61	43	56	44	41	42	48	53	48	60	71	47	39
4	69	39	52	42	46	28	44	60	54	30	58	48	45	27	58	36
5	77	64	52	58	58	55	57	41	38	46	77	51	63	71	58	36
6	12	42	55	55	52	40	63	63	46	46	53	51	60	38	47	53
7	55	42	52	52	31	31	35	47	42	38	42	58	45	27	47	42
8	71	48	58	48	43	34	44	44	54	38	51	27	53	49	58	42
9	48	55	48	61	45	62	35	46	46	54	42	55	56	64	47	42
10	50	35	58	52	52	46	60	55	38	50	55	63	45	42	50	47
11	58	61	61	75	40	55	51	35	42	46	53	37	45	71	56	50
12	61	42	55	58	43	46	66	51	46	30	62	39	53	49	58	35
13	39	39	49	48	49	25	44	47	54	38	44	62	53	35	53	31
14	58	32	64	52	46	42	44	41	50	39	48	55	45	35	39	53
15	58	43	36	67	43	59	54	47	38	52	60	48	56	38	53	69
16	55	42	48	42	46	28	57	41	42	35	39	55	56	50	45	39
17	45	52	52	45	49	55	41	38	58	42	51	44	53	42	50	58
18	39	61	58	36	49	49	38	38	46	58	65	53	56	42	39	47
19	45	52	61	45	34	37	57	51	46	42	51	55	45	49	39	47
20	52	52	52	55	52	55	51	44	38	46	46	46	53	42	45	39
21	52	45	34	61	52	49	12	56	62	34	51	37	60	36	61	69
22	43	48	67	42	58	46	14	51	46	46	60	51	63	31	47	28
23	45	48	52	46	63	37	41	40	54	46	35	49	68	42	50	39
24	45	20	45	42	31	40	47	50	66	20	51	20	45	20	39	61
25	39	20	55	60	43	40	63	50	26	20	62	20	56	20	56	53

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Результаты диагностики уровня стресса

Таблица Д.3 – Эмпирические данные исследования по опроснику «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»

№	Проб.ориентир		Эмоц.ориентир		избегание	
	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.
1	62	60	80	35	60	43
2	54	64	61	34	36	39
3	56	74	77	30	49	30
4	15	52	77	30	42	39
5	57	63	47	33	45	48
6	52	46	56	45	44	39
7	50	40	47	29	47	40
8	16	43	50	41	40	47
9	49	74	29	43	28	41
10	54	38	49	31	30	35
11	56	69	51	45	25	44
12	52	53	60	33	47	39
13	15	48	45	35	44	29
14	48	53	73	35	39	49
15	16	49	56	39	57	52
16	16	63	41	24	37	34
17	58	45	60	39	33	33
18	41	50	50	20	29	10
19	60	51	80	53	28	48
20	42	55	70	38	42	44
21	64	52	80	36	42	34
22	18	37	51	38	37	32
23	12	50	73	52	43	45
24	16	48	61	36	52	42
25	19	53	56	32	39	40

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д
Результаты диагностики уровня стресса

Таблица Д.4 – Эмпирические данные исследования по методике «Диагностика типологий психологической защиты»

№	Отриц.		Вытес.		Регресс.		Компен.		Прекц.		Замещ.		Интеллект.		Реакт.обращ.	
	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.	С пат.	Здор.
1	100	99	97	42	80	100	95	88	69	6	77	65	59	6	98	61
2	50	100	63	42	95	100	99	37	46	12	86	48	97	6	76	76
3	90	90	87	25	88	70	88	63	46	64	48	48	76	76	61	76
4	84	79	42	87	70	35	37	37	46	46	48	77	17	59	97	61
5	100	90	87	63	99	35	37	78	6	36	77	37	6	59	19	19
6	61	98	42	8	19	35	97	63	46	64	48	48	29	42	97	99
7	100	84	42	76	95	95	88	78	7	90	65	97	59	87	61	76
8	84	90	42	87	53	19	97	78	20	27	37	65	59	59	19	76
9	39	79	2	42	19	93	78	63	72	64	23	86	76	59	76	19
10	61	84	63	25	70	35	20	63	46	72	93	48	28	76	76	61
11	79	98	25	42	85	85	95	95	64	46	37	37	17	28	97	91
12	50	84	76	42	85	35	20	88	64	90	93	37	42	28	91	99
13	99	90	87	63	100	19	37	37	7	27	77	37	59	59	76	76
14	84	90	42	63	19	80	95	63	7	37	23	37	17	17	76	76
15	97	84	42	8	100	70	95	63	36	72	65	93	17	42	61	39
16	50	79	25	97	19	70	37	88	46	90	37	77	28	76	91	98
17	50	98	8	63	88	19	78	100	46	12	77	65	76	76	76	39
18	39	90	25	42	88	35	99	95	46	20	97	48	42	59	39	61
19	84	84	42	92	88	19	37	78	36	27	65	37	42	28	98	39
20	93	97	42	97	100	100	95	95	6	27	65	37	87	28	19	99
21	39	97	97	8	85	53	88	78	46	64	77	65	59	76	98	76
22	50	99	87	42	85	100	95	20	12	6	48	37	59	17	39	76
23	98	39	8	8	97	80	20	97	12	27	65	86	28	92	19	39
24	84	79	42	8	35	70	5	63	64	20	48	37	87	59	39	39
25	100	84	63	42	85	6	78	37	96	46	98	23	76	42	100	39