

УДК 159.9.072

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ

Гилеп Е.С., Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет (КГМУ)

Россия, 305041, Курская область, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост психосоматических осложнений беременности, которые негативно влияют на здоровье матери и плода, повышая риски неблагоприятных перинатальных исходов. По данным ряда авторов, частота таких состояний достигает 40% даже при соматически неосложненной беременности, однако их глубинные психологические механизмы остаются недостаточно раскрытыми. В то же время система ценностных ориентаций, являясь ядром личности, определяет направленность жизни и выбор стратегий поведения в кризисных ситуациях. Беременность актуализирует переоценку базовых ценностей, и внутренний конфликт между прежними жизненными ориентирами и формирующейся ценностью материнства может создавать хроническое напряжение, которое при отсутствии психологического разрешения имеет высокую тенденцию к соматизации.

Цель – изучение взаимосвязи ценностных ориентаций и типов психологического компонента гестационной доминанты у беременных женщин с психосоматическими реакциями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Областного перинатального центра г. Курска. Выборку исследования составили 40 беременных женщин в возрасте от 22 до 38 лет, находящихся в III триместре беременности. Психодиагностический комплекс включал: Гиссенский опросник соматических жалоб (Е. Брюхлер, Дж. Снер); «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова; Опросник репродуктивных мотивов Д.С. Корниенко, А.Г. Радостева, Т.М. Харламова; Методика изучения ценностных ориентаций (М. Рокич); Методика «Личностная и социальная идентичность» А.А. Урбанович.

Результаты. У беременных с психосоматическими реакциями достоверно чаще встречаются неоптимальные типы ПКГД (тревожный, эйфорический, гипогестогнозический), тогда как в группе без реакций преобладает оптимальный тип ($p < 0,001$). Выявлены различия в идентичности: значимость «моя работа» и «моё здоровье» выше у здоровых беременных ($p < 0,05$). В иерархии терминальных ценностей в группе без психосоматических реакций преобладают «здоровье» (45%) и «счастливая семейная жизнь» (35%), в группе с психосоматическими реакциями – «любовь» (50%) и «активная деятельная жизнь» (20%). Уровень конструктивных репродуктивных мотивов значимо выше в группе без психосоматических реакций ($p = 0,005$).

Заключение. Беременные женщины с психосоматическими реакциями характеризуются дезадаптивным комплексом, включающим неоптимальный тип ПКГД, снижение конструктивных мотивов, дезинтеграцию идентичности и ценностный сдвиг в сторону эмоциональной насыщенности. Полученные данные обосновывают необходимость психологического сопровождения, направленного на гармонизацию ценностно-смысловой сферы и формирование оптимального типа ПКГД.

Ключевые слова: беременность, психосоматические реакции, психологический компонент гестационной доминанты, ценностные ориентации, идентичность.

Гилеп Екатерина Сергеевна – студентка 3 курса факультета клинической психологии, КГМУ, г. Курск, Российская Федерация. E-mail: KATYUSHA28032005@YANDEX.RU (автор ответственный за переписку).

Земзюлина Ирина Николаевна – к.псих.н., доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, КГМУ, г. Курск, E-mail: ZEMZULINAIN@KURSKSMU.NET.

УДК 159.9.072

PECULIARITIES OF THE VALUE-SEMANTIC SPHERE AND THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF THE GESTATIONAL DOMINANT IN PREGNANT WOMEN WITH PSYCHOSOMATIC REACTIONS

GILEP E.S., ZEMZULINA I.N.

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU)
305041, 3, K. MARX STREET, KURSK, RUSSIAN FEDERATION

RELEVANCE. IN RECENT DECADES, THERE HAS BEEN A STEADY INCREASE IN PSYCHOSOMATIC COMPLICATIONS OF PREGNANCY, WHICH NEGATIVELY AFFECT MATERNAL AND FETAL HEALTH, INCREASING THE RISK OF ADVERSE PERINATAL OUTCOMES. ACCORDING TO SEVERAL AUTHORS, THE FREQUENCY OF SUCH CONDITIONS REACHES 40% EVEN IN SOMATICALLY UNCOMPLICATED PREGNANCIES; HOWEVER, THEIR UNDERLYING PSYCHOLOGICAL MECHANISMS REMAIN INSUFFICIENTLY UNDERSTOOD. IN RUSSIAN PERINATAL PSYCHOLOGY, THE KEY INTEGRATIVE CONCEPT IS THE GESTATIONAL DOMINANT, WHOSE PSYCHOLOGICAL COMPONENT (PCGD) REFLECTS EMOTIONAL ATTITUDE TOWARDS PREGNANCY, SELF-PERCEPTION FEATURES, AND BEHAVIORAL STRATEGIES AIMED AT BEARING A CHILD. AT THE SAME TIME, THE VALUE ORIENTATION SYSTEM, AS THE CORE OF PERSONALITY, DETERMINES LIFE DIRECTION AND BEHAVIORAL CHOICES IN CRISIS SITUATIONS. PREGNANCY TRIGGERS A RE-EVALUATION OF BASIC VALUES, AND AN INTERNAL CONFLICT BETWEEN PREVIOUS LIFE PRIORITIES AND THE EMERGING VALUE OF MOTHERHOOD CAN CREATE CHRONIC TENSION, WHICH, IN THE ABSENCE OF PSYCHOLOGICAL RESOLUTION, HAS A HIGH TENDENCY TOWARD SOMATIZATION.

OBJECTIVE: TO INVESTIGATE THE RELATIONSHIP BETWEEN VALUE ORIENTATIONS AND TYPES OF THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANT (PCGD) IN PREGNANT WOMEN WITH PSYCHOSOMATIC REACTIONS.

MATERIALS AND METHODS. THE STUDY WAS CONDUCTED AT THE REGIONAL PERINATAL CENTER IN KURSK. THE SAMPLE CONSISTED OF 40 PREGNANT WOMEN AGED 22 TO 38 YEARS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY. THE PSYCHODIAGNOSTIC BATTERY INCLUDED: THE GIESSEN SUBJECTIVE COMPLAINTS LIST (E. BRÄHLER, J. SNER); I.V. DOBRYAKOV'S "TEST OF PREGNANT WOMAN'S ATTITUDES"; D.S. KORNIENKO, A.G. RADOSTEVA, T.M. KHARLAMOVA'S REPRODUCTIVE MOTIVES QUESTIONNAIRE; M. ROKEACH'S VALUE SURVEY; A.A. URBANOVICH'S "PERSONAL AND SOCIAL IDENTITY" QUESTIONNAIRE.

RESULTS. PREGNANT WOMEN WITH PSYCHOSOMATIC REACTIONS SIGNIFICANTLY MORE OFTEN EXHIBITED NON-OPTIMAL TYPES OF PCGD (ANXIOUS, EUPHORIC, HYPOGESTOGNOSIC), WHEREAS THE OPTIMAL TYPE DOMINATED IN THE GROUP WITHOUT REACTIONS ($p < 0.001$). DIFFERENCES IN IDENTITY WERE FOUND: THE SIGNIFICANCE OF "MY WORK" AND "MY HEALTH" WAS HIGHER IN HEALTHY WOMEN ($p < 0.05$). IN THE HIERARCHY OF TERMINAL VALUES, HEALTH (45%) AND HAPPY FAMILY LIFE (35%) PREVAILED IN THE GROUP WITHOUT PSYCHOSOMATIC REACTIONS, WHILE LOVE (50%) AND AN ACTIVE LIFE (20%) DOMINATED IN THE GROUP WITH PSYCHOSOMATIC REACTIONS. THE LEVEL OF CONSTRUCTIVE REPRODUCTIVE MOTIVES WAS SIGNIFICANTLY HIGHER IN THE GROUP WITHOUT PSYCHOSOMATIC REACTIONS ($p = 0.005$).

CONCLUSION. PREGNANT WOMEN WITH PSYCHOSOMATIC REACTIONS EXHIBIT A MALADAPTIVE COMPLEX INVOLVING NON-OPTIMAL PCGD, REDUCED CONSTRUCTIVE MOTIVES, IDENTITY DISINTEGRATION, AND A VALUE SHIFT TOWARDS EMOTIONAL INTENSITY. THESE FINDINGS JUSTIFY THE NEED FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT AIMED AT HARMONIZING THE VALUE-SEMANTIC SPHERE AND FORMING AN OPTIMAL PCGD.

KEYWORDS: PREGNANCY, PSYCHOSOMATIC REACTIONS, PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANT, VALUE ORIENTATIONS, IDENTITY.

GILEP EKATERINA S. – 3 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF CLINICAL PSYCHOLOGY, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. E-MAIL: KATYUSHA28032005@YANDEX.RU (THE AUTHOR RESPONSIBLE FOR THE CORRESPONDENCE).

ZEMZULINA IRINA N. – CANDIDATE OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES, ASSOCIATE PROFESSOR OF THE DEPARTMENT OF GENERAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. E-MAIL: ZEMZULINAIN@KURSKSMU.NET.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Период беременности является критическим этапом онтогенеза, сопровождающимся глубокой психофизиологической перестройкой и формированием новой социальной роли матери. В отечественной перинатальной психологии ключевым понятием, описывающим это состояние, выступает гестационная доминанта, психологический компонент которой (ПКГД) отражает эмоциональное отношение к беременности, особенности самовосприятия и поведенческие стратегии, направленные на вынашивание ребенка [1, 3]. В клинической практике отмечается рост психосоматических реакций во время беременности (токсикозы, угроза прерывания, гестозы, вегетативные дисфункции), которые негативно влияют на здоровье матери и плода [5, 8]. По данным ряда авторов, даже при соматически неосложненной беременности до 40% женщин испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение [11], однако психологические механизмы, лежащие в основе этих состояний, изучены недостаточно.

С позиций психосоматического подхода эмоциональные конфликты, не находящие адекватного выхода, могут реализовываться в телесных симптомах [12]. Беременность, будучи нормативным кризисом, актуализирует глубинные личностные противоречия. Система ценностных ориентаций, являясь ядром личности, определяет направленность жизни и выбор стратегий поведения в кризисных ситуациях [10]. В период беременности происходит значимая трансформация ценностной иерархии, причем характер этих изменений может быть как адаптивным, так и дезадаптивным [6]. Женщины с гармоничной ценностной структурой, ориентированной на здоровье и семью, легче адаптируются к беременности, тогда как внутренний конфликт между прежними жизненными ориентирами (карьера, свобода, активная жизнь) и формирующейся ценностью материнства создает хроническое напряжение, которое при отсутствии психологического разрешения имеет высокую тенденцию к соматизации [2, 9].

Важную роль в этом процессе играют

репродуктивные мотивы – осознанные и неосознанные побуждения к рождению ребенка, которые могут быть как конструктивными (основанными на ценности семьи, любви к детям, самореализации в материнстве), так и деструктивными (попытка удержать партнера, решить личностные проблемы, соответствовать ожиданиям окружающих) [4]. Стиль переживания беременности и характер формирующейся материнско-детской привязанности во многом определяются именно мотивационной структурой и ценностными ориентациями женщины [9, 10].

Беременность следует рассматривать как период психологической трансформации, в ходе которой перестраиваются все уровни самосознания – от телесного до социального [7]. Нарушение этого процесса, связанное с непринятием новой роли или конфликтом ценностей, может проявляться в виде тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств.

Таким образом, изучение взаимосвязи ценностных ориентаций, репродуктивных мотивов и типа ПКГД у беременных с психосоматическими реакциями представляется крайне актуальным для понимания механизмов дезадаптации и разработки эффективных программ психопрофилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе Областного перинатального центра г. Курска в период с 8 по 19 декабря 2025 г. Выборку составили 40 беременных женщин в III триместре в возрасте от 22 до 38 лет. На основании Гиссенского опросника соматических жалоб (Е. Брюхлер, Дж. Снер, адаптация В.А. Абабкова и др.) все участницы были разделены на две группы: основную группу составили беременные женщины с наличием психосоматических реакций (n=20); группу сравнения – женщины без психосоматических реакций (n=20).

В исследовании были применены следующие методики: «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова; Опросник репродуктивных мотивов Д.С. Корниенко, А.Г. Радостева, Т.М. Харламова; Методика изучения ценностных ориентаций (М. Ро-

кич); Методика «Личностная и социальная идентичность» А.А. Урбанович.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета STATSOFT STATISTICA 12.0. Использовались критерий χ^2 Пирсона и U-критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе беременных без психосоматических реакций достоверно преобладает оптимальный тип ПКГД (85%), тогда как в группе с реакциями доминируют неоптимальные типы: тревожный (35%), эйфорический (30%) и гипогестогнозический (30%) ($p < 0,001$). Показатель оптимальный тип ПКГД отражает степень гармоничности и адаптивности психологического принятия беременности. Более высокая выраженность данного показателя в группе без психосоматических реакций свидетельствует о его защитной, ресурсной функции. Эти данные позволяют связать сформированность адекватного типа доминанты с сохранением психофизиологической целостности в период гестации. Преобладание неоптимального типа психологического компонента гестационной доминанты в группе с психосоматическими реакциями указывает на их дезадаптирующую роль. Распределение типов ПКГД представлено на рис. 1 и 2.

Анализ структуры личностной идентичности выявил значимые различия по шкалам «Моя работа» ($p=0,018$) и «Мое здоровье» ($p=0,014$): в группе без психосоматических реакций средние значения выше (рис. 3 и 4). Это свидетельствует о сохранности профессиональной самоидентификации и позитивного телесного самовосприятия у здоровых беременных, в то время как у женщин с психосоматическими реакциями наблюдается ролевая дезинтеграция и нарушение телесной идентичности, что может усиливать тревогу и способствовать соматизации.

При анализе терминальных ценностей (методика Рокича) выявлены статистически значимые различия в иерархии ($p=0,009$). В группе сравнения преобладающими являются «здоровье» (45% выборов в первой тройке), «счастливая семейная жизнь» (35%) и «любовь» (20%). В основной группе доминирует «любовь» (50%), затем «активная деятельная жизнь» (20%), «здоровье» (15%), «жизненная мудрость» (10%) и «счастливая семейная жизнь» (5%) (рис. 5 и 6). Данные отражают внутреннюю напряженность и компенсаторную ориентацию на эмоциональную насыщенность у женщин, испытывающих психосоматический дискомфорт.

Сравнение групп по опроснику репродуктивных мотивов показало, что уровень конструктивных мотивов значимо выше у



Рисунок 1 – Типы ПКГД в группе беременных с психосоматическими реакциями

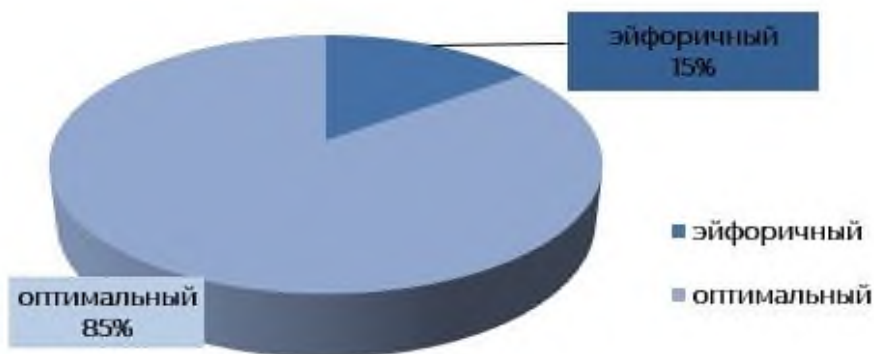


Рисунок 2 – Типы ПКГД в группе беременных без психосоматических реакций



Рисунок 3 – Распределение показателя «Моя работа» в группах беременных с психосоматическими реакциями и без психосоматических реакций



Рисунок 4 – Распределение показателя «Моё здоровье» в группах беременных с психосоматическими реакциями и без психосоматических реакций



Рисунок 5 – Терминальные ценности в группе беременных с психосоматическими реакциями



Рисунок 6 – Терминальные ценности в группе беременных с психосоматическими реакциями



Рисунок 7 – Распределение показателя «Конструктивные мотивы» в группах беременных с психосоматическими реакциями и без психосоматических реакций

беременных без психосоматических реакций ($p=0,005$). По деструктивным мотивам статистически значимых различий не обнаружено ($p>0,05$). Распределение показателя представлено на рис. 7. Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с психосоматическими реакциями желание иметь ребенка в меньшей степени связано с осознанными, позитивными и лично значимыми причинами (ценность семьи, любовь к детям, самореализация в материнстве). Это создает недостаточно прочную психологическую основу для беременности и повышает риск внутреннего конфликта и соматизации.

Таким образом, у беременных с психосоматическими реакциями формируется дезадаптивный комплекс, включающий: преобладание неоптимальных типов ПКГД, снижение значимости профессиональной и телесной идентичности, ценностный сдвиг в сторону эмоциональной насыщенности (доминирование любви и активности) и недостаточную выраженность конструктивных репродуктивных мотивов. В группе без реакций, напротив, наблюдаются гармоничный тип ПКГД, сбалансированная идентичность, ориентация на ценности здоровья и семьи, а также зрелая репродуктивная мотивация.

ВЫВОДЫ

У беременных женщин с психосоматическими реакциями достоверно чаще встречаются неоптимальные типы психологического компонента гестационной доминанты (тревожный, эйфорический, гипогестогнозический), тогда как у женщин без реакций преобладает оптимальный тип.

Структура идентичности беременных без психосоматических реакций отличается более высокой значимостью профессиональной и телесной составляющих («моя работа», «мое здоровье»), что указывает на сбалансированность Я-концепции.

Иерархия терминальных ценностей в группе женщин без психосоматических реакций ориентирована на стабильность и безопасность (здоровье, семья), в группе с психосоматическими реакциями – на

эмоциональную насыщенность (любовь, активная деятельная жизнь).

Уровень конструктивных репродуктивных мотивов значимо выше у беременных без психосоматических реакций, что отражает более осознанное и внутренне обусловленное желание материнства.

Полученные данные обосновывают необходимость разработки программ клиничко-психологического сопровождения, направленных на гармонизацию ценностно-смысловой сферы, укрепление позитивной идентичности и формирование оптимального типа гестационной доминанты у беременных группы риска.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Гилеп Е.С. – сбор и анализ данных, написание текста.

Земзюлина И.Н. – редактирование статьи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии источников финансирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский И.А. *Очерки по возрастной физиологии*. Москва: Медицина, 1967. 476 с.
2. Григорьева Е.С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований). *Психология телесности: теоретические и практические исследования*. 2009:177-185.
3. Добряков И.В. *Перинатальная психология*. Санкт-Петербург: Питер, 2010. 271 с. ISBN 978-5-49807-191-6.
4. Корниенко Д.С., Радостева А.Г., Харламова Т.М. Опросник репродуктивных мотивов. *Психологический журнал*. 2017;38(4):105-115.
5. Ланцбург М.Е., Крысанова Т.В., Соловьёва Е.В. Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов. *Современ -*

ная зарубежная психология.
2016;5(2):78-87. DOI: 10.17759/
JMFR.2016050210.

6. Скрицкая Т.В. Изменчивость ценностных ориентаций у женщин в разные периоды репродуктивного цикла. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология.* 2010;3:112-119.
7. Творогова Н.Д., Кулешова К.В. Беременность как период психологической трансформации. *РМЖ. Мать и дитя.* 2015;14:857-860.
8. Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции. *РМЖ. Мать и дитя.* 2009;20:1386.
9. Филиппова Г.Г. *Психология материнства.* Москва: Институт Психотерапии, 2002. 240 с. ISBN 5-89939-064-6.
10. Филиппова Г.Г. *Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития.* Москва: Институт Психотерапии 2006. С. 346-352.
11. Четверикова Е.М. *Сравнительный анализ психологических состояний женщин в первом и третьем триместре беременности: бакалаврская работа.* Тольятти, 2018. 65 с.
12. Александер Ф. *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение.* Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с. ISBN 5-04-009099-4.