3.СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРАЧНОСТИ

УДК 159.9:61+618.177: +616.89

М.Р. Арпентьева

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕПРОДУКТОЛОГИЯ

Актуальность работы связана с тем, что проблема нарушений и потерь репродуктивного здоровья становится все более насущной для граждан России. Цель исследования – проанализировать нарушения и потери здоровья населения как результат разрушений традиционных духовно-нравственных ценностей людей, совокупность социальных, психологических и психосоматических следствий деструкции нравственных отношений. Материалы и методы. Теоретические анализ проблемы включал обзор современных и зарубежных источников по проблемам психологических и нравственных компонентов репродуктивного здоровья. В качестве метода эмпирического исследования выступал контент-анализ структурированных опросов пациентов, имеющих различные нарушения репродуктивного здоровья, не имеющих детей. Результаты. Как показали данные опросов и последующих коррекционно-развивающих занятий с респондентами, репродуктивное здоровье женщин и мужчин – комплексный феномен, важную роль в формировании и развитии которого играют духовно-нравственные и социально-психологические аспекты. Они же влияют на физическое, психологическое и духовное здоровье детей, новорожденных. При наличии и гармонии выделенных выше аспектов репродуктивное здоровье долго сохраняется и быстро восстанавливается: человек правильно относится к себе и жизни, а его дети рождаются здоровыми и высоко жизнеспособными. Наличие выделенных характеристик здоровья позволяет оценить репродуктивный потенциал каждого отдельного человека, успешно осуществить психологическую помощь лицам, желающим иметь детей, а также скорректировать проблемы в развитии семьи и ребенка, до и после его рождения. Выводы. Нарушение репродуктивного здоровья связано нежеланием и неготовностью потенциальных родителей быть родителями: обеспечивающими нравственное благополучие наставниками и воспитателями, обеспечивающими психологическое благополучие друзьями и компаньонами, а также обеспечивающими материальное благополучие опекунами детей. Дети отражают неготовность и нежелание родителей повышенной заболеваемостью, травматичностью и даже смертностью: от вполне очевидных до скрытых от глаз окружающих детоцидных тенденций.

Ключевые слова: семья; брак; репродуктивное здоровье; репродуктивный потенциал; бесплодие; родительство; репродуктивное здоровье; секс; аборт; венерические заболевания; промискуитет; гражданский брак; нравственность.

Введение. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия и иных нарушений репродуктивного здоровья определяются, как правило, традиционными – медицинскими – методами, которые включают в себя поиск морфологической, эндокринной или инфекционной патологии, которая может нарушить репродуктивную функцию. Однако, в некоторых случаях причины бесплодия и иных нарушений репродуктивного процесса и функций не явны. Поэтому необходимы интегративное изучение и комплексная терапия нарушений репродуктивного здоровья предполагает анализ и трансформацию психологического статуса супружеской пары, а также анализ и трансформацию социальных условий их жизнедеятельности, в том числе духовно-нравственных ориентаций общества и пары.

Методы исследования. Предпринят теоретический анализ современных работ в сфере исследования психологических и нравственных основ репродуктивного здоровья и его нарушений. На основе анализа отечественных и зарубежных исследований, посвященных изучению психологических и нравственных проблем у лиц, имеющих и не имеющих репродуктивных нарушений, делаются выводы о психологических и нравственных факторах репродуктивного здоровья и репродуктивных нарушений.

Результаты исследования. Хотя в современной психологии и медицине существует достаточно большое количество работ, отмечающих взаимное влияние психической и социальной сфер на сферу репродуктивного здоровья человека, в отечественной науке и, тем более, практике эта проблема во многом игнорируется, а в зарубежной – сводится к проблемам личностного, реже – межличностного развития [1; 2, с.38-39; 3, с. 5-7]. Вместе с тем, несмотря на то, что традиционная медицина не уделяет значительного внимания нравственным и психологическим факторам исцеления нарушений репродуктивного здоровья и поддержания здоровья, в клинической психологии, социально-медицинских исследованиях, а также нетрадиционной медицине, этим факторам отводится весьма много места [4; 5]. Относительно широко изучен вопрос о влиянии психологических травм у одного или обоих партнеров, внутренних барьеров и социально-психологической дезадаптации личности, ряда иных факторов, лежащих в основе сексуальных и репродуктивных нарушений психогенного происхождения. Однако, почти не раскрыто влияние психологических и нравственных взаимоотношений супругов / партнеров, а также духовно-нравственных отношений супругов к себе и миру. Хотя в современной семейной психологии и психотерапии накоплен значительный опыт в сфере профилактики и коррекции сексуальных нарушений, взаимосвязь между нарушениями отношений пары к себе и миру и нарушений сексуального и репродуктивного здоровья, явно не выделяется [6; 7; 8; 9 и др.]. Аналогична и ситуация в психологии в целом: изучение репродуктивного здоровья и сексуальных отношений, их гармонии и дисгармонии, остается весьма мало изученным: исследователи с трудом усматривают перспективы психологических исследований сексуальных отношений и репродуктивного здоровья, с одной стороны, полагая, что данный предмет находится в «ведении» медицины, а, с другой, стороны, с самого начала своего развития связывая психологическое и нравственное благополучие с удовлетворением инстинктов жизни, сексуальностью.

В сексологии психологические и нравственные аспекты сексуального и репродуктивного благополучия (здоровья) рассматриваются чаще всего «наряду» с собственно физиологическими, не подвергаясь развернутому целенаправленному изучению: даже такие многолетние лонгитюдные исследования, как исследования W.H.Masters, V.E. Johnson., не сформулировали четких выводов о роди нравственных и психологических аспектов сексуальных отношений (сексуальность человека является междисциплинарной проблемой, освещаемой различными научными дисциплинами медицинской, психологической, биологической и социальной направленности. В большинстве этих исследований внимание специалистов сконцентрировано на патологических аспектах сексуального взаимодействия как индивидуального, так и парного характера [6; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 16; 16; 17; др.]. Полученные в этих и других исследованиях результаты хотя и позволяют науке продвинуться в понимании механизмов формирования сексуальных и родительских, репродуктивных нарушений, часто игнорируют вопросы репродуктивного и сексуального здоровья.

Одна из распространенных моделей нарушений репродуктивного здоровья представлена в работе Х.В. Бежиной, которая отмечает, что опыт бесплодия как ситуация невозможности беременности является для женщины и мужчины травмирующим событием. Беременность и ребенок очень важны для супругов, имеющих опыт бесплодия, но негативный опыт препятствует полноценному освоению материнской и отцовской роли, формируя амбивалентное ее принятие 18, с.113-114]. Практики и теоретики много внимания уделяют личностным особенносям людей с нарушениями репродуктивного здоровья. Они

полагают, что для людей с нарушениями репродуктивной функции в отличие от здоровых свойственны общая инфантильность, которая проявляется в незрелости личностной сферы; искаженная или незрелая полоролевая идентификация; неадекватные формы реагирования на стрессовые ситуации и неустойчивость; повышенный уровень тревожности и агрессия разной направленности; осложненные и деструктивные отношения с другими людьми, в первую очередь с близкими [19, с. 58-60; 20; 21, с. 102-204; 22]. И. Карголь пишет, то «Опыт бесплодия имеет два компонента: хронический стресс и опыт потери…. Горе часто следует за диагнозом, что бесплодие неизлечимо. Потеря возможности родить ребенка реальна. Бесплодные женщины остро переживают потерю потенциальных детей, связанных с ними событий и генетических связей . Женщины, так описывают свое горе: «Многие люди не понимают, что бесплодие очень походит на гибель ребенка. Вы горюете о ребенке, который не был зачат в этом месяце, и обо всех младенцах, которых Вы никогда не будете иметь» [23, с. 207-208, 24, с. 31]. В данном случае, при всей очевидности страданий потенциальных родителей, нельзя не отметить потребительски-пассивный настрой. «Гнев, стресс, депрессия, тревога, вина и другие расстройства настроения не только провоцируются, но и усиливаются бесплодием» [25, p.353]. У бесплодных людей «страдает самооценка, снижается чувство удовлетворенностью жизнью, более отчетливо проявляются проблемы в сексуальной жизни. Выявлены также тенденция к самообвинению, что повышает риск развития депрессии, а также стремление к изоляции, избеганию общения» [25, p.354].

М.Г. Рябова отмечает, что «В перинатальной психологии принято выделять две группы женщин (А и. Б), имеющих разные особенности репродуктивного статуса [26; 25]. В группу А входят женщины, имеющие нарушение репродуктивной функции до беременности в основном гормонального происхождения, бесплодие или трудности зачатия, угрозу прерывания беременности и невынашивания, нарушение внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины». Им свойственны психологическая неустойчивость, склонность к перепадам настроения; болезненное отношение к и взрывы переживаний; склонность к формированию сверхценных идей, в т.ч. беременности и репродуктивной функции; усиление маскулинных качеств и ослабление/отвержение женственности, снижение социальной адаптации, отсутствие гибкости во взаимодействии; конфликтные отношения с родителями – идеализации и недифференцированность отношений; неудовлетворенность собой и гордыня и др. «В группу Б входят женщины, имеющие гинекологические заболевания соматического характера и негинекологические соматические проблемы, влияющие на успешность репродуктивной функции и одновременно угрожающие здоровью женщины». Для этой группы также характерны психологическая неустойчивость, склонность к депрессиям и раздражительность; подверженность стрессам; зависимость от окружающих, поиск помощи; гипертрофия женственности; симбиотические отношения с родителями и неуверенность в себе, чувство вины; некритичность по отношению к другим; сверхответственность; повышенная ценность ребенка, «бегство в болезнь» и аутоагрессия, риск суицида [25, с.192]. P. Pepperell, во многом разделяя ее позицию, выделяет 1) женщин, у которых сопротивление беременности является довольно поверхностным, и бесплодие может прекратиться самопроизвольно под влиянием энтузиазма во время обследования и на ранних этапах лечения; 2) женщины с устойчивой «блокадой» зачатия, которая возникает в результате внешней стрессовой ситуации, ощущаемой как неблагоприятной для материнства (например, «карьерное» бесплодие): изменение условий жизни могут способствовать возникновению беременности; 3) бесплодие возникло в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных стрессов в процессе воспитания: например, сильный страх перед беременностью, при котором бесплодие возникает как психологическая защита, конфликт между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства, – им нужно помочь освободиться от своих страхов [20]. «Для многих больных характерна переоценка себя, перфекционизм, подчёркивание своей исключительности и индивидуальности. Суждения по типу: «всё или ничего»; «чёрное или белое», нежелание и

неумение видеть жизнь во всей многогранности с полутонами, сложностями и противоречиями», – отмечают Б.Г Ермошенко с коллегами [28; 29, с.112,]. Неудачи и неприятности приводят к крайностям в способах реагирования. Декларируя, что рождение ребёнка является наиболее актуальной проблемой, пациенты имеют иные приоритеты: нежелание «ворошить прошлое», связанное с неприятными психотравмирующими моментами, со случаями ошибочного или недостойного поведения, фиксация на неполноценности из-за невозможности осуществит родительскую функцию, невротическая ограниченность бытия в целом. «Для многих лиц и пар способность зачать и родить ребенка -самый важный критерий женственности и мужественности; продолжение рода является основным смыслом их жизни» [26, с.9]. понятно, что такая «принудительность» разрушает любовь, подменяя ее ведущей к эскалациям конфликтов, разводам и болезням привязанностью, возникновением и развитием соззависимостей и иных дисфункциональных взаимоотношений.

Таким образом, особую значимость приобретают аспекты, связанные с межличностными отношениями, семейной парой в целом. Поэтому Т.В. Шахворостова и другие исследователи отмечают влияние на репродуктивные нарушения семейно-родовых сценариев, а также необходимость целенаправленной психологической работы с клиентами /пациентами, в том числе, в процессе применения вспомогательных репродуктивных технологий,. Эта работа должна быть ориентирована на коррекцию семейно-родовых сценариев, например, по методикам Э. Берна, Б. Хеллингера, С. Минухина, М.С. Палазолли и т.д. [30, с.280].

По мнению Е.С. Дьячковой «Возможны три варианта реакции супругов на нарушения репродуктивного здоровья: индифферентная, сближение и отчуждение» «если семейная система гармоничная, то ситуация репродуктивных нарушений семьи сплачивает супругов и легче проходит разрешение проблемы, а если дисгармоничная, то ситуация становится кризисной, приводит к негативным последствиям в указанных сферах жизни и деятельности семьи» [31, с. 200, 205; 32, с.17-20; 33, с. 97-98; 34, с.105-106]. К.А. Богдан полагает, что причиной психического инфантилизма пары является внутренний конфликт одного или обоих супругов в психологическом принятии пола, а также семейные конфликты, перенесённые в детстве [36, с.21 – 22; 35, с.99-100]. Эти конфликты ответственны за такие нарушения как перверсии, включая настойчивые мастурбации. По мнению C. Horney страхи родителей перед мастурбацией и сексуальностью могут принимать и такую форму: повредив себя, я никогда не смогу иметь ребенка» [37]. L.W. Cox объясняет «необъяснимое» бесплодие конфликтным детством, неудачными взаимоотношениями в семье, боязни беременности и материнства, страха перед родами и послеродовыми психозами, противоречием между стремлением к профессиональной деятельности и материнством [38, p. 2]. S. Fanty выдвинул идею о том, что женщина, забеременев, «вспоминает» и воспроизводит на органическом уровне свое состояние как плода, а на психологическом — состояние своей матери / родителей [39]: начало развития будущего отношения родителей и к ребенку закладывается внутриутробно на основе первичных конфликтов родителей с плодом и продолжается в младенчестве. Во время беременности у женщины и мужчины актуализируется этот опыт, который влияет на содержание их собственного материнства и отцовства.

Б.М. Емалетдинов полагает, что причинами безбрачия, разводов и неуспешности браков в целом и репродуктивных нарушений в частности является нарушение или несформированность способности к настоящей любви, ее построению, развитию, сохранению: влюблённость как эгоистическая (незрелая) любовь формирует и формируется зависимостью от желаний: социальная независимость женщин и мужчин часто ведет к отчуждению и потере взаимопонимания, измены и промискуитет сочетаются с патологическое ревностью и собственничеством, несовместимость духовно-нравственных ценностей и десакрализация брака и любви перерастают в использование семьи, детей и т.д. в средство подтверждения полноценности и успеха. Безбрачие во многом связано в физической и нравственной «инвалидностью», переоценкой значимости индивидуальной

свободы и независимости, непомерными требованиями к партнёрам, потребительской жизненной позицией и зависимостями, другими отклонениями личности, нарушениями сексуальной и репродуктивной сфер. Важнейшие потребности человека как живого существа связаны с нуждами выживания и размножения – потребности в безопасности и комфорта, потребности человека как социального и духовного существа – в контроле/власти и подинении, в аффилиации/любви и принадлежности группе, а также в уединении, автономности, и признании и самореализации. Потребность в аффилиации – в психологической связи с другими людьми, взаимном принятии – во многом противоположна потребностям в одиночестве и власти. У здорового человека эти потребности сбалансированы, у человека с нарушениями репродуктивного и иных компонентов здоровья – нарушены. Неудовлетворённость, в том числе полное блокирование потребностей, вызывает переживания отчужденности, фрустрацию [40, с. 24-26].

Однако, поддержка со стороны близких смягчает интенсивность и последствия стресса, уменьшает отчуждённость и одиночество, повышает удовлетворенность браком, собой и миром, готовность к родительству и психологическое состояние в целом, а «Высокий уровень взаимопонимания между партнерами помогает парам успешно совладать с последствиями бесплодия. В некоторых случаях бесплодные семьи чувствуют большую близость, любовь, и поддержку по отношению друг к другу» [41; 42; 43, p. 138; 44, с. 17], то не только помогает им справляться со стрессом бездетности, но и выходить из него с победой.

Хотя в большинстве цивилизованных стран давно произошла «контрацептивная революция», вытеснившая аборт из методов регулирования деторождения, аборт как практика внутрисемейного регулирования деторождения во многих странах СНГ сохраняет свое значение до сих пор. Она же служит причиной бесплодия и иных нарушений репродуктивного здоровья. По мнению И.Ф. Юнды [45], добровольная бездетность, которая достигается путем искусственного прерывания беременности, становится невольной из-за развивающихся хронических воспалительных заболеваний, спаечных процессов, приводящих к обструктивному бесплодию: из фактора регулирования рождаемости аборт может превратиться в причину снижения репродуктивного потенциала, плодовитости. Е.С. Дьячкова отмечает, то «В зависимости от того, кто из супругов является инфертильным, выделяют мужское бесплодие, женское бесплодие, бесплодие, обусловленное нарушениями репродуктивного здоровья обоих супругов, бесплодие неясного генеза, при котором генитальная патология не обнаруживается ни у одного из супругов» [31, с.199-200]. Помимо основных типов бесплодия : 1) бесплодие, обусловленное патологией репродуктивных органов; 2) эндокринное бесплодие, связанное с расстройствами в деятельности системы желез внутренней секреции; 3) обусловленное преимущественно анатомическими нарушениями в области репродуктивных органов; 4) иммунологическое, вызываемое явлениями сенсибилизации организма, В.А. Крутова и Б.Г. Ермошенко выделяют 5) проблему « мнимой инфертильности» или добровольной бездетности [29, с. 11-112; 46, с.98-102; 47, с. 13-15; 48, с. 15 – 16; 49, с.4-5; 50, с.39-42]. Медицина, хотя и полагает аборт «безнравственным, вредным для здоровья методом регулирования рождаемости», использует аборты в собственных целях, исподволь пропагандируя и сам аборт («по медицинским показаниям»), и отношение человека к себе и ребенку как к телам. Аналогичным образом дело состоит в рекламе промискуитета: «секс для здоровья» с подачи тех же врачей практикуют значительное число людей во всем мире, не задумываясь не о психологических, ни о физических, ни о – тем более – нравственных последствиях сделанного. Еще одна сфера медицинского бизнеса – «замещающая гормональная терапия» в период менопаузы: с одной стороны, сроки наступления менопаузы и ее симптоматика становятся все более ранними и выраженными, в том числе у мужчин, а с другой, – полностью игнорируется психологический и нравственный контекст наступления менопаузы, отсутствуют исследования случаев и сообществ, в которых данный «всеобщий» феномен не возникает.

Обсуждение результатов исследования. Нарушения репродуктивного здоровья очевидным образом связаны с интенсивным распространением «сексуальный революции», в том числе проникновением в повседневную жизнь людей идеологии «свободных отношений», «здорового секса», формирование в процессе воспитания потребительских ориентаций в выборе партнеров / супругов. Негативно сказываются на психологическом и нравственном состоянии человека потребительское отношение к окружающим людям в целом, неуважение к родителям и другим ленам семьи, роду, отказ и осмеяние достижений и традиций предыдущих поколений, негативное отношение к пожилым, инвалидам, всем слабым и страдающим людям, стремление только к собственному благополучию и усилению влияния на мир за счет ресурсов других людей (так называемый «социальный каннибализм»). Эти процессы усугубляет активный распад общественных движений и систем общественной поддержки человека, прекаризация труда и отказ государства от львиной части своих обязательств в сфере образования, здравоохранения, правоохраны, в том числе в сфере защиты и гармонизации прав и обязанностей населения.

Все это наносит удар по способности человека понимать себя и мир, рефлексировать и управлять навязываемыми обществом и воспитанием желаниями, координируя их с истинными, исходящими из сущности человека как биологического, социального и духовного существа нуждами, соотносить их с внешней и внутренней реальностью. Население начинает и продолжает чувствовать себя ненужным, незащищенным и неспособным влиять на собственную жизнь и жизнь окружающих, в полной мере защитить свою жизнь и жизнь детей и, тем более, взять на себя обязательства в отношении воспитания и содержания детей, жизнь которых, вероятнее всего, будет наполнена страданиями и дисгармониями, нравственными деформациями и бессмыслицей, как и жизнь родителей. Лишь небольшая часть людей способна справиться и разобраться в ситуации самостоятельно: исследование психологических и нравственных особенностей и проблем людей с нарушениями репродуктивного здоровья и без нарушений, а также основанная на результатах исследований направленная психологическая и духовная помощь людям, имеющим проблем в сфере репродуктивного здоровья – настоятельная необходимость.

Очевидно, что воспроизводство, репродукция населения – процесс сложный и многофакторный. Этот процесс намного сложнее, чем процесс воспроизводства у животных и растений: человек – не только и не столько биологическое, сколько социальное и духовное существо. Взаимодействия, взаимные трансформации, взаимные дополнения и конфликты «телесного» и «психосоциального» бытия человека образуют повседневную ткань его жизни: выборы, которые совершает человек, – это, весьма часто, выборы которые состоят в выстраивании и пристраивании иерархии «телесного» и «духовного», «индивидуального» и «социального» бытия. Если выбор осуществлен «правильно», то гармония «тела» и «души» не нарушается, укрепляется, восстанавливается. Если нет – то дисгармонии и нарушения прогрессируют, приводя к различным «ресоматизациям», возникновению и укреплению психосоматических нарушений, если превозносятся или целенаправленно угнетаются, игнорируются интересы «тела», инстинктов (дисбаланса инстинктов жизни, размножения и смерти, разрушения; а также инстинктов благополучия, комфорта и развития, распространения), а также нарушений психических, связанных в своей основе с превознесением интересов «духа» (десакрализации, неуважения и отчаяния, недовольства собой и миром, перфекционизма, совершенствования и самоудовлетворенности, страха изменений). Большая часто возникающих дисгармоний явно или неявно проявляет себя в нарушениях репродуктивного здоровья человека и, напротив, гармонизация телесного и духовного бытия приводит к восстановлению и укреплению здоровья.

Выводы. Таким образом, психологические и нравственные аспекты проблемы нарушений репродуктивного здоровья, их профилактики, диагностики и коррекции, остаются во многом нераскрытыми, недооцененными. В целом, психологические и нравственные аспекты репродуктивного здоровья женщин и мужчин – одна из наименее изученных тем как в психологических, так и в медицинских сферах исследований.

© Арпентьева М.Р. Текст. 2017

Список источников

1. Арпентьева М.Р., Рожкова Н.Г. Жизненные перспективы замещающих семей и их сопровождение в центрах социальной поддержки // Профессиональная библиотека работника социальной службы. – М.: ООО Изд-во «Социальное обслуживание»; 2014. – № 6. – 256с.
2. Колесников Дм. Б., Ермоленко Кр.С., Соловьева А.В. Психическое состояние женщин с бесплодием в старшем репродуктивном возрасте // Клиническая медицина. – 2013. – №6. – С.38-41.
3. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – №3. – С. 29-33.
4. Виилма Л. Начало мужское и женское. – Екатеринбург: У-Фактория; 2007. – 256с
5. Ефимкина Р. Как дела? Еще не родила! – М.: Класс; 2014. – 288с.
6. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар. М: Изд-во Института психотерапии; 2004 - 528с..
7. Кемпер И. Практика сексуальной психотерапии. Т. 1-2. М.: «Прогресс: Культура»; 1994. – 380с.
8. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. – М.: Класс; 1999. – 272с.
9. Kaplan H.S. Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation. – N.Y.: Routledge; 1995. – 352p.
10. Бутовская М.Л. Стратегии сексуального поведения человека // Химия и жизнь. – 2003. – №7-8. – С.22-29.
11. Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М.: Академический проект; Культура; 2009. – 470с.
12. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. – М.: Прайм-Еврознак, 2005. – 480.с.
13. Лебедько А.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с экстракорпоральным оплодотворением: автореф. дис.....канд. мед. наук. – Минск: Белорусский гос. мед. университет; 2013. – 22с.
14. Шарфф Д.Э. Сексуальные отношения: секс и семья с точки зрения теории объектных отношений. – М.: Когито-Центр; 2008. – 304с.
15. Giles J. The Nature of Sexual Desire. – Maryland: University Press; 2008. – 228p.
16. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. N.Y.: Ishi Press; 2010: 482p.
17. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. – N.Y.: Ishi Press; 2010. – 384p
18. Бежина Хр. В. Опыт бесплодия как фактор трансформации психологической структуры социальной идентичности беременной женщины // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2011. – №2. – С.112-117.
19. Маркова М.В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 1993. – № 1 (1). – С. 57-62, 1993. – №2(2). – С. 4-13.
20. Пепперелл Р.Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак. М.: Медицина; 1986. – 280с.
21. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2010. – № 1. – С.101-119
22. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – Москва: Изд-во Ин-та психотерапии; 2002. – 240с.

23. Карголь И. В. Изучение проблемы воздействия стресса бесплодия на семью в зарубежной психологии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Гуманитарные науки. – 2012. – № 12 (131). – Р. 205-209.

24. Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research / Dunkel-Schetter Ch., Lobel M., eds. – New York: Plenum Press; 1991. – 240p.

25. Anderson K. M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D. S. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic // Journal of Psychosomatic Research. – 2003.- №54(4). – P.353 – 355.

26. Апресян С. В., Абашидзе А. А., Аракелян В. Ф. Медико-психологические аспекты бесплодия // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2013. – № 1. – С. 8-10.

27. Рябова М. Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции // Вестник ТГУ. – 2013. – № 9 (125). – С. 190-198.

28. Ермошенко Б. Г., Крутова В. А. Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) // Успехи современного естествознания. – 2005. – №8. – С.17-20.

29. Ермошенко Б. Г., Крутова В. А., Фоменко Г. Ю. Психологические аспекты репродуктивного поведения инфертильных женщин в ракурсе экзистенциальной проблематики // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 11. – С.111-113.

30. Шахворостова Т.В. Психолого-акмеологические факторы эффективного сохранения репродуктивного здоровья женщин // Мир науки, культуры, образования. 2015. – №3 (52) . – С. 277-280.

31. Дьячкова Е.С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья // Вестник ТГУ. – 2013. – № 9 (125) . – С. 199-207.

32. Кришталь Е.В., Маркова М.В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии // Медицинская психология. – 2008. – №3. – С. 17-22.

33. Лосева Н.В., Ярославцева И.В. Особенности психологического консультирования женщин с нарушением репродуктивной функции // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2014. – № 4. – С. 96-99.

34. Федина Л. П. Исследование индивидуально-психологических особенностей бесплодных супружеских пар, вступивших в протоколы экстракорпорального оплодотворения // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2011. – № 1. – С. 103-108.

35. Богдан К.А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: сборник материалов Всероссийской конференции. Иваново, 2001. – Иваново: ИГУ; 2001. – С. 98 – 101.

36. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – №3. – С. 29-33.

37. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – С.-Пб.: Питер; 1997. – 496с.

38. Cox L.W. Infertiliti: a comprehensive programme // British. J. Obstet. Gynaecol.. 1975;. – № 82(1) . – P. 2-12.

39. Фанти С. Микропсихоанализ. – М.: Центр психологии и психотерапии; 1997. – 400с.

40. Емалетдинов Б. М. Проблемы безбрачия и распада семей // Российский гуманитарный журнал. – 2013. – № 1. – С. 21-48.

41. Захарова Е.И. Развитие личности в ходе освоения родительской позиции // Культурно-историческая психология. – 2008. -№2. – С. 24-29.

42. Abbey A., Andrews F. M., Halman L. J. Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – №68(3) . – P. 455 – 469.

43. Carroll J. S., Robinson W. D., Marshall E. S., Callister L. C., Olsen S. F., Dyches T. T., et al. The family crucibles of illness, disability, death, and otherlosses // Strengthening our families / Dollahite D. C. (Ed.).- 2000. – P. 278 – 292.
44. Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research / Dunkel-Schetter Ch., Lobel M., eds. – New York: Plenum Press; 1991. – 240p.
45. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. – Киев: Здоровье; 1990. – 462с.
46. Захарова Е.И., Якупова В.А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО // Национальный психологический журнал. – 2015 – № 1 (17). – С. 96-104.
47. Корнеева И.Е. Эффективность лечения бесплодия в амбулаторных условиях // Акушерство и гинекология. – 2002. – №1. – С. 13 – 17.
48. Крутова В. А., Ермошенко Б. Г. Причины женского бесплодия // Успехи современного естествознания. – 2005. – №11. – С. 16-19.
49. Мачанските О. В. Пути улучшения результатов лечения трубно-перитонеального бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., Моск. обл. НИИ акушерства и гинекологии; 2001. – 20с.
50. Щеплев П. А., Аполихин О. И. Мужское бесплодие. Обсуждение консенсуса. // Вестник репродуктологии. – 2010. – №3-4. – С. 37-44.

Информация об авторе

Арпентьева Мариям Равильевна – доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского, 248023, г. Калуга, Россия, ул. Разина. д. 22/48, 1 корпус, 809 ауд., тел.: +79533134816, e-mail: mariam_rav@mail.ru

Arpentieva M.R.

MODERN PSYCHOLOGICAL SCIENCE OF REPRODUCTION

The relevance of the work stems from the fact that the problem of violation and loss of reproductive health is becoming increasingly urgent for citizens of Russia. The purpose of the study is to analyze violations and loss of health of the population as a result of the destruction of traditional moral values, a set of social, psychological and psychosomatic consequences of the destruction of moral relations. Materials and methods. Theoretical analysis of the problem included a review of modern and foreign sources on the psychological and moral components of reproductive health. As a method of empirical research was the content analysis of structured interviews with patients with various disorders of reproductive health, not having children. Results. As shown by the survey data and subsequent correction and developing lessons with the respondents, reproductive health of women and men is a complex phenomenon, an important role in the formation and development of which play spiritual, moral and socio-psychological aspects. They affect physical, psychological and spiritual health of children, newborns. In the presence and harmony are highlighted above aspects of reproductive health has long maintained and quickly restored: the man correctly relates to self and life, and his children are born healthy and highly viable. The presence of selected health characteristics allows us to estimate the reproductive potential of each individual, to successfully carry out psychological assistance to persons wishing to have children, as well as to correct problems in the development of family and child before and after birth. Conclusions. Reproductive health is associated with unwillingness and reluctance of potential parents to be parents: to ensure the moral well-being of mentors and educators, providing psychological well-being friends and companions, and provide material well-being guardians of the children. Children reflect the reluctance and unwillingness of parents increased morbidity, trauma and even deaths from the obvious to the hidden from the eyes of others children-killing trends.

Keywords: family**;** marriage**;** reproductive health**;** reproductive potential**;** infertility**;** parenting; reproductive health; sex; abortion; venereal disease; promiscuity; marriage; morality.

Information about the author

Arpentieva Mariam Ravilievna, grand doctor (Grand PhD) of psychological Sciences, associate professor, professor and senior researcher of the department of development and education psychology, Tsiolkovskiy Kaluga state University, 248023, Kaluga, Razina str., 22/48, 1 build., 809 aud., tel. +7 (4842)503031, +79533134816, e-mail: mariam_rav@mail.ru

УДК: 378.014.61(575.1)

Ф.А. Акрамова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЧНОСТИ СЕМЬИ: СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И СЕМЕЙНЫЕ ЦЕННОСТИ

Формирование семейно – брачных отношений и семейной структуры населения в целом происходит на здоровой основе, на эти процессы оказывают влияние сложившиеся традиции и в то же время новые общемировые процессы, касающиеся семьи и брака. В статье раскрыто социально-психологические аспекты семьи, семейные отношения и семейные ценности на примере проведенного исследования в семьях Узбекистана и предложены рекомендации по укреплению семьи.

Ключевые слова: *семья, полная семья, неполная семья, прочность семьи, семейные отношения, семейные ценности.*

Семья - ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т.е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами, и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство на основе единого семейного бюджета. Жизнь семьи характеризуется материальными и духовными процессами [1, с. 23]. Семья подразделяется по типу на полные, неполные, нуклеарные, бездетные, многодетные, молодые, и.т.д. Характерный для той или иной семьи более или менее устойчивый эмоциональный настрой принято называть психологическим климатом (синоним - психологическая атмосфера). Он является следствием семейной коммуникации, то есть возникает в результате совокупности настроения членов семьи, их душевных переживаний и волнений, отношения друг к другу, к другим людям, к работе, к окружающим событиям. [1, с. 23].

Многие исследователи выделяют два типа психологического климата семьи: благоприятный и неблагоприятный. Многолетние наблюдения показывают, что довольно значительной части семей присущ противоречивый психологический климат.

Исходной основой благоприятного психологического климата является супружеская совместимость, в первую очередь такой ее компонент, как общность идейно - нравственных взглядов мужа и жены. Для благоприятного психологического климата характерны следующие признаки: сплоченность, возможность всестороннего развития личности каждого ее члена, высокая доброжелательная требовательность членов семьи друг к другу, чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гордость за принадлежность к своей семье, принципиальность, ответственность. [1, с. 25].

В семье с благоприятным психологическим климатом каждый ее член относится к остальным с любовью, уважением и доверием, к родителям - еще и с почитанием, к более слабому - с готовностью помочь в любую минуту.

Важный показатель благоприятного психологического климата семьи — стремление ее членов проводить свободное время в домашнем кругу, беседовать на интересующие всех темы, вместе выполнять домашнюю работу, подчеркивать достоинства и добрые дела каждого, преподносить друг другу приятные сюрпризы, вместе путешествовать. [2, с. 9].