

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Махова Зинаида Васильевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Особенности тревожности у женщин с первой и повторными беременностями

Направление подготовки 37.04.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой
д-р мед. наук, профессор С.Н. Шилов

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, Н.Ю. Верхотурова

(ученая степень, ученое звание, фамилия,
инициалы)

(дата, подпись)

Научный руководитель
канд. мед. наук, В.Ю. Потылицина

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Обучающийся

Махова З.В.

(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Красноярск, 2020

Оглавление

Введение.....	3
Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования.....	9
1.1 Проблема тревожности в психологии.....	9
1.2 Проявление тревожности у беременных женщин.....	15
1.3 Современное состояние изучения проблемы тревожности у беременных женщин с первой и повторными беременностями.....	18
Выводы по первой главе	27
Глава II. Экспериментальное изучение тревожности у женщин с первой и повторными беременностями.....	29
2.1 Организация, методы и методики исследования.....	29
2.2 Анализ результатов исследования.....	35
Выводы по второй главе	46
Глава III. Методические рекомендации по коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.....	49
3.1 Научно–методологические основы коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.....	49
3.2 Основные направления, содержание, формы и методы психологической коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.....	68
Выводы по третьей главе	74
Заключение.....	76
Список литературы.....	77
Приложение.....	85

Введение

Актуальность исследования.

Психология материнства в настоящее время является одной из самых важных, сложных и еще недостаточно изученных в современной науке. В результате большое внимание уделяется психоэмоциональному состоянию женщины в связи с ее репродуктивной функцией во время беременности, а в связи с неблагоприятными перинатальными результатами возникла необходимость изучения особенностей психического состояния женщины во время беременности.

Беременные женщины часто испытывают повышенное беспокойство, что, в свою очередь, напрямую влияет на течение беременности и развитие плода.

Первая беременность - это совершенно новый опыт, который довольно сложно понять. Из-за отсутствия опыта материнства беременная женщина может внезапно почувствовать эмоциональные всплески. Беременные женщины, ожидающие второго ребенка, также испытывают чувство беспокойства, связанное с предыдущим опытом беременности.

Изучение важнейшего этапа подготовки к будущему материнству - беременности - в научных трудах в полной мере не представлено, и к этой теме начали обращаться только в последние десятилетия. Ведь подготовка к родам и грядущему счастливому материнству происходит в связи с физическим и психологическим уровнем.

Итак, в последнее время появилось несколько работ по феноменологии (О.В. Баженова, Л.Л. Баз, В.И. Брутман, Г.В. О.Ю. Дубовик, О.А. Копыл, Скобло и др.), психофизиологией (В.Г. Волков, Ю.С. Садкова, Н.В. Шабалина, и др.) и психологией материнства (А.С. Батуев, И.В. Гребенников, Ж.В. Завьялова, Ю.Ф. Змановский, Н.П. Коваленко, М.С. Родионова, Ю.И. Шмурак и др.).

Недавние исследования по изучению патологии беременности убедительно свидетельствуют о психоэмоциональной природе этих расстройств и эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методов их лечения.

Психотерапевтическим и психолого-педагогическим аспектам беременности посвящена работа В.И. Брутман, Ю.И. Шмурак, Г. Филиппова и др. Влияние беременности на психику женщин иногда бывает настолько значительным, что некоторые авторы (Н. Уденберг, М. Ринглер, Дж. Виткин и др.) считают это явление своеобразной кризисной ситуацией. Исследования таких авторов, как Г.С. Абрамова, Г. Филиппова, Е.Ю. Печников, Э. Захарова, О.В. Баженов, Л.Л. Баз, К. Белогай, О.А. Копыл, В. Брутман, Т. Скрицкая и другие изучают психологические особенности женщины во время беременности, социально-психологические факторы готовности женщины к материнству.

Исследовали проблемы тревожности у женщин во время беременности такие ученые как: Г.С. Абрамова, О.В. Баженова, В.И. Брутман, Т. Верни, С. Мердок, А.М. Прихожан, М. Г. Панкратова, М. Родионова, В.Д. Рыжков, Дж. Сандин, Г. Г. Филиппова, А. Фрейд, З. Фрейд, И.Ю. Хамитова, и др.

Работа В.Д. Рыжкова, А.Н. Прихожан и других посвящена психологической природе и возрастной динамике тревожности. Работы, которые приобрели большое значение при изучении особенностей тревожности у беременных, принадлежат следующим ученым: А.В. Ломакина, Г.Г. Филиппова, А.Я. Варга, Р.В. Очарова, Н.П. Коваленко, С.Ю. Мещерякова, А. Батуева, Л.В. Соколова, И.В. Добряков и др.

По мнению И.В. Добрякова, состояние беременной оказывает значительное влияние на формирование психических функций ребенка и, как следствие, во многом определяет сценарий его дальнейшей жизни.

Работы, посвященные проблеме психического здоровья матери и ребенка, психофизиологическим основам материнства, социальным аспектам

женщин принадлежат О.А. Касьяновой, А.С. Батуева, В.И. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Родионовой и др. В работах поднимались вопросы психического становления на самых ранних этапах онтогенеза у З. Фрейда, А. Фрейда, Дж. Боулби, М. Кляйна и других. Так, по мнению И.В. Добрякова, Л.В. Соколова, А.С. Батуева в перинатальном периоде развития ребенок живет с мамой практически так же. С этой точки зрения нарушения протекания физиологических и нейропсихологических процессов у будущей матери могут негативно сказаться на реализации генетического потенциала ребенка и усложнить его последующее взаимодействие с окружающей средой. После рождения ребенка законы, действующие в системе «мать-ребенок», остаются в силе: все, что происходит с матерью, оказывает влияние на ребенка и наоборот.

Проблема исследования: В настоящее время оценка течения беременности и родов сводится в основном к изучению физиологических процессов и осложнений, соответствующих этим периодам. А психологические особенности женщины во время беременности обычно затрагиваются лишь косвенно, несмотря на то, что основными причинами патологии во время родов являются тревога, стресс, депрессия и страх во время беременности. Таким образом, проблема изучения психических состояний женщины во время беременности, их своевременной и точной диагностики, коррекции указывает на необходимость ее комплексного и систематического изучения на индивидуальном психологическом, психологическом, педагогическом и социально-психологическом уровне.

Цель исследования: выявить особенности проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями.

Объект исследования: тревожность у беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Предмет исследования: особенности проявления тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Гипотеза исследования: уровень тревожности у беременных, ожидающих рождения первого ребенка, будет отличаться (уровень тревожности будет выше) от уровня тревожности у беременных, ожидающих рождения второго ребенка.

Задачи исследования:

1. Определить в научной литературе характеристики тревожности у женщин с первой и повторной беременностью.
2. Определить показатели тревожности у женщин с первой и повторной беременностью с помощью диагностических методов.
3. Разработать рекомендации для беременных по снижению уровня тревожности и формированию положительного эмоционального настроения во время беременности и будущих родов.

Теоретической и методологической основой диссертационного исследования явились научные труды по изучению проблемы тревожности беременных женщин: В.И.Брутман, Г.С. Абрамовой, И.В. Добрякова, Г.Г. Филипповой, А. Фрейд, З. Фрейда, Дж. Тейлора, Ю.Л. Ханина и др. Работы Ж.В. Завьяловой, С.Ю. Мещеряковой, О.А. Касьяновой по подготовки женщин к беременности, родам и предстоящему материнству.

Методы исследования: нами были применены как теоретические (анализ литературы по проблеме исследования), так и эмпирические методы.

Среди эмпирических методов нами использовались: беседа, наблюдение, опрос, констатирующий эксперимент, методы количественной и качественной обработки и интерпретации полученных результатов исследования.

В психодиагностическое обследование были включены следующие **методики:**

1. Методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова). Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора предназначена для измерения проявлений тревожности.

2. Методика определения уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина). Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). Тест позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией.

Организация исследования: женская консультация при роддоме № 2 Свердловского района г. Красноярска. 01.06.2019-30.03.2020 года. В нем приняли участие 60 женщин в возрасте от 18 до 37 лет на разных стадиях беременности. Важным условием отбора для исследования являлось наличие в анамнезе благополучного перинатального исхода при первой беременности у женщин с повторной беременностью.

Этапы проведения исследования: процесс изучения особенностей тревожности беременных женщин с первыми и повторными беременностями проходил в четыре этапа.

I. Первый этап был нами разделён на две части:

1) Теоретический анализ психолого-педагогической и медико-биологической литературы по проблеме исследования (июнь 2019 — сентябрь 2019 года).

2) Определение целей и задач исследования. Формулирование проблемы и гипотезы исследования (сентябрь 2019 — октябрь 2019 года).

II. На втором этапе, мы составили план проведения экспериментального исследования, отобрали диагностические методы и методики, направленные на выявление тревожности у беременных женщин с первой и повторными беременностями (октябрь 2019 — декабрь 2019 года).

III. Реализация констатирующего эксперимента. Обработка, анализ и интерпретация полученных результатов экспериментальной части исследования (январь 2020 — март 2020 года).

IV. Разработка методических рекомендаций по коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Оформление результатов экспериментального исследования, обобщение выводов и заключений (март 2020 —май 2020 года).

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что его результаты дополняют и углубляют знания о психологических особенностях тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Практическая значимость исследования заключается в том, что его результаты могут быть полезны беременным женщинам, психологам и другим специалистам, работающим с данной категорией женщин.

Структура работы: магистерская работа состоит из введения, трёх глав, заключения, списка используемой литературы (состоящего из 96 источников) и приложений. Работа проиллюстрирована 5 таблицами и 2 рисунками.

ГЛАВА I. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Проблема тревожности в психологии

Тревожность - это переживание эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием проблем и надвигающейся опасности. И в отличие от страха как реакции на конкретную опасную ситуацию, тревога - это переживание расплывчатой, расплывчатой и предвзятой угрозы. С другой точки зрения, страх переживается, когда существует «жизненная» угроза (для существования и целостности человека как живого существа), страх переживается, когда человек подвергается социальной опасности. Так что в некоторых случаях тревогу и страх можно спутать.

Рассмотрим некоторые из этих концепций. Страх - это реакция на опасность, основанная на отношении к опасности, а тревога - сигнал опасности. Страх возникает при наступлении опасности и беспокойство перед наступлением возможной опасности. Страх действует на психику угнетающе, тревога, наоборот, возбуждающе действует. Из-за природы стимулов, вызывающих эмоции, страх специфичен, однозначен, а тревога расплывчата, абстрактна. Источником страха может быть прошлый негативный, травмирующий опыт, тревога отражается в будущих событиях. По форме реакции страх представляет собой инстинктивно обусловленную форму страха, а тревога - социально обусловленную форму реакции.

Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин, Р.Б. Кеттел различают ситуативную тревогу, характеризующую состояние человека в какой-то определенный момент и тревожность, как относительно устойчивой личностное

образование. В зависимости от наличия в определенной ситуации объективной грозящей опасности, можно выделить «реальную», «объективную» тревогу и тревогу «неадекватную», которая может проявляться при не угрожающих ситуациях.

На психологическом уровне тревога проявляется в чувствах напряжения, незащищенности, нервозности, раздражительности, беспокойства, затруднений, а иногда и неспособности принять какое-либо решение и т. д.

Проявления тревоги на физиологическом уровне могут наблюдаться при учащенном дыхании и частоте сердечных сокращений, повышении артериального давления, общей возбудимости, тошноте, анорексии, гипертермии и других кожных реакциях, гипергидрозе, головной боли и др.

По мере нарастания состояния тревоги явления, выражающие это состояние, претерпевают множество регулярных изменений и образуют феномены тревожной серии - эмоциональные состояния, которые естественным образом сменяют друг друга по мере того, как состояние тревоги увеличивается и усиливается. В то же время следует отметить, что оптимальный уровень тревожности (адаптивной тревожности) необходим для эффективной адаптации к действительности.

Слишком высокая тревожность, а также чрезмерно дезадаптивная реакция, проявляющаяся общей дезорганизацией поведения и активности, негативно сказываются на жизнедеятельности. Повышенное беспокойство можно уменьшить за счет энергетической активности для достижения цели или использования специальных техник (методы релаксации, арт-терапия, дыхательные техники и т. Д.), а также в результате бессознательных защитных механизмов организма.

Впервые понятие «тревожность» было введено в психологию З. Фрейдом в 1925 году. Он выделил конкретный страх и неопределенный безотчетный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер [88, с.25].

Тревога - это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием и ожиданием неминуемой опасности.

Тревожность - это индивидуальный психологический признак, который проявляется склонностью человека к частым и сильным тревогам, а также низким порогом ее возникновения. Беспокойство считается личным воспитанием и характеристикой темперамента и является следствием слабости нервных процессов. [88, с.25].

3. Фрейд указывает, что тревожность является показателем дисфункции личностного развития человека и, наоборот, оказывает на него негативное влияние, тревога может стать причиной возникновения неврозов, а также их симптомов и механизма развития. [88, с.25].

Говоря о тревожности, важно знать причины ее возникновения и закрепления, ведь она имеет всестороннее личностное психологическое образование. Вопросы о причинах стойкой тревожности являются центральными и в то же время наименее изученными при изучении этой проблемы. Ответ на него в значительной степени зависит от того, рассматривается ли она как личное воспитание или как средство темперамента. Ответ на этот вопрос связан с идеей способов преодоления тревожности, хотя далеко не всегда полностью определен. Понимание тревожности как относительно стабильной личностной характеристики заставляет нас обращать особое внимание на роль личных и социальных факторов в ее возникновении и закреплении, и особенно на характеристики общения. А.М. Прихожан дифференцирует тревожность на два основных вида: личностную и ситуативную.

Личностная тревожность - это готовность (установка) человека испытывать страх и тревогу по поводу широкого спектра субъективно значимых явлений и является чертой личности, которая сформировалась и укрепились в раннем детстве.

Ситуативная тревожность - это показатель интенсивности переживаний, возникающих в связи с типичными событиями. Ситуативная тревожность может проявляться у разных людей в разных ситуациях, причем у одних она проявляется отчетливо, а у других вообще не проявляется.

Вначале возникает ситуативная тревога. Затем при возникновении неблагоприятных ситуаций ситуативная тревога может превратиться в личную тревогу.

Также существуют следующие виды тревожности: специфическая (частная, частичная) - устойчивая тревога в любой сфере и общая тревога, которая свободно меняет предметы в зависимости от изменения их значения для человека. В научной литературе очень интересны отношения между общей и специфической тревогой. Поскольку конкретные типы тревожности (межличностные, школьные, медицинские и т. Д.) Регистрируются в этой области, и поскольку они могут быть только формой выражения общей тревожности, которая фиксируется в этой области как наиболее важная в данный период жизни. Но чаще всего исследования общей тревожности и ее конкретных видов проводятся отдельно.

Под тревожностью мы подразумеваем особое сочетание характера переживания, сознания, вербального и невербального выражения в характеристиках поведения, общения и активности. Форма тревожности проявляется в спонтанно возникающих способах ее преодоления и компенсации, а также в связи с этим переживанием. Итак, есть две основные формы беспокойства:

1. Открытая - сознательно переживается и проявляется в поведении и активности в форме тревоги.

2. Скрытая - в той или иной степени бессознательное состояние, проявляющееся либо чрезмерным покоем, нечувствительностью к настоящему благосостоянию и даже его отрицание или косвенно через определенное поведение в разной степени не осознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному

неблагополучию и даже отрицание его, либо косвенным путем через специфические способы поведения.

Внутри этих категорий были выделены три формы открытой тревожности:

1. Острая, нерегулируемая или плохо регулируемая тревожность

Сильные, осознанные, внешне проявляющиеся симптомы тревоги, человек не знает, как с ней справиться сам. Эта форма тревожности одинаково присутствует во всех возрастных группах.

2. Регулируемая и компенсированная тревожность

При которой самостоятельно разрабатываются достаточно эффективные методы управления существующей тревожностью.

По характеристикам, используемым для этих целей внутри этой формы, выделяют две субформы:

- снижение уровня тревожности;

- использование ее для стимуляции собственной деятельности и повышения активности.

3. Культивированная тревожность.

В этом случае, в отличие от описанного выше, тревожность распознается и переживается как ценная черта для человека, позволяющая ему достичь желаемого результата. Культивированная тревожность проявляется в нескольких вариантах. Во-первых, человек может признать его главным регулятором своей деятельности, обеспечивающим его организованность и ответственность. Во-вторых, он может выступать в качестве некой идеологической и целостной установки. В-третьих, это часто находит выражение в поисках «условной» выгоды от присутствия тревоги и проявляется в усилении симптомов. [63, с.64].

Формы скрытой тревожности отмечаются примерно в равной степени во всех возрастах. Скрытая тревожность встречается существенно реже, чем

открытая.

Она имеет следующие формы:

1. «Недостаточный покой». В этих случаях человек, скрывая беспокойство от других и самого себя, разовьет сильные и негибкие способы защиты себя от него, таким образом предотвращая осознание как определенных угроз в мире вокруг него, так и своего собственного опыта. Эта форма очень нестабильна, быстро переходит в открытые формы тревоги (особенно острые, нерегулируемые).

2. «Уход от ситуации» - происходит относительно нечасто и примерно в одном возрасте.

Говоря о формах тревожности, нельзя просто коснуться проблемы так называемой «замаскированной» тревожности. «Маски» тревожности - это формы поведения, которые принимают форму сильных проявлений личностных черт, порожденных тревогой, позволяют человеку при этом переживать ее в смягченной форме и не проявлять извне. Такие «маски» чаще всего называют агрессией, зависимостью, апатией, чрезмерными сновидениями и т. д.

Есть типы агрессивной тревожности и аддиктивной тревожности (с разной степенью осведомленности о тревожности).

- Агрессивно-тревожный тип чаще всего встречается в дошкольном и подростковом возрасте и при открытых и латентных формах тревожности как прямое выражение агрессивных форм поведения.

- Тревожно-зависимый тип чаще всего встречается при открытых формах тревоги, особенно в острых, нерегулируемых и культурных формах. [63, с. 67].

Отсюда следует, что тревога разной степени выраженности характерна для большинства людей. Многие авторы считают тревогу универсальной формой эмоционального ожидания неудачи. Это состояние способствует

мобилизации умственных резервов и стимулирует поисковую и активную деятельность. В то же время известно, что тревога имеет отрицательное значение, превышающее оптимальные значения, и оказывает соответствующее влияние на поведение человека.

Частые и длительные переживания тревожности, актуализация возможных сбоев создают повышенную тревогу, что отрицательно сказывается на жизни человека в целом.

1.2 Проявление тревожности у беременных женщин

Большинство беременных описывают период беременности как уникальный, совершенно другой, достаточно сильный по уровню чувств, этап жизни по комплексу чувств.

Гормональные изменения при беременности приводят к тому, что эмоциональное состояние беременной женщины резко меняет свой вектор за короткое время.

Беременность и предстоящие роды для женщин - период значительных психических и физиологических изменений, которые часто могут сопровождаться состояниями тревоги разной степени тяжести. Чувство тревожности является сигналом о неожиданных изменениях, которые происходят в женщине в этот период, и помогает своевременно и адекватно отреагировать на опасность. Однако если тревога выражена чрезмерно, то напротив, она мешает нормальной жизнедеятельности.

Рассмотрим некоторые факторы, вызывающие беспокойство у женщин во время беременности. Наиболее частые опасения и тревоги у женщин основаны на следующем:

- отсутствию опыта материнства;
- боязни неизвестности;
- возрасте будущих родителей (слишком ранний или поздний);

- страхе, связанном с имевшихся ранее проблем, связанных с репродуктивной системой будущих родителей;
- боязни собственных мыслей и желаний (хочу – не хочу);
- чувстве вины за отсутствие пока еще не появившегося материнского инстинкта;
- боязни внешних и внутренних значимых изменений
- страхе повторения произошедшего ранее отрицательного опыта незавершенной беременности
- материальной составляющей;
- страхе потери независимости;
- боязни за здоровье ребенка и собственное здоровья;
- значительных переменах в жизни, связанных с рождением и воспитанием ребенка;
- боязни генетических патологий у ребенка;
- страхе, связанном с потерей ребенка (при угрозе самопроизвольного прерывания беременности);
- страхе потери ребенка (при патологии не вынашивания в анамнезе женщины);
- страхе различных народных поверий и суеверий;
- боязни завершения успешной карьеры;
- боязни изменений в отношениях с супругом;
- страхе, связанном с нестабильной жилищной ситуацией в семье;
- страхе, связанном с появлением серьезных ограничений в жизни родителей, которые возникнут с появлением ребенка;
- страхе перед самим процессом родов и боязни неизбежной боли во время родов;
- страхе не стать хорошей матерью для своего ребенка и др.

Так, Г.С. Абрамова отмечает, что во время беременности организм женщины претерпевает значительные изменения, что само по себе способствует развитию беспокойства, т.е. беременные женщины склонны к беспокойству. С наступлением беременности многие женщины испытывают изменения самочувствия, выражающиеся в раздражительности, слезотечении, повышенной утомляемости или возбуждении, изменении аппетита (например, его отсутствии или, наоборот, повышении), тошноте, снижении либидо, дневной сонливости и т. д.

Симптом беспокойства проявляется как на психологическом, так и на физиологическом уровне. Следует отметить, что тревога проявляется в первую очередь в психологических симптомах, а затем проявляется на физиологическом уровне.

Признаками проявления тревоги на психологическом уровне являются:

- слезливость;
- напряженность;
- раздражительность;
- суетливость;
- беспокойство;
- утомляемость;
- ухудшение памяти;
- чрезмерная возбудимость;
- снижение концентрации;
- нарушение сна;
- мрачные предчувствия;
- озабоченность и др.

На физиологическом уровне тревога проявляется в виде:

- тошноты;

- головокружения и головных болях;
- мышечных напряжениях лица и тела;
- нарушения кровообращения и анемии;
- нарушения пищеварения;
- спазмах в ЖКТ;
- колебаниях артериального давления;
- общего неудовлетворительного самочувствия;
- озноба;
- нехватка воздуха
- гипертермии;
- гипергидроза;
- синдрома «раздраженного кишечника»;
- тахикардия;

Г.С. Абрамова отмечает, что во время беременности женщина чрезвычайно чувствительна и раздражена, гораздо острее, чем она ранее реагировала на окружающий мир, и часто испытывает трудности с совладением со своими эмоциями. Из-за особенностей тревожности у беременных, он отмечает, что некоторые женщины полностью меняют свою внешность во время беременности (изменения внутри и снаружи), а некоторые остаются практически неизменными. Но за исключением крайностей, по мнению Г.С. Абрамовой, общим для будущих матерей является своя особая психология, меняющаяся из месяца в месяц.

1.3 Современное состояние изучения проблемы тревожности у беременных женщин с первой и повторными беременностями

Изучение психологического состояния женщины во время беременности позволяет предположить, что сама беременность имеет присущую ей динамику ухудшения и ослабления имеющихся тревог женщины. Г.С. Абрамова отмечает, что в первом триместре беременности они обновляются

и остро переживают проблемы с собственной мамой, близкими и другими объектами привязанности, возникают проблемы в отношениях с мужем. Во втором и третьем триместрах происходит значительное избегание негативных эмоций, на первый план ослабевают проблемы, существовавшие в первом триместре, страх предстоящих родов и их некомпетентность в послеродовом периоде.

Многие авторы, занимающиеся перинатальной психологией, выделяют начало третьего триместра беременности как период «строительства и обустройства гнезда», что проявляется повышением активности и расположением всех случаев и имеющихся проблем. В этот период деятельность женщины направлена на подготовку к предстоящим родам и послеродовой период. Это коррелирует с благоприятной динамикой течения беременности и ценностью ребенка, и наоборот, деятельность, не связанная с ребенком, обнаруживает неблагоприятную динамику.

Как отмечает, Г.С. Абрамова, по окончании беременности у женщин снижается тревожность, связанная со страхом предстоящих родов (будущие мамы хотят поскорее встретить своего малыша), боязнью своей некомпетентности в вопросах ухода за ребенком и его воспитания и т. д. Противоположная ситуация отражает значительную неблагоприятную динамику стажа беременности и ценности ребенка.

Следует отметить, что в период беременности могут появляться дополнительные психотравмирующие факторы, такие как появление осложнений беременности, требующих госпитализации, или выявление врожденных пороков развития у плода, которые могут вызвать негативные образы и чувства [5, с. 31].

Многие авторы сообщают о значительном влиянии тревожных расстройств на течение беременности и перинатальные исходы: увеличивается частота плацентарной недостаточности, задержки роста плода,

преждевременных родов и рождения маловесных детей, что, в свою очередь, влияет на их долгосрочный прогноз.

Поэтому эмоциональные изменения опасны не только для самой женщины, но и для ее будущего ребенка. Когда беременная женщина находится в состоянии стресса, ее организм вырабатывает больше гормона кортизола, главного «гормона стресса». Кортизол повышает кровяное давление и уровень сахара в крови и отрицательно влияет на силу иммунной системы, что, естественно, отрицательно сказывается на здоровье ребенка.

Беременность - это процесс вынашивания плода в утробе матери. Беременность наступает после имплантации оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки. У женщин с наступлением беременности прекращаются менструации и происходят гормональные изменения, подготавливающие организм женщины к длительному периоду беременности. [84, с. 64].

Беременность является глобальным изменением всей жизни. Меняется абсолютно все: внешний мир, самочувствие, восприятие себя и окружающего мира, отношения с близкими и т.д.

С медицинской точки зрения беременность принято условно делить на trimestры. Таким образом, выделяют первый триместр (с 1 по 13 неделю), второй триместр (с 14 по 27 неделю) и третий триместр беременности (с 28 недели и до момента рождения ребенка).

Первый триместр беременности характеризуется временем революционных перемен не только в физиологии женщины, но и в ее психологии. В этот период происходят ряд изменений в организме беременной женщины, к которым она не была готова.

Физиологически в организме женщины начинается так называемый гормональный «приступ». Часто сопровождается рядом неприятных состояний, таких как: тошнота, повышенное потоотделение, головокружение, сонливость, слезотечение и т. д. Это временное состояние

во время беременности называется «ранний токсикоз у беременных».

В этот период также происходят значительные изменения психологического состояния женщины (так называемый «кризис перемен»). Во внутреннем пространстве ее «Я» появилось пространство другого человека, пока еще неизвестного ей, о существовании которого она могла даже не знать, но на существование, которого ей теперь нужно не только рассчитывать, но и перестраивать всю свою жизнь, менять все планы. Все это заставляет женщину испытывать довольно серьезные переживания и переживания. Многие заботы и вопросы в настоящее время вызывают у женщин множество проблем, будь то первая или вторая беременность для женщины.

Сообщалось о повышенной раздражительности, нервозности, гиперчувствительности, плаче, утомляемости, раздражительности, напряжении и беспокойстве. Так что если женщина до беременности отличалась спокойным и миролюбивым нравом, то она легко может запаниковать из-за различных ситуаций во время беременности. Изменение психологического состояния женщины, скорее всего, отразится на ее социальном окружении.

Например, не все близкие могут сразу смириться с такими подчас существенными изменениями в поведении беременной. Таким образом, в отношениях может возникнуть временное недопонимание. А именно, в это кризисное время женщина отчаянно нуждается в помощи, поддержке, заботе, участии, беспокойстве, доверии, надежных отношениях и любви к своим близким и, в большей степени, к своему мужу. Многие женщины тоже проходят этот период, за исключением того, что у них уже есть предыдущий опыт, они знакомы с изменениями, происходящими в организме в этот период, и стараются внутренне к ним подготовиться. В то же время женщины с повторной беременностью испытывают чувство тревоги, связанное с детьми старшего возраста, которые, несмотря на состояние матери,

нуждаются в родительском внимании и заботе.

В конце первого триместра ранний токсикоз ослабевает и состояние женщины немного стабилизируется. На границе первого и второго триместров беременности женщина начинает ощущать наступающее материнство, и это, безусловно, одно из самых ценных ощущений, которые испытывают женщины.

Во втором триместре беременности физиологически изменения в организме женщины еще происходят, но для женщины это уже не так неожиданно, как в первом триместре. Женщина привыкает к своему новому состоянию будущей матери. Происходят кардинальные изменения во внешности и теле женщины. Так в целом увеличивается вся фигура женщины: с увеличением роста и развития ребенка появляется округлый живот, увеличивается объем груди и бедер и т. д.

У некоторых женщин проявление токсикоза может сохраняться. Также могут возникнуть запоры, геморрой. У женщины часто возникает желание отдохнуть. И именно в этот период беременности женщина впервые начинает ощущать шевеления своего малыша в утробе матери. Этот момент психологически очень важен: так женщина начинает привыкать к своему новому «я».

В этот период появляется повышенная ответственность за все. Женщина испытывает тревожность и начинает задумываться о том, что ее ждет в будущем. Беременные женщины, ожидающие рождения своего первенца, испытывают тревогу и опасаются предстоящих родов, потому что у них еще нет опыта материнства.

Женщины с повторной беременностью также могут испытывать тревогу из-за своего прошлого опыта первой беременности, если этот опыт не является положительным. Во втором триместре, как и в первом, тоже возможна беременность. В большинстве случаев это сопровождается

госпитализацией, что является еще одной проблемой для женщины.

К концу второго триместра женщина и ее близкие уже в полной мере осознают ее статус будущей матери и всячески стараются ей помочь и окружить заботой.

Третий триместр беременности с физиологической точки зрения вызван рядом проблем, таких как затрудненное дыхание, возникновение изжоги, увеличение живота, нарушения сна, частые позывы в туалет и т. д. В конце третьего триместра ребенок опускается в тазовую область матери, что помогает снизить давление на соседние органы и улучшает самочувствие женщины.

С психологической точки зрения женщина настолько привыкла чувствовать движения своего ребенка, что воспринимает себя и ребенка как единое целое. В этот период беспокойство может возникнуть из-за предстоящих родов, здоровья ребенка, подготовки к рождению ребенка и т. Большинство женщин, беременных первым ребенком, испытывают тревогу и опасаются предстоящих родов и необходимой боли во время них.

Повторяющиеся беременности также опасаются предстоящих родов, поскольку известно, что каждое из них уникально и не одинаково. К концу третьего триместра желание будущей матери побыстрее встретиться с ребенком возрастает с каждым днем приближаясь к дню родов.

Таким образом, мы видим, что беременность вызывает глубокие изменения в организме женщины и часто может сопровождаться нарушениями нервной системы, кровообращения, пищеварения и т. д. Образ жизни беременной женщины напрямую влияет на развитие будущего ребенка и его ребенка. оборот, взаимно влияет на физиологию и психику матери. Беременность имеет свою динамику обострения и ослабления женских проблем.

Первый триместр беременности характеризуется как более тревожный

период, потому что первый триместр, скорее всего, будет связан с выкидышем и другими осложнениями. Проблемы с собственной матерью беременной жены, проблемы с мужьями и другими объектами привязанности, которые важны для женщины, обновляются и переживаются довольно остро.

Второй триместр беременности характеризуется появлением и стабилизацией движений малыша. Так во втором и третьем триместрах беременности происходит значительное избегание различных негативных эмоций, проблемы первого триместра становятся менее выраженными и слабыми. В этот период начинает сбываться настоящий страх предстоящих родов и их несостоятельности в послеродовом периоде. В начале третьего триместра возникает «синдром обустройства гнезда», который проявляется повышенной активностью, желанием упорядочить имеющиеся проблемы.

Направление деятельности беременной в этот период акцентируется на подготовке к родам и послеродовом периоде, готовности стать мамой и коррелирует с благоприятной динамикой течения беременности и ценностью ребенка. Активность женщины, не связанной с ребенком, коррелирует с неблагоприятной динамикой. Так что к концу беременности страх родов, их невозможность, их напряжение от всех других проблем чаще всего ослабевают. Противоположная ситуация свидетельствует о значительной неблагоприятной динамике стажа беременности и ценности ребенка.

При наступлении беременности возникает растерянность и огромная потребность в поддержке для адаптации к наступившей беременности. Так, в случаях длительного ожидания наступления столь желанной беременности, при ранее имевшихся сложностях с репродуктивной системой, большинство женщин (и их мужчин) оказываются к ней не готовы. Как отмечает Г.Г. Филиппова, это связано с рядом причин: смещение мотивации на зачатие и борьбу с бесплодием, привычка к специфическому многолетнему образу жизни при лечении, формированием определенного паттерна партнерских

отношений «борьбы с проблемой», непривычностью новых телесных ощущений и эмоциональных состояний при беременности, и, конечно, страхом возможных неблагоприятных исходов (особенно при опыте ранее случавшихся неудач) [84, с. 64].

Таким образом, существует мнение, что любой процесс, который имел место раньше, формирует опыт и навыки. Поэтому в следующий раз этот процесс будет намного проще и спокойнее. Исходя из этой логики, может показаться, что вторая беременность, если она отличается от первой (успешно прерванной), будет исключительно положительной. В этом случае не все так просто. Беременность бывает разной, и если первая для женщины протекала определенным образом, то вторая не обязательно идет по тому же сценарию. Однако следует отметить, что разница все же будет, так как вторая беременность приобретает свои особенности на основе изменений, произошедших в организме женщины с момента первой беременности и родов.

Итак, после первой беременности женщины испытывают в первую очередь тревогу по поводу неизвестных и будущих родов. Женщины с повторной беременностью - даже несмотря на то, что пережили свои первые роды, испытывают страх и беспокойство во время повторной беременности. В случае повторных беременностей добавляется сравнительный элемент: чем вторая беременность отличается от первой, будет ли вторая беременность более сложной, чем первая, и сколько общих характеристик имеет вторая беременность. Все эти обстоятельства напрямую влияют на уровень тревожности беременных женщин.

Течение беременности и процесс трудовой деятельности у каждой женщины будут иметь свои особенности и подготовиться ко всему невозможно.

Вот некоторые особенности, которые затрудняют повторную

беременность для женщины, чем первую:

1. Время, прошедшее с момента первого рождения. Хотя строгих рамок и условий для планирования повторной беременности нет, врачи рекомендуют восстановить организм женщины в течение одного-двух лет. Врачи по-прежнему рекомендуют отдыхать организму через 1-2 года после родов.

2. Возрастной фактор. По мнению врачей, оптимальным возрастом для вынашивания и рождения здорового ребенка считается от 18 до 35 лет, после чего уже возможны возрастные трудности. Так что после 35 лет женщине стоит внимательнее и осторожнее относиться к вопросу о беременности, обязательно планируя ее с лечащим врачом, пройдя все необходимые лечебные процедуры и манипуляции. Дело в том, что поздняя беременность наполнена не только обострениями различных хронических заболеваний у женщин, но и высоким риском возможных патологий и аномалий.

3. Беременность после кесарева сечения. В этом случае врачи не рекомендуют планировать вторую беременность минимум через 3 года после предыдущих родов. Таким образом, перерождение до этого срока может нанести серьезный вред как матери, так и малышу. В этом случае также имеется психологическая подоплека, боязнь повторного кесарева сечения. Это беспокойство можно снять, если тщательно спланировать предстоящую повторную беременность и проконсультироваться с опытным акушером-гинекологом.

4. Зачатие ребенка в период лактации может повлиять не только на благополучие женщины, но и на новорожденного ребенка. Беременность - это сильный стресс, который существенно влияет на процесс лактации. Таким образом, количество вырабатываемого молока может уменьшиться, и ребенку придется перейти на искусственное вскармливание. Также следует отметить, что процесс лактации вызывает выброс гормона окситоцина,

который в свою очередь способствует сокращению матки и ее восстановлению после родов, поэтому в случае повторной беременности она может быть прервана и т. д.

Таким образом, мы видим, что у беременных наблюдается тревожность как при первой, так и при повторной беременности. К сожалению, во время беременности женщина не всегда может самостоятельно справиться с нервным напряжением, раздражительностью, тревогой, волнением. Поэтому в некоторых случаях может потребоваться высококвалифицированная помощь врачей, психологов и других специалистов.

Выводы по главе 1

В настоящее время оценка течения беременности и родов сводится в основном к изучению физиологических процессов и осложнений, соответствующих этим периодам. Среди большинства работ по данной теме значительное преобладание научно-медицинских психологических, педагогических и социальных аспектов.

Во время беременности, независимо от количества предыдущих беременностей, женщины, как правило, испытывают разную степень беспокойства.

Это свидетельствует о разнообразии и важности данной проблемы, о необходимости ее всестороннего и систематического изучения на индивидуальном психологическом, психологическом, педагогическом и социально-психологическом уровнях.

В первой главе мы рассмотрели концепции тревоги и страха. Тревога - это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием проблем, предвестником неминуемой опасности.

Тревога - это индивидуальная психологическая черта, которая проявляется в склонности человека к частым и сильным тревогам, а также в низких порогах ее возникновения. Считается личностным воспитанием и характеристикой темперамента из-за слабости нервных процессов.

Учитываются виды и формы тревожности. Опубликованы признаки беспокойства у беременных. Учитывались психологические и физиологические особенности течения беременности в разные сроки беременности.

Беременность - это процесс внутриутробного развития плода. Беременность наступает после имплантации оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки. Беременность вызывает глубокие изменения в организме женщины: увеличение матки в зависимости от роста плода, увеличение массы тела, внешние изменения и т. Д. Этот период живет в жизни женщины и сопровождается расстройствами психики, нервной системы, кровообращения, пищеварения и т. Д. преобладающее влияние на развитие плода.

Приведено описание некоторых аспектов физиологии и психологии беременных на разных сроках беременности.

Глава II. Экспериментальное изучение тревожности у женщин с первой и повторными беременностями

2.1 Организация, методы и методики исследования

С целью изучения тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями нами было проведено исследование. Эмпирической базой для исследования послужила женская консультация при роддоме № 2 Свердловского района г. Красноярск.

В исследование были включены 30 женщин, которые зарегистрировались, с первой беременностью, и 30 женщин, которые зарегистрировались, со второй и последующей беременностью.

Важным условием отбора для исследования являлось: наличие в анамнезе благополучного перинатального исхода при первой беременности для женщин с повторными беременностями.

Исследование проводилось добровольно, в индивидуальной форме.

В ходе исследования мы гипотетически предположили, что тревожность женщин с первой беременностью выше, чем у женщин с повторными беременностями.

Процесс исследования тревожности у беременных женщин с первой и повторными беременностями проходил в три этапа: подготовительный, основной и заключительный.

На подготовительном этапе нами были: изучены анамнестические данные испытуемых, проанализированы медицинские карты, психологические заключения; проведены ознакомительные беседы с психологом и испытуемыми.

В период основного (экспериментально — диагностического) этапа нами были использованы следующие методы:

1. Методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова). Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлор предназначена для измерения проявлений тревожности.

2. Методика определения уровня тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптация Ю.Л. Ханина). Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). Тест позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией.

Шкала измерения тревожности Дж. Тейлор предназначена для измерения проявлений личностной тревожности. Тест был опубликован Дж. Тейлор в 1953 году. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые испытуемый должен дать ответ «да» или «нет». Данные утверждения отбирались автором из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ). Выбор пунктов, входящих в опросник осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с так называемыми «хроническими реакциями тревоги». Опросник входит в состав ММРІ в качестве дополнительной шкалы. В России данный тест был адаптирован в 1966 году Т.А. Немчиновым. В 1975 году В.Г. Норакидзе дополнил данный опросник шкалой лжи, при помощи которой можно судить о неискренности в ответах испытуемых и к склонности давать социально желанные ответы. Данный опросник состоит из 60 вопросов. Оба варианта опросника используются при индивидуальном и групповом тестировании, способны решать, как теоретические, так и практические задачи и могут быть включены в батарею других тестов.

Анкета может быть представлена испытуемому в виде списка или в виде набора карточек выписок. Не рекомендуется долго думать над ответами, потому что важен первый ответ, который придет в голову. Тестирование занимает от 15 до 30 минут.

Оценка результатов исследования осуществляется путем подсчета количества ответов испытуемого, указывающих на проявление тревожности.

С начала необходимо обработать результаты по шкале лжи. Она диагностирует склонность давать социально желательные ответы. Если этот

показатель превышает 6 баллов, это означает нечестность испытуемого.

Шкала лжи:

– в 1 балл оцениваются ответы «да» к пунктам: 2, 10, 39, 55;

– ответы «нет» к пунктам: 16, 20, 28, 29, 41, 51, 59.

Далее каждый положительный ответ на утверждения под №: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и отрицательный ответ на высказывания под №: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 – оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка ответов: от 40 до 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; от 25 до 40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; сумма от 15 до 25 баллов свидетельствует о среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревожности; от 5 до 15 баллов говорит о среднем (с тенденцией к низкому) уровне тревожности, и сумма баллов от 0 до 5 свидетельствует о низком уровне тревожности испытуемого.

Описание психологического портрета лиц с низкой тревожностью.

Людам с низким уровнем тревожности характерно значительное умиротворение. Такие люди не всегда склонны воспринимать угрозы своему престижу и самооценке в самом широком диапазоне ситуаций, когда они на самом деле существуют. Поэтому начало беспокойства у этих людей можно наблюдать только в особо важных и лично значимых ситуациях, например, при сдаче экзамена, в стрессовой ситуации, когда существует реальная угроза семейному положению и т. Д. На личном уровне эти люди спокойны, полагая, что у них лично нет причин или причин беспокоиться о своей жизни, репутации, поведении и деятельности. Вероятность возникновения конфликтных ситуаций, расстройств, аффективных взрывов у людей с пониженной тревожностью крайне мала.

Рекомендации для низко тревожных лиц. Людям с низкой тревожностью, требуется пробуждение активности, подчеркивание

мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, вовлеченности и чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Далее приведем описание психологического портрета высоко тревожных лиц.

Для людей с повышенной тревожностью характерна склонность в различных ситуациях воспринимать любое проявление качеств своей личности, любой интерес к ним как возможную угрозу своему престижу, репутации и самооценке. Слегка сложные ситуации обычно воспринимаются как чрезвычайно опасные и катастрофические. По восприятию также проявляется сила эмоциональной реакции. Такие люди относительно темпераментны, раздражительны, напряжены, постоянно готовы к конфликтам и готовы к защите, даже если в этом нет объективной необходимости. Для этих людей обычно характерна неадекватная реакция на любые комментарии, советы или даже просьбы. Вероятность нервных расстройств, аффективных реакций особенно высока в ситуациях, когда речь идет об их компетентности в определенных вопросах, их престиже, важности, самооценке и их подходе. Слишком большой акцент на результатах их деятельности или методах поведения, как положительных, так и отрицательных, категоричный по отношению к ним тон и даже интонация или тон, выражающий определенные сомнения - все это неизбежно приводит к расстройствам, недопониманию, конфликтам, созданию различного рода психологических барьеров, препятствующих эффективное взаимодействие с такими людьми. Поэтому не рекомендуется предъявлять категорически высокие требования к очень обеспокоенным людям, даже в тех ситуациях, когда они объективно легко достижимы для них. Неадекватная реакция очень тревожных людей на эти запросы может задержать или даже задержать достижение желаемого результата.

В виде рекомендаций для высоко тревожных лиц будет полезным сместить акцент с внешней требовательности, категоричности и

высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности, стоит формировать чувство уверенности в успехе.

Методика определения уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

Данный опросник предназначен для людей в возрасте старше 16 лет, для выявления уровня личностной тревожности как предрасположенности человека к тревоге. Личностный опросник был разработан Ч.Д. Спилбергером и его коллегами в 1966–1973 годах для диагностики тревожности как относительно устойчивой черты личности (склонности к тревоге). Адаптация русскоязычной версии опросника была произведена Ю.Л. Ханиным в 1976–1978 годах. Данный тест является надежным информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Тест состоит из 20 утверждений, для оценки которых даны четыре варианта ответа: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда». На прохождение теста отводится 10 минут. Шкала оценки состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания от № 1 до № 20) и личностную (ЛТ, высказывания от № 21 до № 40) тревожности. Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам: $РТ = + 35$, где – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20). $ЛТ = + 35$, где – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 38, 40; – сумма остальных цифр по пунктам – 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31–45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность.

Анкета позволяет измерить тревожность как личный актив, во многом определяющий поведение. Личностная тревожность характеризуется

устойчивой тенденцией воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающих, реагировать на них в состоянии тревоги. Очень высокая личная тревожность напрямую связана с наличием невротического конфликта, эмоциональных и невротических расстройств и психосоматических заболеваний. Необходимо отметить, что определенный уровень тревожности является естественным и обязательным признаком интенсивной активности человека. Так что существует оптимальный (полезный) уровень тревожности для каждого человека. Оценка состояния человека в этом отношении является для него неотъемлемой частью самоконтроля и самообразования.

Личностная тревожность понимается как стабильная индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге, и предполагает, что он склонен воспринимать относительно широкий спектр ситуаций как угрожающие и реагирует на каждую определенным ответом. Как предрасположенность, личная тревога активируется, когда человек воспринимает определенные стимулы как опасные для самоуважения и самоуважения.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Люди, которых можно отнести к категории очень тревожных (высокая по шкале), склонны воспринимать угрозы своей самооценке и жизни в широком диапазоне ситуаций и реагировать очень сильным состоянием тревоги. С другой стороны, людям с низкой тревожностью (низкие значения по шкале) свойственны покой, безмятежность и определенная летаргия по отношению к событиям.

Данный опросник нашел широкое применение в работе специалистов, занимающихся диагностикой личностных черт и качеств человека.

2.2 Анализ результатов исследования

Реализация подготовительного этапа исследования (анамнестические данные испытуемых, анализ медицинских карт, психологические заключения; беседа) позволила нам провести выборку испытуемых для исследования.

По результатам исследования мы увидели, что большинство беременных женщин данной выборки (с первой беременностью), а именно 12 женщин, имеют средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности, что в процентном выражении составляет 40% от общего числа выборки.

Таблица 1.

Результаты исследования уровня тревожности у женщин с первой беременностью («Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова)

Показатели	Низкий уровень тревоги	Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги	Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги	Высокий уровень тревоги	Очень высокий уровень тревоги
количество женщин, (группа 1) (n=30)	1	11	12	6	–
в %, n (%)	3%	37%	40%	20%	–

По результатам исследования мы видим, что большинство беременных в этой выборке (с первой беременностью), а именно 12 женщин, имеют среднюю (со склонностью к высокой) степень тревожности, которая выражается в процентах от общей выборки 40%.

Кроме того, мы видим, что 11 женщин имеют средний (склонный к низкому) уровень тревожности, который составляет 37%.

Высокий уровень тревожности выявлен у 6 женщин этой группы, что составляет 20% от общей выборки. А низкий уровень тревожности

испытывает 1 беременная женщина, что составляет 3% от общей выборки. Не было обнаружено очень высокого уровня тревожности.

Далее мы рассмотрим показатели уровня тревожности женщин с повторными беременностями. Данные по результатам исследования отображены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты исследования уровня тревожности у женщин с повторными беременностями («Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова)

Показатели	Низкий уровень тревоги	Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги	Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги	Высокий уровень тревоги	Очень высокий уровень тревоги
количество женщин, (группа 2) (n = 30)	5	14	10	1	–
в %, n (%)	16%	47%	34%	3%	–

При обработке теста мы получили следующие результаты:

- большинство
- проявления очень высокого уровня тревоги не обнаружено. Сравнение результатов, полученных в ходе данного тестирования схематически изображено на рисунке 1.

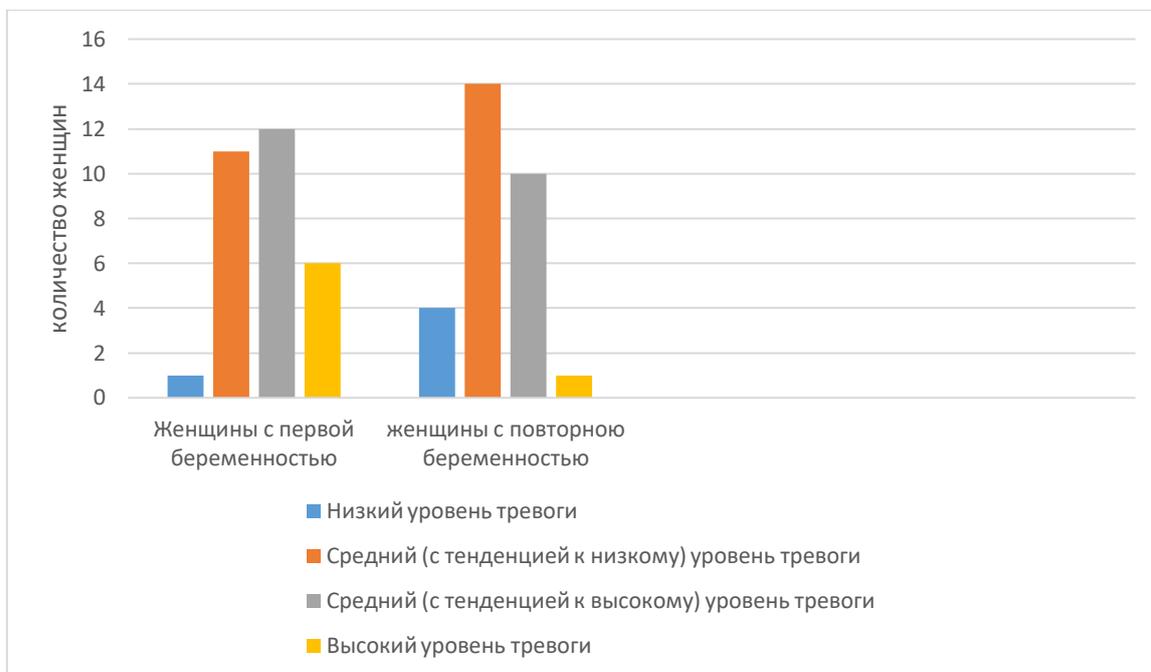


Рис. 1. Распределение выборочной совокупности испытуемых по показателям уровня тревожности по методике Дж.Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова)

По результатам методики измерения уровня тревожности Дж. Тейлора можно сказать, что 20% женщин в первой группе и 3% во второй группе имеют высокий уровень тревожности. Женщины испытывают беспокойство, раздражительность, эмоциональную нестабильность, плач, страх, беспокойство, напряжение.

Средний уровень тревожности (с тенденцией к повышению) зафиксирован у 40% женщин первой группы и 34% женщин второй группы. Беременные женщины испытывают тревогу по поводу предстоящих родов, тревогу за малыша, за свое здоровье.

Средний (склонный к низкому) уровень тревожности наблюдается у 37% женщин первой группы и 47% женщин второй группы.

Низкий уровень тревожности выявили 3% женщин из первой наблюдаемой нами группы и 16% женщин из второй группы. Беременные с низким уровнем тревожности обычно спокойны, эмоционально устойчивы и готовы к предстоящим радостным событиям в своей жизни.

Таким образом, основываясь на данных исследований, можно сделать вывод, что беременные женщины, независимо от количества беременностей (первой или повторной), в той или иной степени испытывают тревогу. Это вызвано множеством изменений (гормональных, физиологических, психологических и др.), которые происходят в жизни и организме женщины во время беременности. Следует отметить, что самый высокий уровень тревожности наблюдается у беременных с первой беременностью и менее выражен у женщин с повторной беременностью при условии, что их первая беременность закончилась успешно.

Реактивная или ситуативная тревога характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, тревогой, тревогой, нервозностью.

Это состояние нестабильно во времени и проявляется с различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации.

Таким образом, значение результирующего показателя по этой шкале позволяет оценить не только уровень реальной тревожности испытуемого, но и определить, находится ли он под влиянием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого влияния.

Личностная тревожность характеризуется конституциональной особенностью, которая склонна воспринимать относительно широкий спектр ситуаций как опасные и угрожающие, отвечая на каждую из них ответной реакцией. Как предрасположенность, личная тревога активизируется, когда определенные стимулы воспринимаются как опасные для самооценки и самоуважения. При высокой личной тревожности каждая из этих ситуаций будет иметь стрессовый эффект и вызывать беспокойство у субъекта. Очень высокий показатель личной тревожности напрямую коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональных и невротических расстройств и психосоматических заболеваний.

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики оценки тревожности по шкале тревоги Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) представлены в приложении 4.

Проанализируем результаты, полученные по итогам проведения диагностики уровня реактивной и личностной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями.

Результаты исследования уровня реактивной и личностной тревожности испытуемых представлены в таблице 5 и в таблице 6.

Таблица 3. Результаты исследования уровня тревожности женщин с первой беременностью (методика «Шкала самооценки» Ч.Д. Спилбергера, адаптация Ю.Л. Ханина)

Показатели	Низкая тревожность		Средняя тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%
Реактивная тревожность	9	30	20	67	1	3
Личностная тревожность	2	7	22	73	6	20

При обработке данных выявленных по методике Ч.Д. Спилбергера мы получили следующие результаты:

- низкий показатель личностной тревожности был выявлен у 7% женщин первой группы;
- умеренный уровень личностной тревожности у 73% женщин и высокая личностная тревожность была отмечена у 20% женщин с первой беременностью.

Показатели уровня реактивной тревожности испытуемых первой группы выглядят следующим образом:

- низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 30% женщин;
- средний уровень реактивной тревожности отмечен у большинства женщин и в процентном соотношении составляет 67% женщин;
- высокая реактивная тревожность выявлена у 3% женщин;
- высокая ситуативная тревожность у 15% женщин.

Рассмотрим показатели личностной и реактивной тревожности женщин старше 30 лет с повторными беременностями.

Таблица 4. Результаты исследования уровня тревожности беременных женщин с повторными беременностями (методика «Шкала самооценки» Ч.Д. Спилбергера, адаптация Ю.Л. Ханина)

Показатели	Низкая тревожность		Средняя тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%
Реактивная тревожность	17	57	13	43	–	–
Личностная тревожность	2	7	27	90	1	3

При анализе данных, представленных в таблице 6, мы видим, что низкая реактивная тревожность наблюдается у 57% женщин с повторной беременностью, средний уровень реактивной тревожности зафиксирован у 43% женщин. Проявления высокой реактивной тревожности в этой группе испытуемых не выявлено. Низкая личная тревожность была отмечена у 7% женщин, средние показатели уровня личной тревожности были обнаружены у 90% испытуемых, а высокий уровень личной тревожности был отмечен у 3% испытуемых в этой выборке.

Сравнение результатов, полученных в ходе испытаний, схематично показано на рисунке 2.



Рис. 2. Распределение выборочной совокупности испытуемых по уровню реактивной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга (адаптация Ю.Л. Ханина)

Рисунок 2 отражает уровень реактивной и личностной тревожности женщин с первой и повторными беременностями.

По результатам проведенной методики измерения уровня личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера, мы можем сказать, что 30% женщин с первой беременностью и 57% женщин со второй беременностью имеют низкий показатель реактивной тревожности. Женщины отмечают эмоциональную стабильность и слабо выраженные тревожные переживания. Средний уровень реактивной тревожности отмечен у 67% женщин с первой беременностью и у 43% женщин со второй. Беременные женщины испытывают тревожные переживания, связанные с предстоящими родами и подготовленности к появлению ребенка.

Высокий уровень ситуативной тревожности наблюдается лишь у 3% женщин с первой беременностью. Испытуемая проявляет тревогу, связанную с предстоящими родами, возможными осложнениями, собственным здоровьем и здоровьем ребенка.

Низкий уровень личностной тревожности был выявлен у 7% женщин с первой беременностью и 7% женщин со второй беременностью. Беременные женщины с низким уровнем тревожности в целом эмоционально стабильны и готовы к предстоящим радостным событиям в их жизни.

Средний уровень личностной тревожности выявлен у 73% женщин, испытуемых с первой беременностью и у 90% женщин испытуемых с повторными беременностями.

Высокая личностная тревожность отмечена у 20% женщин испытуемых с первой беременностью и у 3% женщин с повторной. Женщины с первой беременностью проявляют тревожные переживания, связанные с неизвестностью во время родов, неизбежной боли во время них, здоровьем

ребенка и др. Женщина с повторной беременностью испытывает тревогу касательно возможных осложнений в родах, взаимоотношений старшего ребенка с новорожденным, сил и возможностей для воспитания двух детей, возрастного фактора и др.

Таким образом, по результатам исследования личностной и реактивной тревожности, мы можем сделать вывод, что всем беременным женщинам, свойственна тревожность. Высокий уровень личностной и реактивной тревоги наблюдается у женщин с первой беременностью чаще, и менее выражен у женщин с повторными беременностями, при условии, что их первая беременность имела благополучное завершение.

Целью статистического анализа данных, является обнаружение достоверных различий в уровне тревожности женщин с первой и повторными беременностями.

Для статистического анализа полученных данных, мы использовали U – критерий Манна-Уитни, который позволяет нам выявить различия между двумя независимыми выборками.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные были нами проанализированы по следующему алгоритму:

1. Разделение полученных результатов на две выборки по признаку количества беременности (первая или повторные беременности).
2. Разделение каждой выборки женщин с первой и повторными беременностями на выборки по признаку выявленного уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова).
3. Разделение каждой выборки женщин с первой и повторными беременностями на выборки по признаку оценки уровня личностной и реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).
4. Сравнение показателей уровня тревожности внутри каждой выборки женщин с первой и повторными беременностями.

Таким образом, нами выделены две независимые выборки по признаку уровня тревожности женщин с первой и повторными беременностями: уровень тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчина) и уровень личностной и реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

Первым шагом статистического анализа производилось сравнение показателей уровня тревожности по методике Дж.Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова) между выборками женщин с первой и повторными беременностями. Показатели индивидуального уровня тревожности женщин с первой и повторными беременностями представлены в приложении 5.

Сформулируем статистические гипотезы анализа данных.

Так, H_0 – значимые различия в показателях уровня тревожности по методике Дж. Тейлор в исследуемых выборках отсутствуют.

H_1 – существуют значимые различия в показателях уровня тревожности по методике Дж. Тейлор в исследуемых выборках.

В результате произведенных расчетов при помощи U – критерия Манна-Уитни, $U_{расч.} = 258,5$ при критических значениях $U_{крит.} = 292$ при ($p \leq 0,01$) и $U_{крит.} = 338$ при ($p \leq 0,05$), принимаем H_1 , что свидетельствует о достоверном уровне различий между показателями уровня тревожности в исследуемых выборках на уровне $p \leq 0,01$. На основании полученного результата мы можем сделать вывод о том, что существуют значимые различия в уровне тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями. У женщин с первой беременностью отмечается более высокий уровень тревожности, у женщин с повторными беременностями отмечаются более низкие показатели уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова).

Следующим шагом мы обратились к сравнению показателей уровня личностной тревожности женщин с первой и последующими беременностями по методике измерения уровня тревожности

Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина). Индивидуальные показатели уровня личностной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями представлены в таблице 1.

Так, H_0 – значимые различия в показателях уровня личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в исследуемых выборках отсутствуют.

H_1 – существуют значимые различия в показателях уровня личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в исследуемых выборках.

В результате произведенных нами расчетов было выявлено, что $U_{расч.} = 329$, при критических значениях $U_{крит.} = 338$ при ($p \leq 0,05$) и $U_{крит.} = 292$ при ($p \leq 0,01$), принимаем H_1 , что свидетельствует о достоверном уровне различий между показателями уровня личностной тревожности в исследуемых выборках на уровне $p \leq 0,05$. Таким образом, на основании полученного результата мы можем сделать вывод о том, что существуют достоверные различия в уровне личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в выборках беременных женщин с первой и повторными беременностями. У женщин с первой беременностью отмечается более высокий уровень личностной тревожности, у женщин с повторными беременностями отмечаются более низкие показатели уровня личностной тревожности по методике измерения тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

Так, следующим шагом статистического анализа данных явилось сравнение показателей уровня реактивной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями. Показатели уровня реактивной тревожности в исследуемых выборках представлены в таблице 1.

Так, H_0 – значимые различия в показателях уровня реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в исследуемых выборках отсутствуют.

H1 – существуют значимые различия в показателях уровня реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в исследуемых выборках.

В результате произведенных расчетов нами было выявлено, что $U_{расч.} = 369,5$, при критических значениях $U_{крит.} = 292$ при ($p \leq 0,01$) и $U_{крит.} = 338$ при ($p \leq 0,05$), принимаем H_0 , что свидетельствует об отсутствии статистически значимых достоверных различий в показателях уровня реактивной тревожности в исследуемых выборках.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что уровень реактивной тревожности у женщин с первой беременностью не отличается от уровня реактивной тревожности у женщин с повторной беременностью и имеет такие же средние показатели.

На основании анализа наших данных можно констатировать, что у женщин с первой беременностью уровень тревожности выше, чем у женщин с повторной беременностью. Также был обнаружен более высокий уровень личной тревожности у женщин с первой беременностью по сравнению с уровнем личной тревожности у женщин с повторной беременностью. Существенных различий в степени реактивной тревожности у женщин с первой и повторной беременностью нет. Уровень реактивной тревожности имеет средние значения как у женщин с первой беременностью, так и у женщин с повторными беременностями.

Выводы по 2 главе

1. С целью изучения тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями нами было проведено исследование.

Эмпирической базой для исследования послужила женская консультация при роддоме № 2 Свердловского района г. Красноярск.

В исследовании приняли участие 30 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком и 30 женщин, вставших на учет по беременности вторым и последующими детьми.

Важным условием отбора для исследования являлось: наличие в анамнезе благополучного перинатального исхода при первой беременности для женщин с повторными беременностями.

2. В ходе экспериментального изучения тревожности у беременных с первой и повторными беременностями нами были получены следующие результаты.

3. Результаты анализа уровня тревожности женщин с первой и повторными беременностями «Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова мы видим, что 20% женщин из первой группы и 3% из второй группы имеют высокий показатель уровня тревожности. Женщины отмечают тревогу, раздражительность, эмоциональную нестабильность, плаксивость, страхи, тревожные переживания, напряженность.

Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности отмечен у 40% женщин из первой группы и 34% женщин из второй. Беременные женщины испытывают чувство тревоги перед предстоящими впереди родам, тревогу за ребенка, за собственное здоровье. С увеличением возраста женщины возрастает риск патологических состояний.

Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревожности наблюдается у 37% женщин из первой группы и 47% женщин из второй группы.

Низкий уровень тревожности выявлен 3% женщина из первой наблюдаемой нами группы и 16% женщин из второй группы. Беременные женщины с низким уровнем тревожности в целом спокойны, эмоционально стабильны и готовы к предстоящим радостным событиям в их жизни.

Таким образом, основываясь на данных исследования, мы можем сделать вывод, что беременным женщинам, независимо от количества их беременностей (первая или повторные), свойственно переживание тревоги в той или иной степени выраженности.

4. По результатам проведенной методики измерения уровня личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера, мы можем сказать, что 30% женщин из первой группы и 57% женщин из второй группы имеют низкий показатель реактивной тревожности. Женщины отмечают эмоциональную стабильность и слабо выраженные тревожные переживания.

Средний уровень реактивной тревожности отмечен у 67% женщин из первой группы и у 43% женщин из второй. Беременные женщины испытывают тревожные переживания, связанные с предстоящими родами и подготовленности к появлению ребенка.

5. Высокий уровень ситуативной тревожности наблюдается лишь у 3% женщин из первой группы. Испытуемая проявляет тревогу, связанную с предстоящими родами, возможными осложнениями, собственным здоровьем и здоровьем ребенка.

Низкий уровень личностной тревожности был выявлен у 7% женщин из первой наблюдаемой нами группы и 7% женщин из второй группы. Беременные женщины с низким уровнем тревожности в целом эмоционально стабильны и готовы к предстоящим радостным событиям в их жизни.

Средний уровень личностной тревожности выявлен у 73% женщин, испытываемых с первой беременностью и у 90% женщин испытываемых с повторными беременностями.

Высокая личностная тревожность отмечена у 20% женщин испытываемых с первой беременностью и у 3% женщин с повторной.

Таким образом, по результатам исследования личностной и реактивной тревожности, мы можем сделать вывод, что всем беременным женщинам, свойственна тревожность. Высокий уровень личностной и реактивной тревоги наблюдается у женщин с первой беременностью чаще, и менее выражен у женщин с повторными беременностями, при условии, что их первая беременность имела благополучное завершение.

Глава III. Методические рекомендации по коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

3.1. Научно-методические основы коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Уникальность состояния беременности трудно переоценить. Этот период является всегда значимым, неповторимым, непохожим ни на какие другие периоды жизни женщины. Мать является первой вселенной ребенка, его «живой основой» как с материальной, так и с психической точки зрения. Мать является посредником между внешним миром и ребенком, который непрерывно и чутко улавливает ощущения, чувства матери как реакцию на окружающий мир.

Любовь, с которой женщина вынашивает ребенка, мысли, связанные с его появлением, богатство общения, которое мать делит с ним, – все это оказывает влияние на развивающуюся психику ребенка и его клеточную память, формируя основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей последующей его жизни. Так, влияние на исход беременности и рождение ребенка начинается с момента зачатия на уровне генной памяти

[15, с. 38].

Беспокойство во время беременности - это нормально, но только в том случае, если беспокойство не ставит под угрозу здоровье ребенка и психическое здоровье матери. Некоторое беспокойство можно снять, расширив круг своих знаний о беременности, особенностях ее течения, о будущих родах и т. Д. Тревожные переживания беременных женщин можно уменьшить, обратившись за советом и помощью к акушеру-гинекологу, наблюдающему за беременностью, психологу и другим специалистам. ...

Исследования приближающегося материнства показали, что беременность и роды легче проходят женщинам, имеющим специальную психологическую подготовку.

Роды должны проходить в состоянии максимального расслабления и уверенности в происходящем. Женщине важно заранее научиться расслабляться и правильно дышать во время родов и родов. Психотерапевтическое сообщество в настоящее время реализует различные программы психологической подготовки беременных женщин и их семей к родам.

Цель психологической подготовки к предстоящим родам - помочь будущим родителям получить самые важные знания о течении беременности, развитии ребенка, роли родителей в этом процессе, подготовить их к предстоящим родам и дальнейшему воспитанию счастливого ребенка.

Такое обучение проводят различные медицинские и психологические организации, а также неформальные объединения родителей и отдельных практикующих специалистов (психологи, акушеры и др.). Такая подготовка включает в себя обязательное обучение техникам релаксации, правильному дыханию, регулированию эмоционального состояния человека, гимнастике, повышению компетентности родителей, различным творческим формам деятельности, приобретению различных навыков и знаний для положительной беременности, облегчению родов и т. д. Различные формы групповой работы используются для развития творческих способностей, личностного роста, развития эмоциональной сферы, избавления от различных страхов и тревог, развития образа ребенка, его ожиданий от родов, использования методов дородового обучения и установления взаимодействия между матерью и ребенком во время беременности.

Формами оказания психологической помощи беременным женщинам являются:

1. Индивидуальные консультации психолога.
2. Групповые занятия по психологической подготовке к предстоящим родам и счастливому материнству, тренинги и упражнения для достижения чувства уверенности и внутренней гармонии, тренинги направленные на

снижение тревожности и формирование положительного эмоционального состояния в период беременности и предстоящих родов.

3. Просветительская работа с беременными женщинами и с семейными парами по вопросам беременности, взаимоотношений с семьей и предстоящих родов.

Направление работы:

- 1) консультационное;
- 2) диагностическое;
- 3) психокоррекционное;
- 4) профилактическое.

Занятия в этих школах проходят в группах, часто вместе для будущих родителей. Конечно, сюда входят различные методы арт-терапии, бодитерапии, музыкальной терапии и т. д.

Были разработаны некоторые оригинальные методы, такие как рисование изображения ребенка и его ожиданий родов с помощью медитации, рисования, коллажей и других творческих занятий, групповое обсуждение вопросов беременности и родов, изучение голоса рождения, пение лунатизма и т. д.

«Школа для беременных» включена в стандарт оказания психологической помощи женщинам на протяжении всей беременности и организована в центрах дородового консультирования для предотвращения родов у беременных. На занятиях в школе для беременных женщин информируют об изменениях в ее организме во время беременности, они учат их различным методам дыхания и релаксации, их также информируют о правильном и здоровом питании во время беременности, они рассказывают о факторах, которые влияют на ее развитие и развитие ребенка и т. д.

Психолого-педагогическая помощь при подготовке к родам включает:

- 1) научение женщины родовому поведению (наиболее комфортные и удобные позы, правильное дыхание во время схваток и родов, голос во время родов, водные процедуры, массаж и др.);

- 2) обучение семейной пары методам само регуляции и самоконтроля;
- 3) способность активизации ранее не используемого творческого потенциала;
- 4) обучение правилам ухода за ребёнком и его раннему воспитанию и др.

Целью психологического тренинга является формирование у женщины психологического отношения к успешному перинатальному завершению беременности, поддержка чувств осознанного материнства, отцовства через формирование духовно-психологической связи между будущими родителями и ребенком в утробе матери.

Очень важный этап - это формирование у будущей мамы ответственного отношения к беременности, процессу родов и дальнейшему воспитанию ребенка.

Ознакомление женщин с основными понятиями и физиологическими процессами во время беременности и родов. Знакомство с особенностями режима, питания, обучение соблюдению правил гигиены во время беременности, родов и в послеродовой период, обучение правилам ухода за новорожденным и т. д.

Занятия для беременных до 20 недель беременности построены так, чтобы максимально вовлечь женщину во внутреннюю духовную работу, укрепить интуитивную и эмоциональную связь с будущим ребенком, настроиться на уверенность в себе, ее мужа и других, избавиться от негативных, беспокоящих мыслей и переживаний.

Занятия для беременных с гестационным возрастом от 20 до 40 недель основаны в основном на развитии технологий, управляющих процессом родов с помощью дыхательных упражнений, массажа, различных методов расслабления и телесно-ориентированных техник. Психологическая работа также продолжает снижать тревожность, устранять страхи перед приближающимися родами, уменьшать боль с помощью йога-терапии и

проводить курсы, направленные на позитивное планирование процесса родов.

Важным является обучение регулированию дыхания: грудное, брюшное, смешанное, телесно-ориентированные упражнения на напряжение и расслабление мускулатуры тела, для постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. Научению женщины различать знаки, которые подает ее организм, адекватному реагированию на них и обязательному умению их контролировать.

Занятия с будущими отцами, которые проявляют желание участвовать и помогать своим супругам во время родов начинается с психологической адаптации отношения мужчин к восприятию самого родового процесса. Далее проводится обучение техникам дыхания, техникам поддержки, массажу и др.

Индивидуальная работа психолога с женщинами и мужчинами предполагает проработку различных напряженных ситуаций и тревожных переживаний в семье.

Таким образом, психологическая помощь во время беременности и предстоящих родах имеет огромное значение как для здоровья матери, так и для здоровья ребенка, а также формирования доверительных, гармоничных отношений между будущими родителями и ребенком.

Психологическое сопровождение беременных женщин в рамках работы «Школы материнства».

Содержание занятий

1. Ознакомление с телесно-ориентированными техниками для беременных (знакомство с техникой самомассажа, видами дыхания, рекомендованными во время родов, родов).
2. Обучение релаксации и техникам релаксации.
3. Работа с психоэмоциональным состоянием беременных с использованием методов арт-терапии (составление тематических коллажей, визуальная техника «клякса, каракули»), метод.

«Мандолы» и др.).

4. Лекционный материал по интересующим вопросам.

Занятия «Школы материнства» проходят в Женской консультации, один раз в неделю, в первой половине дня (с 14 часов), продолжительностью 1 час 30 мин. Максимальное количество присутствующих на групповых занятиях 10 человек.

Приведем примеры занятий.

Занятие 1. Занятие ориентировано на первоначальное знакомство и первоначальную постановку задачи.

Задача ведущего: познакомиться с участниками группы.

Цель участников: научиться ценить каждый момент своей жизни, принимать себя таким, какой вы есть сейчас, и научиться управлять своими эмоциями.

1. Упражнение на групповое сплочение «Ромашка».

Цель упражнения: помочь участникам самостоятельно оценить свои знания о периоде беременности, процессе родов и развитии ребенка.

Инструкция: Ведущий условно очерчивает несколько кружков. В центре должны находиться все члены группы, которые осознают, что в их жизни есть беременность, но еще не полностью понимают, что делать дальше; в центре должны находиться те участники, которые имеют представление о процессе беременности (например, физиология, профилактика осложнения в организме). период беременности, родов и т. д.), в следующем круге будут те, кто владеет знаниями психологии беременности и родов, в следующем круге - те, кто понимает, как формируется и развивается ребенок до момента рождения и самый большой круг для тех, кто уже знает, как быть хорошими мамой и отцом. После выполнения упражнения группа обсудит его по следующей схеме: почему я выбрала именно этот круг для себя? какие круги не отображаются, но имею ли я о них представление? Особое внимание следует обратить на вопрос, находится ли пара, присутствующая в классе, в одном круге.

2. Упражнение «Три плана» направлено на понимание и принятие себя.

Цель этого упражнения - научиться сосредотачиваться на своих чувствах, научиться отделять их от мыслей и внешнего мира. Это упражнение хорошо работает, когда беременная получает «новое я».

Инструкция. Упражнение выполняется в парах. Члены пары садятся друг напротив друга и закрывают глаза на одну-две минуты. Задача участников - максимально полно ощутить внешнее воздействие: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные ощущения. Затем члены пары поделаются друг с другом своими переживаниями, начиная со слов: «На внешнем плане я почувствовал ...». Участники снова закрывают глаза и на несколько минут сосредотачивают свое внимание только на чувствах, исходящих от собственного тела, пытаясь почувствовать и максимально осознавать свои мышечные боли, напряжение и т. д. (Беременные женщины в этот момент могут почувствовать движение ребенка внутри себя). Через минуту они говорят друг с другом об этом и начинают со слов: «Внутри себя я почувствовала...». Затем они говорят о мыслях, сопровождавших вышеуказанные восприятия, начиная со слов:

«В это время я думала о ...». Упражнение обсуждается по кругу по схеме: что было легче сформулировать чувства или мысли? Было ли формирование восприятий на внешнем и внутреннем планах выражением чувств или могло быть выражением мыслей?

3. Телесно-ориентированные упражнения и аутотренинг.

В середине беременности (от 16 до 24 недель) женщинам рекомендуется изменить схему лечения в сторону большей активности, так как этот период наиболее опасен из-за возможного возникновения урологических осложнений беременности, связанных с нарушением оттока почек. Поэтому вам следует в этот период беременности быть более прямолинейным, а также увеличить продолжительность и частоту прогулок на свежем воздухе.

4. Упражнение «Печка».

Целью данного упражнения является закрепление навыков преднамеренного усиления ощущения тепла собственного тела.

Инструкция: Участникам предлагается следующая формула порядка, чтобы вызвать ощущение тепла в животе: «Я действительно хочу, чтобы мой живот согревался приятным глубоким светом. Хочу, чтобы живот согревался приятным глубоким светом. Живот приятно прогрел. Желудок нагревается. «Требуется не только простое повторение формулы, но и ее эмоциональное переживание. Этот урок фактически готовит беременную женщину к тренировке внутренних органов, выполнение команды предназначено для органов брюшной полости.

Далее следует обсуждение результатов работы. Этот этап работы - очень важный.

Цель состоит в том, чтобы получить обратную связь от членов группы, дать им возможность выразить свои чувства, мысли, ожидания и пожелания, возникшие во время урока, и дать им почувствовать, что их мнения и впечатления важны для всех.

Занятие 2. Упражнение «Мой мир» направлено на групповое сплочение.

Цель этого упражнения - научиться четко формулировать возникающие проблемы, уметь сообщать о них другим членам группы и выслушивать их позицию.

Инструкция. Ведущий предлагает участникам группы самостоятельно создать таблицу (схему) возможных страхов, боязней и опасений беременной женщины и ориентировочные пути их устранения. Допускается и «мозговой штурм», и работа в тройках-четверках с последующим обсуждением результатов в группе. Можно разделить группу на подгруппы и дать задание каждой подгруппе составить таблицу по какому-то определенному конструкту «мира беременной женщины». Можно рассмотреть конструкты:

«Я» и значимое окружение, «Я» и отец будущего ребенка, «Я» и моя идеальная самость, «Я» и «Я» – мне ненавистное, «Я» и будущий ребенок, «Я» и профессиональная среда и т.п. Ведущий должен следить за тем, чтобы в подгруппах не было участников из одной пары. После выполнения задания

происходит совместное, групповое обсуждение результатов работы каждой подгруппы.

1. Телесно-ориентированные упражнения. Упражнение «Сердце, тебе не хочется покоя...».

Целью упражнения является научение саморегуляции сердечной деятельности.

Инструкция. Упражнение начинается с повторения предыдущих упражнений. Сосредоточьтесь на левой руке и представьте, как она висит и ныряет в ванну с теплой водой. Уровень воды в пальцах постепенно нагревается от теплой до приятно горячей. Теплая волна выходит из руки, и в левой половине груди появляется ощущение тепла. Ощущение тепла в левой руке сопровождается расширением коронарных сосудов сердца, что улучшает питание сердечной мышцы.

2. Анализ видеоматериалов, связанных с темой беременности и родов.

Цель состоит в том, чтобы удовлетворить информационный голод и дать возможность членам группы выступать в качестве экспертов.

На этом этапе лучше использовать фильмы о внутриутробном развитии ребенка. Если таких фильмов нет, модератор может делать презентации (слайды), которые отражают формирование ребенка и рассказывают о еженедельных изменениях характеристик ребенка. Перед просмотром роликов ведущий предлагает сесть поудобнее, чтобы пары обнялись и задумались обо всем, что происходит «снаружи» и «внутри», при этом мысленно поддерживая друг друга и помогая своему ребенку.

Например, так может звучать описание и рекомендации к 20 неделе беременности: «Вы прошли срединную отметку Вашей беременности! Примите наши поздравления и с радостью примите от супруга подарок – Вы его, несомненно, заслужили! Ваш ребенок (Важно! нельзя, обращаясь к будущей матери, употреблять термин «плод», говоря о будущем ребенке) еще перемещается внутри матки как ему вздумается. Это значит, что сегодня он может оставаться вверх ногами, завтра утром - спать параллельно

поверхности пола, а вечером - подпереть дно матки головой. При этом ваши чувства совершенно не волнуют самоотверженно падающее потомство. Ребенок обычно останавливается в одном из этих положений (акушеры называют их предлежанием) в конце этого триместра беременности. Хотя некоторые мертворожденные младенцы допускают свободное передвижение гораздо позже. (На этом этапе модератор может предложить паре, если не произвольно, положить руки на живот будущей мамы и пощупать ребенка, можно почувствовать именно такой, какой он сейчас).

Начиная с этой недели устраивайте «концерты по заявкам слушателей». Привлекайте будущего папу, потому что дети гораздо лучше различают низкие звуки, в то время как голос мамы ассоциируют со своим. Совсем не обязательно, обращаясь к малышу говорить: «Я твой папа», т.к. эти слова пока не несут смысловой нагрузки, можно просто напевать, декламировать стихи или разговаривать с ребенком, пытаясь донести основное – Вашу безграничную родительскую любовь».

Обсуждение результатов проделанной работы - важная и неотъемлемая часть любой встречи. Необходимо слушать всех участников группы. Основанием для обсуждения могут стать следующие вопросы: «Что нового вы узнали о себе и себе сегодня?», «Что вы извлекли из занятия?», «Считаете ли вы наше занятие полезным сегодня?» и т.п.

Занятие 3. Упражнение на групповое сплочение и принятие себя. Упражнение под названием «Цветик – семицветик». Одна из *целей* самонаблюдения - почувствовать центр, сущность своего собственного «я», укрепить его, чтобы оно могло разрешать конфликты между субличностью.

Инструкция. Высказывайте свои желания. Важно сначала записать все, о чем вы можете подумать. Не забудьте включить в список то, что у вас уже есть и что вы хотели бы иметь в будущем (конечно, речь не идет о вещах или подарках).

Рефлексивный анализ групповой работы. Самые частые желания:

- Будь хорошими родителями;
- не болеть, и чтобы не болел никто из важных людей;
- иметь достаточные финансовые ресурсы для обеспечения будущего детей;
- Любить;
- Быть любимым и т. д.

Затем участники группы зачитывают по кругу свои списки.

Теперь сосредоточьтесь на том, что вы чувствовали, когда читали список. Есть ли у вас субличность, которая осуждает людей, у которых есть желания, которых у вас нет или которые не имеют отношения к вам?

Просмотрите список и выберите 5–6 самых важных пожеланий. Может быть, теперь, когда вы слушали других участников группы, вы хотели что-то изменить в своем? А теперь выберите Ваши самые важные желания, и не включайте те, которым может отдать предпочтение Ваша субличность «Что Подумают Люди?».

На листе бумаги начертите круг. Внутри нарисуйте круг поменьше. В результате получилось кольцо, средняя часть которого отражает ваше «Я». И поместите 5-6 субличностей в сам круг, которые, по вашему мнению, являются носителями ваших основных желаний. Нарисуйте (желательно нарисовать рисунок на листе белой бумаги цветными карандашами или красками) символы, отражающие ваши пожелания. Когда вы закончите рисовать, назовите каждую субличность своим именем. Важно придумать свои собственные значимые имена. Теперь раскрасьте себя.

1. Телесно-ориентированные упражнения. Упражнение «Разве сердцу не прикажешь...?». Во время упражнения можно использовать музыкальное сопровождение со спокойной, негромкой, расслабляющей музыкой.

Цель упражнения: научиться саморегуляции сердечной деятельности.

Инструкция. Нужно представить, что в левой руке Вы держите теннисный мяч.

По команде ведущего начинается мысленное сжатие его в ритме дыхания. При глубоком вдохе мяч мысленно сжимается, при медленном выдохе –

разжимается. Темп движения кисти ускоряют, а ритм дыхания прежний. Движения продолжаются 2 минуты. Обычно после упражнений появляется ощущение легкой мышечной усталости в левой руке и выраженного тепла с распространением на левую половину грудной клетки.

2. Упражнение «Лебединое озеро» (по методике Айседоры Дункан).

Инструкция. Здесь необходимо подчеркнуть, что если в первом упражнении музыкальное сопровождение было направлено на релаксацию, то в данном упражнении музыка должна быть достаточно эмоционально насыщенной (проконсультироваться в врачом), адресованной будущему ребенку. О том, какую лучше использовать музыку, желательно заранее уточнить у участников группы.

Танец как культурная форма самовыражения несет в себе целую терапевтическую программу:

1. Он содержит волшебно-наводящий момент, человек «Восторженно теряется в танце».

2. Демонстрирует символами типичные коллективные человеческие ситуации с «эмоционально-жизненными акцентами».

3. Упражнение «Азбука тела».

Целью упражнения является научение расслаблению.

Занятие 4. На занятии беременным женщинам предлагается нарисовать рисунок под названием «Я и мой ребенок». Методика «Я и мой ребенок», предложенная и апробированная Г.Г. Филипповой, с целью выявления особенностей переживания беременности и самой ситуации материнства, восприятия себя и своего ребенка, ценности этого ребенка. Проводится структурированное интервью.

Результаты методики позволят разделить участников тестирования на четыре группы по оценке содержания родительской сферы: благоприятная ситуация; незначительные симптомы беспокойства; наличие тревоги и неуверенности в себе и конфликта с беременностью или материнством.

Занятие 5. Проективная методика «Мое настроение» (беременным женщинам предлагается изобразить на бумаге своё настроение так, как они себе его представляют, в любых образах, после чего в группе происходит обмен впечатлениями по каждому рисунку). Эта методика, как и весь лекционный материал, направлена на то, чтобы беременная женщина прислушивалась к себе и привлекала внимание к своим эмоциям, а затем начала более внимательно прислушиваться к изменениям, которые произойдут с ее телом. В конечном итоге это выводит переживание этих изменений на сознательный уровень.

Упражнение «Выкинь свою проблему».

Беременным женщинам предлагается написать свою проблему (переживание тревоги) на листе бумаги, ведущий собирает все буквы и вместе они предлагают различные способы решения сложных ситуаций. Затем брезент можно сложить и бросить в корзину.

Известно, что визуализация страха - это 50% успеха в его решении.

Проявив страх и перенеся его на бумагу, беременная снимает психофизиологический стресс. Особенностью этого направления является специфический психологический механизм, творческая деятельность, в которой беременная женщина проявляет себя как человеческое существо в самых разнообразных связях и структурах. Итак, есть несколько упражнений, которые выполняются в рамках арт-терапии:

1. «Это мой страх!» Испытуемую просят в свободной форме описать свой страх, тревогу и подробно описать их до мельчайших деталей. Таким образом, есть осознание и изучение состояний тревоги, их вербализация, которые заставляют беременную женщину выразить поведенческую стратегию в текущей ситуации тревоги.

2. «Действия со страхом». Как и в предыдущем задании, испытуемые демонстрируют свой страх, но вместо описательных характеристик они должны придумать, что они конкретно хотят сделать с этим изображением:

раздавить, сжечь, бросить, разрезать, разорвать, намочить, зарисовать изображение и так далее.

Такие действия направлены на то, чтобы на подсознательном уровне избавиться от страхов, тревог и переживаний. В таком случае подсознание женщины запоминает алгоритм поведения при возникновении этого страха, и реакция на него будет иной, более мягкой и менее выраженной, чем раньше.

3. «Тематический коллаж». Составление коллажей на позитивные темы: «Детство», «Наша семья», «Гармония», «Счастье», «Мир» и т.д.

4. «Кляксы, каракули». Этот визуальный прием в сочетании с музыкальным сопровождением пробуждает человека к самопознанию, изучению собственного эмоционального состояния и развитию творческого потенциала. Участникам предлагается выбрать бумажные и визуальные инструменты по своему выбору, затем внимательно послушать музыку (попытаться уловить и почувствовать ритм и настроение музыкального произведения), представить образ, упомянутый в произведении, и выразить его выразительно (с помощью каракулей), пятна, точки, отпечатки) и т. д.). Далее следует фаза обсуждения в группе (надо отметить, что оказалось, что анонсировали, что не удалось, рассказывают о своих впечатлениях от творческого процесса и эмоциональном климате в группе).

Арт-терапия применяется индивидуально или в группах.

Учитывая специфику беременности и женскую психологию в целом, групповые занятия для беременных будут более конструктивными и эмоционально позитивными, на которых женщина не будет чувствовать себя одинокой в своих страхах и тревогах, поймет, что переживают все беременные женщины, и ей будет легче справляться со своими страхами и тревогами. тревожные переживания и заботы. Арт-терапия - один из мягких и в то же время глубоких методов, находящихся на вооружении психологов и психотерапевтов.

Этот метод терапии можно отнести к довольно древней и естественной форме коррекции эмоциональных состояний, которую многие люди используют самостоятельно, а иногда и совершенно бессознательно для снятия накопленного психического напряжения, успокоения и концентрации.

Так что правое полушарие мозга активно участвует в творческом процессе. Современная цивилизация в основном использует систему вербальной коммуникации и левое «логическое» полушарие. Нормальное, полное и гармоничное развитие человека предполагает одинаковое развитие обоих полушарий и нормальное межполушарное взаимодействие. Кроме того, некоторые виды человеческой деятельности требуют только работы правого полушария - творчество, интуиция, культурное воспитание, формирование семьи, воспитание детей и многое другое. Методы арт-терапии обращаются к внутренним ресурсам человека, которые тесно связаны с его творческим потенциалом.

Так, в последнее время, широкую популярность в мире приобрел метод «Мандала».

Мандала - это санскритское слово, означающее «круг», «единство», «тоталитаризм». В материальном воплощении мандала представляет собой изображение круга, в который вписаны различные узоры и формы. Символ круга всегда считался особенным у всех национальностей. Ему приписывали способность исцелять душу, приводить в порядок свои мысли и чувства и многое другое.

Мандала издавна использовалась в различных культурах по всему миру для мистических, магических ритуалов, в храмовой росписи различных номиналов.

Например, индейцы делают круглые амулеты, защищающие психическое и физическое здоровье человека или племени в целом. Священный круг защищал в язычестве от злых духов, заклинаний, проклятий. Для тибетских монахов изготовление цветных песочных мандал - основная и самая продолжительная медитация за многие годы послушания в монастырях. На

изготовление таких мандал из цветного песка может уйти целая жизнь: если хотя бы одна песчинка упадет не в, то место, вся мандала разрушится, и работа по ее созданию начнется заново.

Изображение круга в таких далеких и разных культурах было посвящено одной цели - достижению безопасности, здоровья и духовной целостности. Это говорит о том, что эффективность мандалы как метода гармонизации человеческой жизни проверялась тысячелетиями и на расстояниях и сама по себе является отражением существующей модели мира, символом жизненного цикла и выражением стремления к гармонии.

В XX веке мандала проникла в европейскую ментальность благодаря австрийскому философу и психотерапевту, К.Г. Юнгу, который начал использовать эти изображения как способ диагностики, коррекции и регуляции внутренних психических процессов человека. Каждый день он делал в своем блокноте зарисовку круга и со временем заметил, что мандалы каждый день разные. Они отражали его состояние на момент «здесь и сейчас», являясь, таким образом, диагностами актуального душевного состояния.

Но более значимым стало другое открытие К.Г. Юнга. Анализируя рисунки душевнобольных, он заметил, что на них обычно используется изображение круга. Форма круга, кажется, сопровождает человека в его желании избавиться от болезней, исцелить, уравновесить, гармонизировать с единственным ритмом природы, вселенной. Это наблюдение означало, что мандала может использоваться не только для диагностики, но и для коррекции неблагоприятных психических состояний, для терапии и саморегуляции.

К.Г. Юнг заключил, что «мандала - это внутренняя целостность, которая стремится к гармонии и не терпит самообмана». Поэтому при использовании техники мандалы основной упор делается не на художественную составляющую, а на творческий порыв, максимальную искренность. И если в

вашей душе есть «каракули», не стоит прятать их в мандале за четкими и ровными линиями.

Основной целью метода «Мандалы» является:

- диагностика и коррекция конкретной проблемы;
- коррекция эмоционального состояния и нормализация поведения (пример, раскрашивание готовых мандал-раскрасок);
- изучение групповых взаимоотношений.

Возможности применения мандалы:

- при ощущении внутреннего дисбаланса;
- при проблемах с самооценкой;
- при страхе потери контроля над собой;
- при разной степени тревожных состояниях;
- при различной сложности семейных ситуаций;
- коррекции расстройств мелкой моторики и нервного напряжения;
- преодолении кризиса в развитии;
- стимуляции творческого потенциала и др.

Кроме того, как признает К.Г. Юнг, создание мандалы - довольно эффективный способ решения многих духовных проблем. В этом случае, действительно, каждый человек раскрывается независимо созерцанием и созиданием, в определенное время, карандашами или красками. Таким образом, работа с мандалами оказывается очень эффективной для широкого круга людей, желающих обрести внутреннюю и внешнюю гармонию.

Польза мандалы для беременных.

Беременные женщины с круглыми животами сами являются олицетворением живых мандал. Ведь именно в этот период жизни женщина особенно чувствительна и чувствительна, чутко начинает ощущать связь с едиными ритмами природы, со всеобщей гармонией и взаимосвязью всего сущего. Во время беременности женщина все больше эмоционально и

ментально погружается в себя, она является со-творцом своей вселенной, своего маленького мира внутри себя.

Во время беременности в теле и внутреннем мире женщины происходят грандиозные преобразования, красивые, но не всегда сразу идеально сочетающиеся с преобладающими привычками и представлениями женщин. В большинстве случаев мы недостаточно гибки, чтобы принимать как должное все, что происходит внутри и вокруг нас. Поэтому возникает нервное напряжение, которое переходит в беспокойство, раздражительность и другие неприятные ощущения.

Женщина может быть сознательной и понимающей, находя множество причин и причин своего плохого состояния здоровья и настроения, но вряд ли ей будет легче. Наконец, ее душевное состояние и ребенок внутри нее не всегда понимают язык рациональной логики, но общаются с ней языком символов, чувств, восприятий, инсайдов, озарений. И мандала соответствует этому внутреннему нежному движению и на языке творчества является инструментом общения с вашим ребенком, который все еще находится внутри женщины.

Поэтому в моменты стресса хорошо помнить о способности нашего тела в процессе саморегуляции и о различных вспомогательных способах коррекции эмоционального состояния, например, о мандале. Это поможет беременной женщине воссоединиться с глубокими слоями своего внутреннего мира, погрузиться в океан материнских чувств и эмоционально воссоединиться со своим младенцем, который все еще находится в утробе матери. Создание мандалы, в отличие от лечебных методов решения определенных трудностей во время беременности, абсолютно безвредно, не представляет угрозы и не имеет противопоказаний.

Во время создания мандалы психика беременной освобождается от напряжения и открывает ряд внутренних ресурсов. Однако нет необходимости создавать мандалу для эмоциональной интерпретации или устранения негативного опыта. Если у беременной отличное настроение и

хорошее самочувствие, ее внутреннее состояние требует творчества - вперед к творчеству! Так что мандалы, выполненные в таком благородном и позитивном состоянии, станут удивительным талисманом, положительным якорем для матери и ее ребенка. Ведь они наполнятся позитивной жизненной энергией, гармоничным эмоциональным зарядом, а в будущем, если женщина почувствует нехватку сил или чувство внутренней неуравновешенности, созерцание этой жизнерадостной мандалы станет отличным способом поправиться.

Процесс создания мандалы довольно прост. Для этого вам понадобится лист бумаги и различные художественные материалы: карандаши, краски, мелки, цветной песок, разноцветные бусины и т. Д. Прежде чем приступить к созданию своей уникальной работы, вам необходимо настроиться и войти в поток тонких внутренних ощущений, ощутить состояние бдительности и спонтанности, желание творчества, удобную и удобную позу, несколько непрерывных, плавных, глубоких вдохов и медленных выдохов, а также сосредоточиться на вибрации. любовь и нежность к себе и своему малышу.

Далее решите, что именно будет темой вашей мандалы:

Ваше текущее состояние или событие, которое формируется и должно произойти в будущем. Например, вы можете «представить» свое рождение, представить, как оно прошло, и отобразить на бумаге чувства, связанные с процессом рождения. После застывания возьмите карандаш или кисть и нарисуйте на листе круг. Лучше, если рисование круга будет выполнено вручную, без помощи вспомогательных средств. Затем посмотрите на свои ощущения во время закрепки и выберите цвет карандаша, соответствующий вашим желаниям. Осторожно, плавно поместите руку в круг мандалы, закройте глаза, мысленно отметьте центр и начните увлекательное «путешествие» на листе бумаги. Меняйте цвета при необходимости. В процессе самовыражения необходимо постараться отвлечь внимание от конкретного, объективного, образов и ощущений от эстетики и технических характеристик рисунка. Помните, что это не урок рисования, а ваш диалог с

вашим внутренним глубоким «Я». Продолжительность процесса создания мандалы зависит только от вас. Обратитесь к внутреннему состоянию, потому что именно ваши чувства станут главным признаком того, что процесс создания мандалы завершен.

Если женщина испытывает тревожные чувства и переживания при создании мандалы, отражающей процесс рождения, вы должны попытаться полностью перенести их на бумагу. Процесс создания мандалы может занять не один день, но пока не наступит чувство полного покоя и гармонии.

Таким образом, тренировочные задания и комплекс упражнений можно считать выполненными, если:

1. Беременные женщины отмечают о повышенной приспособляемости, повышенном чувстве безопасности и внутреннем чувстве мира и гармонии.

2. Женщины замечали положительные изменения в своих отношениях с важными для них людьми.

3. Большинство группы выражает желание участвовать в следующих мероприятиях.

3.2. Основные направления, содержание, формы и методы психологической коррекции тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Общие рекомендации

I триместр:

- По наблюдениям специалистов, желанные дети появляются на свет более крепкими и активно развиваются, еще будучи у мамы в животике. Поэтому как можно раньше определитесь со своим отношением к беременности.

- Если у вас присутствуют вредные привычки (никотин, алкоголь, никотин и др.) стоит от них отказаться.

- Максимально оздоровите свой организм. Пролечите все свои хронические заболевания, сведите их в стадию ремиссии. Если есть какая-либо острая патология, то приложите максимум усилий к ее устранению.
- Как можно скорее встаньте на учет в женскую консультацию.
- Остерегайтесь бесконтрольного приема лекарств.
- Будьте особо внимательны к себе. В это время любые психологические и физические перегрузки, недосыпание могут привести к нежелательным последствиям. Постарайтесь в этот период не перенапрягаться. Особенно полезен сон, во время которого кроваток через матку повышается в 5 раз. Если есть возможность, то ложитесь спать рано, отдыхайте днем. Если не хочется спать, можно просто полежать, расслабиться, отдохнуть. Постарайтесь больше отдыхать. Стремитесь помочь себе - регулярно слушайте приятную музыку, пойте, читайте детские книги.
- Оказывают благотворное влияние на общее самочувствие водные процедуры, например, комфортный душ. Если разрешает доктор, можно принимать теплую (не выше 37°C) ванну с настоем из трав или с добавленными эфирными маслами. Чай из мяты, мелиссы, лаванды, шиповника, боярышника или спорыша способны уменьшать возбудимость и раздражительность. В определенных случаях помогает ароматерапия, однако, при этом важно грамотно подобрать эфирные масла.
- Не очень желательны активные физические нагрузки, в том числе бассейн.
- Особенно опасны инфекционные заболевания матери. Поэтому важно в этот период уделять внимание профилактике этих заболеваний (ОРЗ, гриппа, ангины, краснухи).

II триместр:

- В это время Вам полезно вести активный образ жизни. Пойдут на пользу бег, плавание, дыхательные упражнения, суставная гимнастика, прогулки на свежем воздухе.

- Рекомендуется выполнять специальный комплекс активных физических упражнений, составленный для беременных: упражнения-растяжки, суставная гимнастика, упражнение на расслабление, дыхательные упражнения, упражнения в бассейне.
- Подберите свой гардероб. Одежда должна быть свободной, легкой, удобной, нигде не давить, особенно в области талии. Старайтесь носить хлопчатобумажное белье.
- Причиной плохого сна может быть чрезмерная резвость малыша, когда он сильно бьет ножками. В этом случае надо поговорить с малышом, рассказать, как Вы его любите, успокоить добрыми словами, почитать ему книгу, спеть песенку. Попросите пообщаться с малышом папу. Дети очень отзывчивы на прикосновения папиных рук, им нравится слушать папин голос. Следует выполнять упражнения на расслабление, послушать приятную для Вас музыку, порисовать. Могут помочь водные процедуры – комфортный душ, расслабляющая ванна из трав (если разрешает врач). Стоит избегать суеты и споров, особенно перед сном. Лучше прогуляться, подышать свежим воздухом. Заняться вязанием, шитьем.
- Попробуйте подобрать удобное положение для сна. Используйте маленькие подушечки, чтобы занять удобное положение.
- Очень важно устранить отрицательные эмоции.

III триместр

- Для уменьшения неприятных ощущений используйте правильную осанку. Чтобы уменьшить дискомфорт, стараться не прогибать спину, держать ноги немного согнутыми, ягодицы опущенными вниз.
- Обязательно следите за питанием. Кушайте понемногу и почаще, следите за сочетанием продуктов, чтобы предотвратить брожение, скопление газов и дать пище легко перевариться.
- Если врач не возражает, можно посещать бассейн, проводить водные процедуры дома. Больше бывайте на свежем воздухе.

- Обязательно надо научиться отдыхать и расслабляться. Выполнять суставную гимнастику, правильно дышать.

- Заранее стоит определиться с местом родов. Подготовить "приданное" малышу и себе в роддом. Составить список обязанностей, которые будут выполнять ваши домашние, когда Вы будете находиться в роддоме.

Для первородящих женщин.

I триместр

- Выполнять общие рекомендации для беременных.

- Стараться ограничивать физические и эмоциональные нагрузки. Отрицательные эмоции не «пропускать» через себя.

- При непонимании мужа и родных постараться объяснить то, что ваше положение изменилось и теперь стоит некоторые моменты пересмотреть в отношениях друг с другом.

II триместр

- Также воспользоваться общими рекомендациями для беременных.

- Есть смысл посетить специальные занятия для беременных, на которых специалисты расскажут о том, как должна протекать беременность, какие изменения происходят в это время в организме женщины, как развивается плод. Также научат специальным упражнениям для беременных, дыханию. Еще вы получите информацию о физиологии и психологии родов, вас научат как себя вести в процессе родов. Это также возможность отключиться от насущных проблем и просто в хорошей компании таких же будущих мам пообщаться, расслабиться.

III триместр

- Стоит определиться с местом родов. Подойти к этому моменту ответственно и серьезно. По возможности, познакомиться со своим лечащим врачом заранее.

- Не забыть оставить список указаний, что должны приготовить муж и родственники к вашей выписке из роддома. При этом также все тщательно продумать и записать, чтобы этот вопрос после рождения ребенка уже не занимал вас.
- Стараться не примерять все негативные рассказы подруг или соседок по палате в роддоме на себя.
- Попытаться создать уверенность, что все пройдет хорошо и вскоре у Вас появится здоровый, крепкий малыш.
- Поговорить с близкими (особенно женщинами: мама, свекровь, бабушка), чтобы они помогли в первое время после родов.

Для повторнородящих женщин.

I триместр

- Следовать общим рекомендациям беременным.
- Вспомнить все лучшие моменты своей предыдущей беременности и попытаться их применить в этой.
- Создать у себя уверенность, что все пройдет благополучно.

II триместр

- Начать готовить старших детей к тому, что в семье вскоре появится пополнение.
- Стоит также посетить курсы по подготовке беременных, особенно если в первой беременности таких курсов Вы не проходили.
- Поговорить с мужем и родными, чтобы обрести уверенность в том, что, если придется лечь в больницу, дом и дети будут под присмотром

III триместр

- Продолжать готовить старших детей к скорому появлению брата и сестры. Дать послушать как толкается ребенок в животе, попробовать поговорить с ним. Дать понять старшему ребенку, что с рождением младшего, он не станет менее любим.

- Также старательно отнестись к выбору роддома.

- Не забыть оставить список указаний, что должны приготовить муж и родственники к вашей выписке из роддома. При этом также все тщательно продумать и записать, чтобы этот вопрос после рождения ребенка уже не занимал вас.

Для медперсонала в женских консультациях и роддоме.

- Относитесь к беременным женщинам с пониманием, любовью.

- Постарайтесь не вызывать отрицательные эмоции у будущих мам.

- Объясняйте, зачем Вы проводите то или иное обследование, назначаете те или иные лекарства.

- В разговорах с женщинами поменьше употребляйте медицинские термины, а если все-таки в этом есть необходимость, то объясняйте, что эти термины обозначают.

- В роддоме особенно важно, чтобы лечащий врач и женщина нашли общий язык. Особенно это касается детских докторов. Поэтому, каждый день сообщайте мамам о состоянии их малышей, особенно если это состояние ухудшилось. Ничего не пугает женщину больше, чем неизвестность.

- Будьте внимательны, вежливы и доброжелательны по отношению к беременным и родившим женщинам.

Для родственников.

- Будьте снисходительны к так называемым "запросам" беременных.

- Подумайте о том, что будущая мама испытывает огромную перестройку всего организма, и ей намного тяжелее привыкнуть к этим изменениям, чем вам.
- Старайтесь разгрузить беременную в домашних делах, чтобы она могла побольше отдыхать (особенно в I триместр).
- Помогайте, по возможности, по максимуму ей и во всем (особенно после рождения ребенка).

Выводы по 3 главе

Беременность и предстоящие роды для женщин являются временем значительных психических и физиологических перемен, которые в свою очередь сопровождаются состояниями тревожности различной степени выраженности.

В результате проведенного эмпирического исследования нами было установлено, что уровень тревожности женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком, выше, в сравнении с уровнем тревожности беременных женщин, вставших на учет по беременности вторым и последующими детьми.

Также, отмечается более высокая оценка личностной тревожности женщин, беременных первым ребенком, в сравнении с женщинами с повторными беременностями. При сравнении оценки реактивной тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями статистически значимых достоверных различий обнаружено.

По результатам проведенного нами исследования разработан курс занятий для беременных женщин в женской консультации в рамках «Школы материнства». Направлениями работы с беременными женщинами в условиях «Школы материнства» являются: стабилизация психоэмоционального состояния женщин, психологическая подготовка к

родам, формирование положительного психоэмоционального состояния в период беременности и предстоящих родов. Формами оказания психологической помощи беременным женщинам, имеющим высокий уровень тревожности мы определили индивидуальные консультации психолога и групповые формы работы (занятия по подготовке к предстоящим родам, психолого-педагогическое просвещение, различные телесно-ориентированные техники и методы релаксации, арт-терапия и тренинги, направленные на формирование положительного психоэмоционального состояния женщин во время беременности и родов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Современные научные медицинские и психологические исследования свидетельствуют о том, что мысли и эмоции, которые испытывает мать во время беременности, оказывают непосредственное влияние на развитие ее ребенка. Таким образом, психологическая подготовка к родам имеет огромное значение для формирования гармоничных взаимоотношений между родителями и ребенком.

В ходе данного исследования осуществлен анализ научной литературы по проблеме исследования: подробно рассмотрены особенности проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями, рассмотрены аспекты проявления тревоги на психологическом и физическом уровнях, проанализированы основные показатели тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями.

Проведено эмпирическое исследование особенности проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями. По результатам исследования установлено, что высокий уровень тревожности отмечается у женщин с первой беременностью. Выявлено, что уровень личностной тревожности также выше у женщин с первой беременностью в сравнении с уровнем тревожности женщин с повторными беременностями. При сравнении оценки реактивной тревожности женщин с первой и повторными беременностями статистически значимых достоверных различий не обнаружено.

По результатам проведенного исследования разработан комплекс практических рекомендаций по психолого-педагогической работе с беременными женщинами в рамках «Школы материнства» для оптимизации уровня тревожности женщин и формирования положительного психоэмоционального состояния во время беременности и предстоящих родов.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. Петрозаводск, 2004. 350с.
2. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». М: ГЭОТАР-МЕД. 2004. С. 66–73.
3. Алейникова Л.А «Психоанализ». Ростов-на-Дону «Феникс» 2010.
4. Анохин А.А. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам // Мед. помощь. 2006. № 5. С. 11.
5. Абрамова Г.С. Психология материнства. М.: Академический проект, 2006. С. 41.
6. Асмолов А.Г. Психология личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 336 с.
7. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка //Синапс,1993, №4.)
8. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовый период // Психоло-гический журнал. –2000. -Т. 21. -№ 6. -С. 51–56.
9. Батуев А.С., Соколова Л.В. Ученье о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» // Вестник СПбГУ. — 1994. -Вып.2. -С. 82–102.
10. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. С. 16–27.
11. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2004. - 498 с.

12. Бергман А. "Воспитание до рождения" СПб 2008.
13. Боулби Д. Материнская забота и психическое здоровье / Д. Боулби // Хрестоматия по перинатальной психологии. - М.: Изд-во УРАО, 2005. - С. 246 - 251.
14. Брехман Г.И. Перинатальная психология// Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. — 1998. — № 4. — С. 49–52.
15. Брутман В.И., Родионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности// Вопросы психологии, 2007. №7.
16. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. — 2002. — № 3. — С. 59–68.
17. Блох М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности. // Журнал практического психолога 2003. № 4–5. С. 199–207.
18. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1998. 304 с.
19. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2001. № 2. С. 46–56.
20. Братусь И.В. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности. Тезисы к докладу на III Всероссийской конференции по психотерапии. 1992, С. 16–18.
21. Братусь И.В. Эмоциональное сопровождение матерью процесса взаимодействия с ребенком. Тезисы к докладу на III Всероссийской конференции по психологии. 1992, С. 13–15.
22. Бубнова С.С. Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система // Психологический журнал. 1999. Т. 20. 1999. С. 38–44.

23. Васильева Т.Н. Самочувствие на разных сроках беременности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 1. С. 20–22.
24. Васильева О.С., Могилевская Г.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 32–39.
25. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во Моск. ун-та. 1994.С. 35.
26. Винникотт Д.В "Маленькие дети и их матери". Москва 2008.
- 27.. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) // Русский медицинский журнал. 2006. Т.14. № 23. С. 1696–1699.
28. Гончар С. Секс и беременность // Мой ребенок, 2002, №1
29. Добряков И.В. Перинатальная психология // Мир медицины. — 2000. -№ 5–6. — С. 45–46.
30. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. — М., 2005. — С. 93–102.
31. Додонов Б.И. Потребность, отношения и направленность личности // Вопросы психологии. 2003. № 5. С. 18–29.
32. Драпкин Б.З. Психотерапия материнской любовью / Б.З. Драпкин. - М: ДеЛиПринт, 2004. - 230 с.
33. Емелина, Н. Жду малыша./Емелина Н.// Мама, это я! - 2009. - № 11 (44) . - С. 88 - 91.
34. Жаров Л.В., Семченкова Л.В. Младенец, детка, отрок. Добродушные наставления родителям – Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 2005.

35. Завьялова Ж.В. Психологическая составляющая периода беременности и родов. М., 2005.
36. Зинченко В.П., Величковский Б.М., Вутетич Г.Г. Функциональная структура зрительной памяти. М.: Изд-во МГУ, 1980.
37. Змановский Ю.Ф. Гребенников И.В. Наши дети: Сборник. – М.: Юрид. лит., 1988.
38. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 38–45.
39. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери // Журнал практической психологии 2003. № 5. С. 49–63.
40. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. С. 35–42.
41. Купченко В.Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. М., 2008. № 1. С. 48–59.
42. Каган В.Е. Подготовку девушки к супружеству. – М.: Советский спорт, 2002.
43. Касьянова О.А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству. Диссертация на соискание учебной степени кандидата наук. Ярославль 2005 с.229.
44. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., 1983.
45. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. СПб, 2010
46. Колесников И.А. Особенности психопатологических проявлений депрессий у беременных женщин / И.А. Колесников // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – № 4. – С. 23-27.

47. Костина Л. М. «Адаптация первоклассников к школе путем снижения уровня тревожности». Вопросы психологии №1 2004.
48. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 22–37.
49. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.
50. Ланцбург М.Е. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2015. С. 38–41.
51. Ломакина, А.В. Особенности отношения родителей к ребенку в перинатальный период / А.В. Ломакина // Перинатальная психология и психология родительства. - 2006. - № 3. - С. - 32-42.
52. Митрушина Н.А. Диагностические методики в перинатальной психологии: методические указания. Ярославль: ЯрГУ, 2009. 47 с.
53. Могилевская Е.В., Васильева О.С. Перинатальная психология. Психология материнства и родительства. М.: Феникс, 2015. 278 с.
54. Минюрова С.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства // Вопросы психологии. 2003. № 4. С. 22.
55. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2010, N 5.
56. Никитин В. П. "Детство без болезней" Санкт-Петербург 2006г.
57. Николашин А.В. «О преимуществах гуманитарного познания» Психология и социология №2 2011.

58. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. - М.: Издательский центр "Академия", 2005. - 368с.
59. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд. М.: Политиздат, 2010.
60. Психологический словарь / Под. ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова.-2-е изд., перераб. и доп. – М.: Педагогика-Пресс, 2008. – 440 с.
61. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Самара: изд-во СамГПУ. 2000. 189 с.
62. Прихожан А. М. Психология тревожности. СПб., 2009. С. 97–103.
63. Психологический журнал, 2009. Т. 20. № 5. С. 81.
64. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб., 2007.
65. Пайнз Д. Беременность и материнство // Психология и психоанализ беременности. Сост. Д.Я. Райгородский. М., 2003.
66. Перну Л Я жду ребенка: Пер. с франц. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989.
67. Перну Л. "Я жду ребенка" Москва 2008г.
68. Прихожан А.М. Психологическая природа и возрастная динамика тревожности: Личностный аспект: Дис. д-ра психол. наук. М., 2006.
69. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2004.
70. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 1999. 720 с.
71. Рыжков В. Практическая психология женских кризисов. СПб, 2008.
72. Сталькова И. Л "Материнство" Москва 1987г.

73. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. 2000. № 3. С. 3–14.
74. Смирнова Е.О. Теория привязанности и эксперимент // Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 139–151.
75. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 2. С. 75–78.
76. Степанов С.С. Психологический словарь для родителей. М., 2006.
77. Столин В.В. Самосознание личности. М.: изд-во Моск. ун-та, 1993. 284 с.
78. Столин В.В., Кальвиньо М. Личностный смысл: строение и форма существования сознания // Вестник Моск. ун-та. 1992. № 3. С. 38–47
79. Сны в положении. Журнал «Женское здоровье» №1, 2010.
80. Текавич Б. "Что должна женщина знать о себе". Наука 2010г.
81. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
82. Филатова Г.Г. Психология материнства (сравнительно психологический анализ). Диссертация. М.: 2010. 450с.
83. Филлипова Г.Г, 2009. Журнал практической психологии и психоанализа №4 2005.
84. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С.22–37.
85. Филлипова Г.Г. Особенности представления матери и отца о будущем ребенке // Перинатальная психология и психология родительства. - №2. - 2006. - С.82-93.

86. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. М., Изд-во УРАО, 2005. 328 с.
87. Филиппова Г.Г. Проблема психологической помощи беременным женщинам: структура, содержание и методы М.: изд. «Правда человека», 2003.
88. Фрейд З. «Введение в психоанализ». М.: «Наука» 2001.
89. Фролова О. Г. Физическая и психологическая подготовка к родам. Методические рекомендации. М., 2000. С. 117.
90. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А. Н. Васина. – М.: изд-во УРАО, 2005.-328с.
91. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. — М.: АСТ, 2002.
92. Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г., Макарова А.А. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества // Перинатальная психология и психология родительства. М., 2006. № 1. С. 85–91.
93. Чернова Е.П. Демографическая ситуация и репродуктивный кризис современной семьи в России: экономические и социально-психологические аспекты проблемы // Перинатальная психология и психология родительства, М., 2008. № 1. С. 18–28.
94. Щукина Е.Г. Роль семьи в процессе ожидания ребенка // Вопросы пренатальной психологии. Метод. пособие. — Архангельск: СГМУ, 2003. — С. 5–10.
95. Шмурак Ю.И. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего пренатального воздействия // Народное образование. 1995. № 6. С. 53–57.

96. Шмурак Ю. И. Пренатальная общность // Человек. 2004. № 3 с. 16.

Приложение 1.

Методика измерения уровня тревожности Тейлора.

Адаптация Т. А. Немчинова

Опросник состоит из 50 утверждений. Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает вправо и влево карточки, в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Тестирование продолжается 15—30 мин.

Тестовый материал

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.
3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.

15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
19. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
20. Мне нередко снятся кошмарные сны.
21. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
22. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
23. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
24. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
25. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
26. Я работаю с большим напряжением.
27. Я легко прихожу в замешательство.
28. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
30. Я склонен принимать все слишком всерьез.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.

35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.
42. Я - человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Ожидание всегда нервирует меня.

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности.

Каждый ответ «да» на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

и ответ «нет» на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка: 40—50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги; 25-40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15—25 баллов — о среднем (с тенденцией к высокому) уровне; 5—15 бал-лов – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне и 0—5 баллов — о низком уровне тревоги.

Приложение 2.

Методика диагностики тревожности Ч.Д.Спилберга, Ю.Л.Ханина

1. Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л.Ханина).

Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л.Ханина, 1977) предназначена для диагностики ситуативной тревожности.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Испытуемому предлагается оценить верность в отношении себя 20 утверждений по 4-бальной шкале .

Обработка результатов.

Формулировки признаков тревожности даны в виде как прямых, так и обратных утверждений. К числу прямых формулировок относятся пункты: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; к числу обратных формулировок - пункты: 1,2,5,8, 10, 11, 15, 16, 19,20.

Основным показателем данной методики является индекс ситуативной тревожности (ИСТ), который подсчитывается по следующей формуле:

$$\text{ИСТ} = (\sum \text{пп. прямых ответов} - \sum \text{пп. обратных ответов}) + 50,$$

(где пп. — пункты опросника, 50 - поправочный коэффициент, который переводит все оценки в область положительных значений).

Диапазоны разброса оценок показателя ИСК

Значения ИСТ могут варьировать в диапазоне от 20 до 80 баллов. Чем выше значение ИСТ, тем более выражена степень переживания ситуативной тревожности.

Интерпретация результатов

Интерпретация полученных при тестировании значений показателя ИСТ для вынесения суждения об уровне ситуативной тревожности проводится в соответствии со следующими нормативными интервалами:

ИСТ < 35 баллов Низкий уровень ситуативной тревожности

35 < ИСТ < 44 баллов Умеренный уровень ситуативной тревожности

45 < ИСТ < 60 баллов Высокий уровень ситуативной тревожности

ИСТ > 60 баллов Пограничное состояние

2. Методика «Шкала личностной тревожности (ЛТ)» Спилбергера (русскаяязычная адаптация Ю.Л.Ханина).

Методика «Шкала личностной тревожности (ЛТ)» Спилбергера (русскаяязычная адаптация Ю.Л.Ханина, 1977) предназначена для диагностики личностной тревожности.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Испытуемому предлагается оценить верность в отношении себя 20 утверждений по 4-бальной шкале .

Обработка результатов.

Формулировки признаков тревожности даны в виде как прямых, так и обратных утверждений. К числу прямых формулировок относятся пункты: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; к числу обратных формулировок - пункты: 1,2,5,8, 10, 11, 15, 16, 19,20.

Основным показателем данной методики является индекс личностной тревожности (ИЛТ), который подсчитывается по следующей формуле:

$$\text{ИЛТ} = (\sum \text{пп. прямых ответов} - \sum \text{пп. обратных ответов}) + 50,$$

(где пп. — пункты опросника, 50 - поправочный коэффициент, который переводит все оценки в область положительных значений).

Диапазоны разброса оценок показателя ИЛК

Значения ИЛТ могут варьировать в диапазоне от 20 до 80 баллов. Чем выше значение ИЛТ, тем более выражена степень личностной тревожности.

Интерпретация результатов

Интерпретация полученных при тестировании значений показателя ИЛТ для вынесения суждения об уровне личностной тревожности проводится в соответствии со следующими нормативными интервалами:

ИЛТ < 35 баллов Низкий уровень личностной тревожности

35 < ИЛТ < 44 баллов Умеренный уровень личностной тревожности

45 < ИЛТ < 60 баллов Высокий уровень личностной тревожности

ИЛТ > 60 баллов Пограничное состояние

Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Ч.Д.Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л.Ханина).

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в

зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения	Вовсе нет	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
Я спокоен	1	2	3	4
Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
Я испытываю сожаление	1	2	3	4
Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
Я расстроен	1	2	3	4
Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
Я встревожен	1	2	3	4
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
Я уверен в себе	1	2	3	4
Я нервничаю	1	2	3	4
Я не нахожу себе места	1	2	3	4
Я взвинчен	1	2	3	4
Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Я озабочен	1	2	3	4
Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4
Мне радостно	1	2	3	4
Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Я испытываю удовольствие	1	2	3	4

Я обычно устаю	1	2	3	4
Я легко могу заплакать	1	2	3	4
Я хотел бы быть таким счастливым, как и другие	1	2	3	4
Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
Я вполне счастлив	1	2	3	4
Я принимаю всё слишком близко к сердцу	1	2	3	4
Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
У меня бывает хандра	1	2	3	4
Я доволен	1	2	3	4
Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
Я уравновешенный человек	1	2	3	4
Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение 3

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Дата заполнения _____
4. Образование _____
5. Кем работаете _____
6. Зарегистрирован ли брак, какой брак по счету _____
7. Есть ли дети от предыдущих браков _____
8. Какая беременность по счету _____
9. Были ли осложнения во время беременности _____
10. Срок беременности _____
11. Какие из перечисленных факторов явились для Вас стрессом во

время вашей беременности и в каком триместре? (I триместр – 0-12 нед, II триместр – 12-24 нед, III триместр – 24-40 нед)

Стрессовый фактор

Наличие или отсутствие

Срок беременности (триместр)

Плохой сон при беременности

Недостаток внимания со стороны мужа (родителей, родственников, друзей)

Тревога за будущего малыша

Конфликты с начальством, коллегами на работе (учебе)

Госпитализация в больницу

Материально-бытовые проблемы

Непонимание со стороны мужа (родителей, родственников, друзей)

Перегрузки на работе (учебе)

Изменение фигуры

Проблемы в школе, д/саду у старших детей

Страх перед родами

Непонимание начальства (коллег)

Посещение женской консультации

Тревога за детей, оставшихся дома

Задержка в карьерной лестнице из-за беременности

Повышенная усталость, утомляемость

Конфликты дома с мужем (родственниками, друзьями)

Болезнь (смерть) мужа, родственников, друзей

Приложение 4.

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики оценки тревожности по шкале тревоги Ч.Д.

Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)

№ испытуемых	Возраст	Беременность	Группа испытуемых	Реактивная тревожность (значение в баллах)	Личностная тревожность (значение в баллах)	Оценка тревожности
1	33	1	1	37	24	РТ – средняя ЛТ – низкая
2	30	1	1	20	20	РТ – низкая ЛТ – низкая
3	31	2	2	23	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
4	34	2	2	30	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
5	40	2	2	44	50	РТ – средний ЛТ – высокий
6	32	1	1	32	35	РТ – средняя ЛТ – средняя
7	36	2	2	36	38	РТ – средняя ЛТ – средняя
8	34	2	2	25	40	РТ – низкая ЛТ – средняя
9	38	1	1	42	48	РТ – средняя ЛТ – высокая
10	37	2	2	40	32	РТ – средняя ЛТ – средняя
11	32	1	1	45	44	РТ – высокая ЛТ – средняя
12	30	1	1	31	47	РТ – средняя ЛТ – высокая
13	37	2	2	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
14	31	2	2	28	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
15	36	2	2	30	40	РТ – низкая ЛТ – средняя

16	35	1	1	43	31	РТ –средняя ЛТ –средняя
17	36	1	1	42	46	РТ –средняя ЛТ –высокая
18	32	2	2	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
19	37	1	1	32	45	РТ –средняя ЛТ –высокая
20	32	1	1	31	44	РТ –средняя ЛТ –средняя
21	32	2	2	30	31	РТ –низкая ЛТ –низкая

22	38	1	1	44	46	РТ –средняя ЛТ –высокая
23	34	2	2	32	36	РТ –средняя ЛТ –средняя
24	30	1	1	34	46	РТ – средняя ЛТ – высокая
25	30	2	2	25	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
26	31	1	1	31	45	РТ –средняя ЛТ –средняя
27	38	2	2	23	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
28	32	2	2	25	30	РТ –низкая ЛТ –низкая
29	32	1	1	38	43	РТ –средняя ЛТ –средняя
30	37	3	2	36	44	РТ –средняя ЛТ –средняя
31	31	1	1	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
32	32	1	1	24	34	РТ – низкая ЛТ – средняя
33	32	1	1	31	33	РТ –средняя ЛТ –средняя
34	34	1	1	42	45	РТ –средняя ЛТ –средняя
35	32	2	2	25	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
36	31	2	2	42	44	РТ –средняя ЛТ –средняя

37	30	1	1	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
38	30	2	2	32	36	РТ –средняя ЛТ –средняя
39	32	2	2	25	33	РТ – низкая ЛТ – средняя

40	30	1	1	22	36	РТ – низкая ЛТ – средняя
41	34	1	1	31	38	РТ – средняя ЛТ – средняя
42	32	1	1	26	37	РТ – низкая ЛТ – средняя
43	31	1	1	27	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
44	32	1	1	31	44	РТ – средняя ЛТ – средняя
45	36	2	2	40	42	РТ – средняя ЛТ – средняя
46	30	1	1	20	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
47	30	2	2	23	34	РТ – низкая ЛТ – средняя
48	34	2	2	31	32	РТ – средняя ЛТ – средняя
49	31	1	1	31	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
50	35	2	2	23	36	РТ – низкая ЛТ – средняя
51	33	2	2	22	33	РТ – низкая ЛТ – средняя
52	32	2	2	32	40	РТ – средняя ЛТ – средняя
53	32	2	2	25	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
54	34	2	2	35	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
55	30	1	1	32	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
56	34	3	2	31	34	РТ – средняя ЛТ – средняя
57	31	1	1	34	37	РТ – средняя ЛТ – средняя
58	35	1	1	36	34	РТ – средняя ЛТ – средняя
59	35	2	2	32	48	РТ – средняя ЛТ – средняя
60	31	1	1	23	36	РТ – низкая ЛТ – средняя

Приложение 5.

Индивидуальные показатели уровня тревожности испытуемых по итогам диагностики («Шкала тревоги» Ч.Д. Спилбергера, адаптация Ю.Л. Ханина) и методика «Измерения уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова)

№ Гр.1	РТ	ЛТ	Уровень тревожности (Дж. Тейлор)	№ Гр. 2	РТ	ЛТ	Уровень тревожности (Дж. Тейлор)
1 (33)	37	24	14	1 (31)	23	31	6
2 (30)	20	20	6	2 (34)	30	31	4
3 (32)	32	35	4	3 (40)	44	50	30
4 (38)	42	48	29	4 (36)	36	38	5
5 (32)	45	44	17	5 (34)	25	40	7
6 (30)	31	47	25	6 (37)	40	32	15
7 (35)	43	31	16	7 (37)	20	31	6
8 (36)	42	46	33	8 (31)	28	32	3
9 (37)	32	45	17	9 (36)	30	40	15
10 (32)	31	44	30	10 (32)	20	31	13
11 (38)	44	46	35	11 (32)	30	31	4
12 (30)	34	46	34	12 (34)	32	36	20
13 (31)	31	45	16	13 (30)	25	31	6
14 (32)	38	43	17	14 (38)	23	31	4
15 (31)	20	31	20	15 (32)	25	30	4
16 (32)	24	34	15	16 (37)	36	44	18
17 (32)	31	33	22	17 (32)	25	32	16
18 (34)	42	45	23	18 (31)	42	44	17

19 (30)	20	31	18	19 (30)	32	36	8
20 (30)	22	36	22	20 (32)	25	33	14
21 (34)	31	38	23	21 (36)	40	42	16
22 (32)	26	37	13	22 (30)	23	34	14
23 (31)	27	32	11	23 (34)	31	32	5
24 (32)	31	44	6	24 (35)	23	36	11
25 (30)	20	32	14	25 (33)	22	33	23
26 (31)	31	36	5	26 (32)	32	40	20
27 (30)	32	36	5	27 (32)	25	31	6
28 (31)	34	37	14	28 (34)	35	36	15
29 (35)	36	34	14	29 (34)	31	34	5
30 (31)	23	36	11	30 (35)	32	48	5