

**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

Герилович Ольга Николаевна

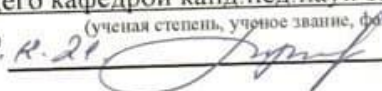
**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**Психологическая программа профилактики  
тревожности женщин в период беременности**

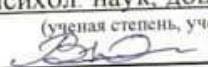
Направление подготовки 37.04.01 Психология  
Направленность (профиль) образовательной программы  
Психологическое консультирование и психотерапия

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:**


и. о. заведующего кафедрой канд. пед. наук Черенева Е. А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
10.12.21  (дата, подпись)

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

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
 10.12.2021  
(дата, подпись)

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

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)  
10.12.2021  (дата, подпись)

Обучающийся

Герилович О. Н.

(фамилия, инициалы)  
10.12.2021  (дата, подпись)

Красноярск 2021

## Оглавление

<b>Введение .....</b>	<b>3</b>
<b>Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования.....</b>	<b>11</b>
1.1. Проблема сохранения здоровья матери и ребенка .....	11
1.2. Характер влияния повышенного уровня тревожности и депрессии на течение и исход беременности.....	20
1.3. Современное состояние проблемы психологической диагностики готовности к родам.....	31
Выводы по I главе .....	37
<b>Глава II. Экспериментальное исследование особенностей тревожности женщин в период беременности .....</b>	<b>39</b>
2.1. Организация, методы и методики исследования.....	39
2.2. Анализ результатов исследования тревожности беременных женщин .....	45
Выводы по II главе.....	51
<b>Глава III. Психологическая программа профилактики тревожности женщин в период беременности .....</b>	<b>56</b>
3.1. Научно-методологическое обоснование профилактики тревожности женщин в период беременности.....	56
3.2. Содержание психологической программы профилактики тревожности женщин в период беременности.....	62
3.3 Формирующий эксперимент. Оценка эффективности программы профилактики тревожности женщин в период беременности .....	74
Выводы по III главе.....	81
<b>Заключение.....</b>	<b>83</b>
<b>Список литературы .....</b>	<b>86</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>97</b>

## **Введение**

### **Актуальность исследования.**

Тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска неблагоприятных исходов для матери и ребенка. Беспокойство во время беременности связано с более коротким сроком беременности и имеет неблагоприятные последствия для нервного развития плода и исхода родов ребенка. Особенно сильна тревога по поводу конкретной беременности. Хроническое напряжение, и депрессивные симптомы у матерей во время беременности связаны с более низкой массой тела при рождении, что имеет последствия для развития ребенка. Эти различные факторы риска и связанные с ними пути к различным исходам родов заслуживают дальнейшего изучения.

В настоящее время, психология материнства является одной из наиболее важных, сложных и все еще недостаточно изученных областей современной науки. Большое внимание уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на ее репродуктивную функцию, течение беременности и как итог, благоприятные перинатальные исходы, в связи, с чем появилась необходимость изучения особенностей состояния психики беременных женщин.

В состоянии беременности женщины достаточно часто переживают повышенную тревожность, что в свою очередь оказывает прямое влияние, как на течение беременности, так и на развитие ребенка.

Первая беременность представляет собой абсолютно новый опыт, который достаточно тяжело поддается осмыслению. Из-за отсутствия опыта материнства беременная женщина может испытывать внезапные эмоциональные всплески. В свою очередь, беременные женщины, ожидающие появления на свет второго ребенка, так же могут испытывать чувство тревожности, основываясь на своем предыдущем опыте беременности.

Исследование важнейшего этапа подготовки к предстоящему материнству как, беременность, в научных трудах представлено не достаточно полно и внимание к данной тематике стало уделяться только в последние десятилетия. Ведь подготовка к родам и предстоящему счастливому материнству происходит в тандеме на физическом и на психологическом уровне.

В наше время появилось много работ по феноменологии. (В.И. Брутман, Г.В. Скобло, О.В. Баженова, О.Ю. Дубовик, Л.Л. Баз, О.А. Копыл и др.), психофизиологией (Н.В. Шабалина, В.Г. Волков, А.С. Батуев, Ю.С. Садкова и др.) и психологией материнства 4 (Ж.В. Завьялова, Ю.Ф. Змановский, И.В. Гребенников, Н.П. Коваленко, М.С. Родионова, Ю.И. Шмурак и др.).

Последние исследования, которые изучали патологии периода беременности женщин, внушительно свидетельствуют о психосоматической стороне этих нарушений и о высокой эффективности психокоррекционных и психотерапевтических способов их лечения.

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

В настоящее время оценка течения беременности и родов в основном ограничивается изучением физиологических процессов и осложнений, соответствующих этим периодам. Однако наиболее важными факторами, связанными с дородовой депрессией или тревогой, были: отсутствие партнера или социальной поддержки; история жестокого обращения или домашнего насилия; личный анамнез психических заболеваний; незапланированная или нежелательная беременность; неблагоприятные события в жизни и высокий

воспринимаемый стресс; текущие перенесенные осложнения беременности; и потеря беременности не уделяется достаточно внимания.

Не смотря на то, что основной причиной патологий в родах как раз стресс и тревога, которые переживает женщина во время беременности. Беременность - время повышенной уязвимости для развития тревожных расстройств и расстройств настроения. Некоторые женщины могут испытать свой первый депрессивный эпизод во время беременности, в то время как другие подвержены риску рецидива из-за предыдущей истории депрессии и тревоги. Несмотря на высокую распространенность депрессии и тревожности во время беременности и их значительное негативное воздействие, это все еще относительно малоизученная область в России [59].

Из всего вышесказанного следует сделать вывод, что программа снижения тревожности в дородовый период и подготовка к родам беременных женщин необходима.

**Проблема исследования** заключается в том, что на сегодняшний день существует множество техник, методик и современной аппаратуры для диагностики и профилактики тревожности, но на наш взгляд пришло время уделить внимание такой проблеме как изучение и коррекция тревожности женщин в период беременности. Это и определило актуальность данного исследования.

**Цель исследования:** изучить особенности тревожности женщин в период беременности и разработать психологическую программу, направленную на профилактику психоэмоционального состояния беременных женщин.

**Объект исследования:** особенности тревожности женщин в период беременности.

**Предмет исследования:** психологическая программа профилактики тревожности женщин в период беременности.

Г

и

п

о

в период беременности положительно влияет на снижение уровня тревожности беременных женщин.

В соответствии с объектом, предметом и поставленной целью были определены следующие **задачи исследования**:

1. На основании анализа психологической и медико-биологической литературы определить степень разработанности проблемы исследования, ее современное состояние.

2. Изучить особенности тревожности женщин в период беременности.

3. Обосновать и разработать психологическую программу профилактики тревожности женщин в период беременности.

**Методологическую и теоретическую основу исследования составили:** Психотерапевтические и психолого-педагогические аспекты беременности рассмотрены в работах В.И. Брутман, Ю.И. Шмурак, Г.Г. Филипповой и др. Влияние психофизического состояния беременности на психологический аспект так существенно, что многие авторы (Н. Уденберг, М. Ринглер, Дж. Виткин и др.) рассматривают данное явление, как некую кризисную ситуацию.

Исследования таких авторов, как Г.С. Абрамова, Г.Г. Филиппова, Е.Ю. Печников, Е.И. Захарова, О.В. Баженова, П.П. Баз, К.Н. Белогай, О.А. Копыл, В.И. Брутман, Т.В. Скрицкая и др. посвящены изучению психологических особенностей женщин во время беременности, социально психологическим факторам готовности женщин к материнству. Исследованием проблемы тревожности женщин на этапе беременности занимались следующие ученые: И.Ю. Хамитова, Г.С. Абрамова, В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, В.Д. Рыжков, А.М. Прихожан, О.В. Баженова, М.Г. Панкратова, М.С. Родионова, А. Фрейд, З. Фрейд, Дж. Сандин, С. Мердок, Т. Верни и др.

Психологической природе и возрастной динамике тревожности посвящены работы В.Д. Рыжкова, А.Н. Прихожан и др. Большую значимость

в изучении особенности тревожности беременных женщин приобрели труды А.В. Ломакиной, Г.Г. Филипповой, А.Я. Варга, Р.В. Очаровой, Н.П. Коваленко, С.Ю. Мещеряковой, А.С. Батуева, Л.В. Соколовой, И.В. Добрякова и др. По мнению И.В. Добрякова, состояние беременной женщины оказывает существенное влияние на формирование психических функций ребенка и, как следствие, определяет во многом его будущий жизненный сценарий.

Вопросам психического здоровья матери и ребенка, психофизиологическим основам материнства, социальным аспектам женщины посвящены работы О.А. Касьяновой, А.С. Батуева, В.И. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Родионовой и др. Вопросы становления психики на самых ранних этапах онтогенеза, поднимались в работах З. Фрейда, А. Фрейд, Дж. Боулби, М. Кляйна и др. Результаты этих исследований способствовали необходимости дальнейшего изучения взаимоотношений, возникающих в системе «мать – дитя». Так, по мнению И.В. Добрякова, Л.В. Соколовой, А.С. Батуева, в первые 6 месяцев после родов ребенка живет с матерью как будто одной жизнью. Психологические нарушения во время беременности связаны с неадекватным дородовым уходом, низкой массой тела при рождении и преждевременными родами, тогда как в послеродовом периоде это связано с уменьшением эмоциональной вовлеченности, пренебрежением и враждебностью по отношению к новорожденному.

Для проверки гипотезы и решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**:

- теоретические: анализ психологической, медицинской, научно-методической литературы по проблеме исследования, планирование;
- эмпирические: психодиагностические методы, методы количественного и качественного анализа полученных экспериментальных данных.

В психологическое исследование нами были включены следующие **психодиагностические методики**:

1. Шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS) - скрининговый тестовый инструмент для диагностики расстройств тревожного спектра.

2. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе - предназначена для измерения проявлений тревожности.

3. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным - является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

**Организация исследования.** Исследование было проведено в Женской консультации ФГБУЗ Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства ЗАТО г. Железнодорожска.

В исследовании приняли участие 20 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком. Возраст женщин от 20 лет до 35 года.

Исследование проводилось в период с 2019 г. по 2021 г. и осуществлялось **в четыре этапа:**

**Первый этап** – изучение и анализ литературы по проблеме исследования, анализ понятийно-терминологической системы и методологии исследования.

**Второй этап** – формулирование проблемы и гипотезы исследования, определение ее теоретических основ, целей и задач, уточнение объекта и предмета исследования, разработка экспериментальных планов.

**Третий этап** – подбор диагностического инструментария, изучение особенностей тревожности женщин в период беременности на основании отобранных методов и методик. Анализ результатов исследования.

**Четвертый этап** – разработка психологической программы профилактики тревожности женщин в период беременности.



**Пятый этап** – проведение формирующего эксперимента, тем же диагностическим инструментарием что и на третьем этапе. Анализ результатов исследования и оценка эффективности программы профилактики тревожности женщин в период беременности, обобщение теоретических положений и экспериментальных выводов, корректировка текста работы и ее оформление

**Теоретическая значимость исследования** заключается в расширении и углублении научных представлений об изучении и коррекции тревожности женщин в период беременности.

**Практическая значимость** определяется тем, что данные, полученные в ходе экспериментального исследования и их качественная интерпретация, позволяют определить содержание программы профилактики тревожности женщин в период беременности. Представленные в магистерской диссертации материалы, могут быть использованы психологами и другими специалистами, работающими с данной категорией женщин.

**Апробация результатов исследования** осуществлялась посредством написания и публикации научных статей. По теме исследования опубликованы статьи:

1. К проблеме влияния повышенного уровня тревожности и депрессии на течение и исход беременности

**Структура и объем магистерской диссертации.** Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 107 источников, включает 13 таблиц, 6 диаграмм.

**Автором лично проведены:** сбор материала, подбор психодиагностических методик, изучение особенностей тревожности женщин в период беременности, анализ результатов констатирующего эксперимента, разработка программы профилактики тревожности, анализ результатов формирующего эксперимента.



## **Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования**

### **1.1. Проблема сохранения психологического здоровья женщины во время беременности.**

Депрессия и тревога во время беременности является серьезной проблемой общественного здравоохранения из-за их высокой распространенности. Частота депрессивных заболеваний у женщин репродуктивного возраста в два раза выше, чем у мужчин. Некоторые женщины могут испытать свой первый депрессивный эпизод во время беременности, тогда как другие, у которых в анамнезе была депрессия, имеют повышенный риск ее рецидива, продолжения или обострения[35].

Период беременности представляет собой уникальную возможность выявить риски как для плода, так и для матери и предотвратить передачу неблагоприятных факторов и проблем психического здоровья из поколения в поколение. Хотя диада мать-плод особенно уязвима к воздействию стресса во время беременности, меньше известно о том, как диада также восприимчива к благотворным влияниям, способствующим сопротивлению[96].

Изучение психофизиологического состояния женщины при родах позволяет предположить, что существует врожденная динамический изменений во время беременности при обострениях и ослаблении психофизиологических проблем женщины. Эмоциональные изменения женщины при ожидании ребенка в первом триместре беременности связаны со смешанным переживания и переживания по поводу течения беременности. Женщина замечает собственные изменения в привычках, вкусах и предпочтения. Эмоциональное состояние женщины можно охарактеризовать как «эмоциональное колебание». Второй триместр Беременность можно назвать довольно противоречивой эмоционально. У каждой женщины наблюдаются разные явления. Один женщина испытывает душевное спокойствие, повышается ее активность, работоспособность. У другой

женщины резкие изменения в настроение, нервозность и раздражительность. Некоторые женщины углубляются в свою личность, анализируют все происходящее, сравнивают, как изменилась их жизнь, женщины начинают чувствовать, что время ускоряется. В начале третьего триместра беременности «синдром гнезда» становится ярко выраженным, что проявляется в повышенной активности и попытке решить существующие проблемы. Направление деятельности в этот период связано с подготовкой к родам и в послеродовой период. К концу беременности психоэмоциональное состояние для женщин характерны боязнь родов, некомпетентность и повышенный стресс [6].

Женщины испытывают тревогу, связанную с предстоящими родами. Ситуация неопределенности преобладает. Часто наблюдается резкое снижение собственного чувства собственного достоинства и принятие себя. Потребность в уходе и защите возрастает, половое влечение снижается. Тревога и переживания, которые женщина испытывает в третьем триместре беременности, негативно влияют на ее общее психоэмоциональное состояние. Для женщины очень важно в этот период чувствовать себя эмоционально комфортно. Кроме того, нарушается режим сна, аппетит, адекватное восприятие реальной ситуации, мысли пессимистичны. преобладают. Не складываются отношения с окружающими, теряется адекватное отношение к другим и к себе. Женщина смотрит на мир другими глазами и может неадекватно реагировать на окружающих, происходят изменения ее личности [9,11].

Особо следует отметить симптом эмоциональной лабильности, который в той или иной степени присущ весь период беременности. Подразумевается симптом эмоциональной дезадаптации, проявляющийся в колебаниях в настроении. У некоторых женщин увеличивается пассивность, возникает чувство большего удовлетворения и удовольствия. Другие испытывают легкую депрессию и повышенную физическую активность. Перепады настроения

могут выражаться в той или иной степени внутренней напряженности, чувство скуки, вялости, нарастающее недовольство собой, вербализованное чувство подавленности. Осознание женщиной собственной беременности также выражается в симптоме противоречивого отношения к ней. беременность. В это время наблюдаются быстрые перепады настроения в эмоциональной сфере, переживания, беспокойство в сочетании с радостью, бодрость. Вера в лучшее, нетерпеливое ожидание того времени, когда родится ребенок, неуместны [61,81].

Во время беременности многие женщины ссылаются на свой детский опыт, как отрицательный, так и положительный, когда думают о том, как они хотят заботиться о своем новорожденном. Негативные детские переживания, такие как жестокое обращение и другие формы межличностных травм, могут иметь длительное воздействие на проблемы психического здоровья матери во время беременности и на многие аспекты индивидуальной физиологии стресса и стресса матери и плода. Таким образом, период беременности может быть особенно чувствительным временем для женщин, когда предшествующие невзгоды и нерешенные травмы могут сделать беременных женщин уязвимыми для повторного возникновения проблем с психическим здоровьем и стресса. Учитывая пластичность матери и ее плода во время перинатального периода, влияние неблагоприятных факторов в раннем периоде жизни может быть усилено с последствиями для развития матери и ребенка[65].

С психологической точки зрения, во время беременности женщины вспоминают свое детство, учитывая, какой у них был уход и какими родителями они хотят быть. Для женщин с историей детских невзгод, таких как жестокое обращение и другие межличностные травмы в их родных семьях, период беременности может быть временем, когда женщин преследуют неразрешенные травматические переживания. Физические изменения и физиологические ощущения, связанные с беременностью, такие как рост живота, удары плода и другие боли, могут вызывать напоминания о жестоком

обращении в прошлом и потере контроля над своим телом со стороны обидчика. Некоторые женщины, которые в прошлом подвергались жестокому обращению, могут воспринимать растущий плод как физическое вторжение, которое выходит из-под их контроля, поскольку напоминает им о бессилии жертвы. Неблагоприятные факторы взрослого возраста, такие как стрессовые и травматические жизненные события во взрослом возрасте, также могут усиливать последствия невзгод в детстве и проблем с психическим здоровьем[74].

Общие темы серьезного беспокойства во время беременности включают страх потери плода или аномалий развития плода. Ужасы при родах были значительно уменьшены с помощью анальгезии и акушерской помощи, но боль и травмы по-прежнему относятся к числу опасений, которые выражают более 50% женщин. Часто выражается страх родов, и другие сильные страхи включают в себя страх смерти от кровотечения, разрыва или искалечивания. Некоторые женщины упомянули об осложнениях родов, включая материнскую смерть, и многие боятся остаться одни во время родов. С тревожностью во время беременности связаны различные неблагоприятные исходы: преэклампсия, усиление тошноты и рвоты, более длительный отпуск по болезни во время беременности, увеличение количества посещений акушера, самопроизвольные преждевременные роды, преждевременные роды, низкий вес при рождении, низкие баллы по шкале APGAR, грудное вскармливание. трудности, более тяжелые роды и родоразрешение с усилением симптомов посттравматического стресса, связанных с родами, поступлением ребенка на неонатальную помощь, плановым кесаревым сечением [52].

Исследования показали, что факторы риска тревожности во время беременности включают прошлый личный или семейный опыт, прошлый личный анамнез сексуального, физического или эмоционального насилия, текущее воздействие насилия или принуждения со стороны интимного

партнера, текущие социальные невзгоды и случайные обстоятельства. неблагоприятные жизненные события.

В последние десятилетия была предпринята попытка обобщить литературу по психическому здоровью матери и поведению детей. Хотя психическое здоровье матерей в послеродовом периоде относительно хорошо изучено по сравнению с психическим здоровьем во время беременности, эмпирические исследования влияния любого из них на поведение и развитие ребенка все еще находятся в зачаточном состоянии. (А. Фрейд, Дж. Боулби, Э. Эриксон, К. Хорни, М. Кляйн, Д. Винникотт, С. Фанти, М. Марконе, К. Эльячефф).

Перинатальный период, который включает как антенатальную, так и послеродовую фазы, очень важен как для матери, так и для ее ребенка. Хотя влияние психического здоровья матери на развитие ребенка начинается с момента зачатия, исследования в области дородового психического здоровья набирают обороты только в последние годы. Существующая литература в основном сосредоточена на распространенных психических расстройствах, таких как депрессия и тревога. Все больше данных также свидетельствует о том, что проблемы с психическим здоровьем в дородовой период могут быть предвестником последующих проблем с психическим здоровьем в жизни женщины [4, 6, 19].

Материнство признается как динамичный, изменяющий жизнь и продолжающийся процесс перехода в женской идентичности и постоянный сдвиг в жизни женщины. Беременность, роды и послеродовой период признаны нейрогормональными процессами. Значительное число женщин, проходящих через процесс становления и материнства, стремятся найти равновесие в новом или обновленном материнстве. Нахождение этого равновесия происходит на ранних сроках беременности, вплоть до одного или даже двух лет послеродового периода [24].

Кроме того, переход от субфертильности к материнству может быть сложным и эмоционально тревожным. Перинатальные проблемы психического здоровья женщин, такие как депрессия и тревога, показывают, что процесс становления и материнства может быть сложным и что требования могут быть высокими, что указывает на то, что материнство сильно влияет на душевное состояние женщины и ее психологическое благополучие [23].

К другим факторам риска, которые поддерживают неблагоприятные послеродовые расстройства настроения у матери, относятся акушерские факторы (например, незапланированная беременность, угроза прерывания беременности, гипертония, вызванная беременностью, преждевременные роды, кесарево сечение), послеродовые гормональные изменения и дисфункция щитовидной железы, а также психосоциальные факторы (например, отрицательные отношения к беременности, семейный / личный анамнез проблем / расстройств психического здоровья, не связанных с родами, стрессовые жизненные события, нарушение сна, плохая поддержка, финансовый стресс, семейные проблемы, неудовлетворенность кормлением младенцев, нереалистичные ожидания). Послеродовые проблемы с психическим здоровьем могут иметь хронические неблагоприятные последствия для психического здоровья женщин и могут привести к неадаптивному материнскому поведению [100].

В целом материнство считается значимым, скромным, драгоценным, приносящим удовлетворение, вознаграждающим, блаженным, приносящим удовлетворение, чудесным и радостным. Материнство характеризуется связью, привязанностью, теплотой, близостью и взаимозависимостью в диаде мать-ребенок на протяжении материнства. Несмотря на положительные аспекты материнства, известно, что это может повлиять на жизненный баланс женщин, имеющих детей, особенно среди женщин с детьми до начального школьного возраста и среди женщин, имеющих более одного ребенка [99].



Тревожные расстройства могут быть столь же разнообразными, как и люди, которых они затрагивают. То, как тревога выглядит и ощущается для одного человека, может сильно отличаться от вида и формы, которые она принимает для другого. Отчасти причина этих различий в том, что тревога может быть некоторым образом связана с индивидуальными особенностями. Для некоторых людей тревога подобна крошечной щепотке, которая побуждает их сделать то, чего они избегали; в то время как для других это всепоглощающий ужас. Для многих переживание страха находится где-то между этими двумя крайностями. Состояния психического здоровья, такие как тревожность, обычно многофакторны - это означает, что существует не одна причина, а множество факторов, которые влияют. Считается, что биологические и генетические факторы могут иметь сильное влияние на такие состояния, как тревожность, но специалисты в области психического здоровья также склонны находить, что стоит изучить, как человек впервые научился взаимодействовать с миром, чтобы выявить дополнительные способствующие факторы [53].

В этом смысле тревожность можно рассматривать как черту личности или даже как личный стиль. С другой стороны, исследования также показали, что наличие определенных черт личности (включая социальную заторможенность, эмоциональную нестабильность и интроверсию) может повысить вероятность того, что у кого-то разовьется тревожное расстройство. Иногда другие эмоции маскируются под тревогу, или тревога переживается вместо другой эмоции. Три самых распространенных чувства, которые можно замаскировать под тревогой, - это гнев, вина и горе. Например, для многих людей тревога является частью реакции на страх. Когда возникают чувства, которые неудобно или трудно выразить, эти эмоции также могут трансформироваться в тревогу. Многим людям сложно усвоить, обработать, выразить и понять эти чувства и выполнить свои намерения (выразить неприязнь, попросить

прощения, принять потерю и т. д.). Вместо этого человек может сосредоточиться (и беспокоиться) о конкретных аспектах ситуации (например, о каждой детали предстоящего события) [67].

Некоторым матерям сложно и сложно воспитывать или поддерживать отношения со своим ребенком, что вызывает чувство стресса и вины. Некоторые матери описывают негативные эмоциональные реакции на материнство, когда испытывают негативные, парадоксальные или амбивалентные чувства по отношению к материнству и / или ребенку. Снижение психологического благополучия признано важным фактором, отрицательно влияющим на жизненный баланс матерей с детьми до 12 лет. Плохое эмоциональное здоровье матери может быть вызвано проблемами, связанными с обязательством воспитывать другого человека, а также с динамикой и изменениями в отношениях и социальном контексте, а также с потерей свободы и (финансовой) независимости. Для многих женщин материнство сочетается с высокими ожиданиями в отношении карьеры и поддерживающими отношениями - многозадачность может добавить стресса[51].

Тревожные расстройства во время беременности обычно проявляются симптомами, аналогичными тревожным расстройствам в другое время. Однако опасения по поводу беременности могут быть преобладающими. Хотя легкое беспокойство во время беременности является нормальным адаптационным процессом, симптомы становятся проблематичными, когда они занимают большую часть времени женщины, когда женщина не может сосредоточиться на других задачах и когда симптомы мешают повседневной жизни[103].

Основными целями программ дородовой подготовки являются пропаганда здорового образа жизни, минимизация чрезмерного беспокойства и предотвращение или минимизация дискомфорта во время беременности и

родов. Такие программы могут включать, среди прочего, образовательные мероприятия, физические упражнения и психопрофилактические методы [63].

Составляющие программы профилактики тревожности женщин в период беременности стали:

- Стабилизация психоэмоционального состояния.
- Формирование навыков саморегуляции.
- Укрепление ответственного и осознанного отношения к беременности и родам.
- Повышение родительской компетентности [72].

За последние несколько лет расширение сферы научных исследований в области практических родов повысило интерес ученых к изучению клинической и психологической составляющей беременности. Методы релаксации, изучаемые специалистами разных стран во время родов, практика и массаж, иглоукалывание, лечение иглоукалыванием во время беременности и индивидуальная поддержка труда в одно время занимают особое место в системе, многие гинекологические заболевания развиты [64]. Однако научная основа и положительные особенности психопрофилактического воспитания до сих пор не установлены и далеки от стандартов современных принципов доказательной медицины [59].

Диагностика в предродовом периоде позволяет определить возможные эмоциональные и психологические факторы, а программы психологической профилактики уменьшает тревогу перед родами. Тем самым снижая количество осложнений во время родов, способствуя нормальному физиологическому течению родового процесса [72].

## **1.2. Характер влияния повышенного уровня тревожности и депрессии на течение и исход беременности.**

На сегодняшний день беременная женщина окружена вниманием медиков, ставящих своей целью физическое здоровье ребенка и сохранение здоровья матери. В то же время, в период внутриутробного развития закладываются основы не только физического, но и психического здоровья ребенка, а так же происходят изменения как в физической, так и в эмоциональной сфере будущей мамы [13].

У семьи, ожидающей ребенка, меняется социальная ситуация, могут обостряться скрытые конфликты в супружеской паре и их ближайшем окружении.

Исследования показывают, что беременность следует рассматривать как критический переходный этап в жизни женщины, в котором ее сознание и отношения с миром явно перестраиваются [70].

Успешно завершив этот переход, женщина достигает внутренней гармонии и нового социально интегрированного статуса. Беременность - самый важный этап в жизни женщины, когда она сталкивается с необходимостью приспособиться к новому состоянию, требующему активной личной перестройки. Хотя роды - это нормальная физиологическая функция организма, это серьезное испытание для психически неподготовленной женщины [33].

Сам процесс родов от начала до конца связан с личным и прежде всего с ситуативным поведением женщины [98]. Роль матери проявляется не только в изменении ценностно-нравственной ориентации, но и в эмоциональной, мотивационной сфере - происходит изменение личности женщины в период беременности и родов, овладение ею функциями материнства [13].

Адекватная психопрофилактическая дородовая подготовка является важным функциональным инструментом адаптации женщины к беременности

и родам, развития теоретических и практических навыков поведения во время беременности, родов и послеродового периода, подготовки будущего отца к участию в процессе родов, осведомленности их роль в процессе беременности и родов [17].

Психологическая готовность к материнству и методы ее формирования в современном обществе приобретают все большее значение среди проблем психологии. Процесс принятия роли матери считается кризисным этапом в развитии личности, который предъявляет особые требования к личным ресурсам и таит в себе как возможности, так и опасности.

Женщины также претерпевают множество изменений во время беременности. Обширные физиологические изменения способствуют росту и развитию плода, но также изменяют материнский мозг в процессе подготовки к материнству. Во время беременности физиология матери претерпевает огромные изменения, включая трансформации физиологии стресса и иммунной функции, которые, вероятно, имеют значение для материнского мозга. Влияние беременности на женщину выходит за рамки поведения и нейронных цепей, напрямую связанных с материнством. Опыт беременности также связан с постоянными изменениями как физиологических, так и психологических реакций на стресс[11].

Кроме того, параллельно с физиологическими изменениями беременные женщины также демонстрируют сниженную психологическую реакцию на стресс. Эти нормативные ответы, вероятно, являются адаптивными и могут обеспечить некоторую защиту диаде мать-плод во время беременности. Однако повышенное воздействие стрессоров, особенно на ранних сроках беременности, увеличивает риск преждевременных родов. Более того, женщины, у которых не наблюдается нормативного снижения физиологического и психологической тревожности во время беременности, подвергаются повышенному риску преждевременных родов.

Пренатальный стресс дополнительно увеличивает риск развития материнской тревожности и расстройств настроения.

Пренатальный стресс матери и проблемы с психическим здоровьем связаны с устойчивыми последствиями как для матери, так и для ее ребенка. Некоторые исследования предоставляют доказательства того, что пренатальная материнская депрессия связана с преждевременными родами и низкой массой тела при рождении. Кроме того, пренатальный посттравматический стресс у матери может дополнительно прогнозировать отрицательные исходы родов, включая нарушение роста и более короткую беременность/повышенный риск преждевременных родов [87, 95].

Связь между пренатальным материнским стрессом и проблемами психического здоровья с развитием сохраняется в младенчестве и детстве и, вероятно, во взрослом возрасте. Большинство исследований в этой области сосредоточено на пренатальном материнском стрессе, тревоге и депрессии, причем одним из наиболее хорошо воспроизводимых последствий этих пренатальных проблем психического здоровья матери является усиление негативной эмоциональности у будущих детей.

В меньшем количестве исследований оценивалась связь между материнским посттравматическим стрессовым расстройством во время беременности и исходами ребенка. Тем не менее, некоторые исследователи документально подтвердили, что посттравматический стресс у матери во время беременности прогнозирует более плохие исходы родов, более низкую связь матери и ребенка и более высокие уровни детского дистресса [31, 33].

Существует ряд причин, по которым проблемам психического здоровья в дородовом периоде уделяется гораздо меньше внимания, чем в послеродовом периоде. Например, существует неправильное представление о том, что женщины «гормонально защищены» от психологических нарушений

во время беременности. Более того, сами женщины могут неохотно делиться симптомами печали и раздражительности из-за стигмы, связанной с депрессией, и несоответствия между ожиданиями женщин от счастья во время беременности (и в послеродовой период) и их собственным опытом. Кроме того, существует тенденция сосредотачиваться на физическом здоровье (матери и плода) во время беременности, а не на психическом здоровье, и ошибочно относить эмоциональные жалобы к физическим и гормональным изменениям, происходящим во время беременности. Действительно, у этих женщин часто наблюдаются атипичные симптомы депрессии и неуточненные соматические жалобы, такие как усталость, потеря энергии, изменения аппетита и сна, а не депрессивное настроение. Поэтому бывает трудно отличить «нормальные» симптомы беременности, которые часто встречаются во время беременности, от атипичных соматических жалоб, которые могут быть связаны с депрессией или тревогой. Это, очевидно, усложняет диагностику депрессии и тревоги без стандартизированной оценки [39, 42].

Сейчас широко признано, что материнская депрессия, тревога и стресс во время беременности имеют сильные долгосрочные последствия как для матери, так и для ребенка. Основные биологические механизмы не были полностью изучены, но было высказано предположение, что снижение кровотока к плоду и / или повышенное воздействие кортизола на плод могут быть одними из возможных опосредующих факторов. Повышенный уровень кортизола у матери, связанный с депрессией, тревогой и стрессом, может проникать через плаценту и передаваться в среду плода и влиять на развивающийся плод.

Дородовая депрессия и тревога также были связаны с неадекватным питанием и увеличением веса, повышенным потреблением алкоголя, злоупотреблением психоактивными веществами и курением; кроме того, матери с дородовой тревогой и депрессией с большей вероятностью обратятся

к перинатальным услугам поздно, реже будут посещать дородовые консультации и не будут проходить регулярное обследование [56].

Некоторые исследования показали, что эти женщины чаще посещают акушера, в основном из-за боязни родов, и предпочитают плановое кесарево сечение. Более того, депрессия и тревога были связаны с мертворождением, преждевременными родами, низкой массой тела при рождении, низкими оценками по шкале Апгар, меньшей окружностью головы и серьезными врожденными аномалиями, а также с измененными траекториями развития, как показано пониженный балл по шкале оценки поведения новорожденных Brazelton, более сложный характер и повышенный риск эмоциональных проблем (особенно тревожности и депрессии), нарушения когнитивного развития и симптомов синдрома дефицита внимания, гиперактивности и расстройства поведения в детстве. Эти дети также подвержены повышенному риску импульсивности и когнитивных расстройств в 14-15 лет, а также повышенному риску столкнуться с неблагоприятными жизненными событиями и развития депрессии в подростковом и взрослом возрасте. Антенатальная депрессия также признана самым сильным предиктором послеродовой депрессии, а послеродовая депрессия - самым сильным предиктором родительского стресса и трудностей в отношениях матери и ребенка. Взятые вместе, эти многочисленные доказательства указывают на важность сосредоточения внимания на дородовом периоде для разработки профилактических и терапевтических вмешательств [16, 20].

Психосоциальная оценка в смысле всесторонней и многомерной оценки психосоциальных условий женщины (например, источников поддержки, качества ее отношений, факторов недавнего жизненного стресса, физического или сексуального насилия в прошлом или настоящем) должна быть обычной практикой для всех женщин в течение антенатальный период. Фактически, эта оценка поможет медицинским работникам выявить женщин с профилем высокого риска, но не имеющих в настоящее время симптомов, и,



следовательно, предложить им профилактические вмешательства. Однако в перинатальном периоде оба родителя часто очень заинтересованы в том, чтобы обратиться за помощью для благополучия своих детей и для потенциального снижения межпоколенческой дисфункции в семье, и, следовательно, это уникальная возможность предоставить профилактические меры для психического здоровья всей семьи [18].

Депрессия и тревожность в антенатальном периоде сопутствуют друг другу, и действительно, высокая тревожность во время беременности является одним из самых сильных факторов риска депрессии. Женщины, испытывающие чувство тревоги, подвергаются повышенному риску депрессии во время беременности.

Качество привязанности и отношения женщины с собственными родителями - еще один важный фактор риска. Например, жестокое обращение в детстве было признано явным фактором риска депрессии и тревожности, особенно во время беременности, помимо повышенного риска психических расстройств в течение всей жизни. что влечет за собой жестокое обращение в детстве [34].

Отсутствие хорошего опыта ухода за ребенком усложняет задачу матери справляться с переживаниями и тяжелыми ситуациями, связанными с отцовством. Из литературы мы знаем, что беременные женщины проходят психологическую реорганизацию, которая позволяет развить материнскую идентичность. Этот процесс включает в себя разработку и интеграцию ментальных представлений о не рожденном ребенке, о женщине как о матери, о нематериальных личностных качествах и других значимых отношениях. На характер и качество этих материнских репрезентаций влияют многие факторы, такие как детский опыт отцовства, фактические отношения с партнером и семьей, психологическое состояние и факторы риска окружающей среды. Среди этих факторов качество детского опыта отцовства, и особенно

отношения с фигурой матери, влияют на природу этих представлений во время беременности [38].

Отсутствие социальной поддержки - еще один фактор, тесно связанный с повышенным риском дородовой тревожности и депрессии. Социальная поддержка - это многомерное понятие и включает в себя информационную поддержку (информация и советы), инструментальную поддержку (практическую помощь) и эмоциональную поддержку (выражение заботы и уважения). Объективная оценка полученной социальной поддержки может быть сложной задачей, поскольку было замечено, что депрессивные женщины, как правило, чувствуют меньшую поддержку, чем она есть объективно.

Воспринимаемая поддержка и удовлетворение браком являются защитными факторами против дородовой тревоги и депрессии, в то время как проблемные / конфликтные или неудовлетворенные / плохие отношения с партнером были определены как факторы риска для начала тревожности и депрессии во время беременности. Хорошая инструментальная и эмоциональная поддержка, предоставляемая, прежде всего, партнером, но также семьей и социальным окружением, имеет решающее значение для будущей матери. Присутствие поддерживающего партнера действует как буфер против трудностей, возникающих при переходе к отцовству, защищая психическое здоровье матери. Напротив, проблемные отношения с партнером создают дополнительный стресс для женщины, затрудняя ей приспособление к беременности и материнству [80].

Другие факторы, такие как семейное положение или продолжительность отношений, также могут влиять на объем поддержки, которую получает новая мать, и могут считаться факторами риска для беспокойства и депрессии во время беременности.

По признаку отношения к опасности страх является ответом на опасность, а тревога является сигналом опасности. Страх возникает во время наступления опасности, а тревога до наступления возможной опасности.

Страх оказывает тормозящее действие на психику, тревога напротив – возбуждающее действие. По характеру стимулов, вызывающих эмоцию, страх имеет конкретный, определенный характер, а тревога неопределенный, абстрактный. Источником страха может являться прошлый негативный, травмирующий опыт, тревога проецирована на будущие события. По признаку формы реагирования страх имеет инстинктивно обусловленную форму, тревога же имеет социально обусловленную форму реагирования.

Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин, Р.Б. Кеттел выделяют реактивную тревогу, состояние определенный момент и тревожность, как устойчивое личностное качество. 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 ощущении напряжения, неопределенности, нервозности, раздражительности, озабоченности, сложностью, а порой и невозможностью в принятии какого-либо решения и т.д.

Проявление тревоги на физиологическом уровне можно наблюдать в учащенном дыхании и сердцебиении, повышении артериального давления, общей возбудимости, тошноте, отсутствии аппетита, гипертермии и других кожных реакциях, гипергидроза, головной боли и т.д.

А.М. Прихожан дифференцирует тревожность на два основных вида: личностную и ситуативную [66].

Личностная тревожность представляет собой готовность (установку) человека к переживанию страха и волнений по поводу широкого круга субъективно значимых явлений и является чертой личности, сформированной и закрепленной в раннем детстве.

Ситуативная тревожность представляет собой показатель интенсивности переживаний, которые возникают по отношению к типичным

событиям. Ситуативная тревожность может проявляться у разных людей в самых различных ситуациях, причем в одних она выступает отчетливо, а в других не проявляется вовсе.

Ситуативная тревожность возникает первоначально. Затем, в случае неблагоприятных ситуаций, ситуативная тревожность может преобразоваться в личностную [73].

Также выделяются следующие виды тревожности: специфическая (частная, парциальная) – устойчивая тревожность в какой-либо сфере и общая тревожность, зависит от динамики значимости объекта для человека. Вопросы соотношения общей и специфической тревожности между собой имеют большой интерес в научной литературе.

Тревога в разной степени выраженности свойственна большинству людей. Частые и длительные переживания тревоги, актуализация возможных неудач формирует повышенную тревожность, что неблагоприятно отражается на жизнедеятельности человека в целом. Тревога во время беременности, по-видимому, представляет собой отчетливый и определяемый синдром, отражающий опасения по поводу здоровья и благополучия ребенка, опыта больницы и медицинского обслуживания (включая собственное здоровье и выживаемость во время беременности), предстоящих родов и их последствий, а также родительских обязанностей. или материнская роль .

Поддержка беременной женщины должна стать двусторонней – обеспечение безопасности матери и ребенка, осуществляемая врачом гинекологом и другими специалистами, и психологическая поддержка и помощь женщине и ее семье в этот период. Беременность необходимо рассматривать комплексно, как особое целостное психофизиологическое состояние [55].

Эти данные свидетельствуют о том, что пренатальная физиология материнского стресса и проблемы психического здоровья во время беременности тесно взаимосвязаны, причем физиология стресса потенциально

влияет на возникновение проблем психического здоровья, а проблемы с психическим здоровьем до зачатия и пренатальные проблемы с психическим здоровьем влияют на физиологию стресса. Например, усиление симптомов посттравматического стрессового расстройства у матери во время беременности влияет на концентрацию кортизола во время беременности. Проблемы с психическим здоровьем и физиология стресса во время беременности, вероятно, имеют двунаправленные транзакционные эффекты на благополучие матери во время беременности, а также на благополучие плода, роды, роды и исходы новорожденных.

Мы можем предположить, что факторы уязвимости, существовавшие до беременности, могут взаимодействовать с социальными, семейными, культурными, социальными и экологическими условиями беременности, повышая уровень тревожности при беременности, оказывая влияние на системы мать-плод-плацента, особенно в такие чувствительные периоды, как ранняя беременность. Затем этот процесс может отрицательно повлиять на развитие плода, а также повлиять на начало родов через гормональный обмен матери, плода и плаценты.

Стоящей целью в будущем для клинических исследователей может быть выявление женщин с высоким уровнем тревожности до зачатия, а также женщин с высоким уровнем тревожности во время беременности, и особенно тех женщин, которые беспокоятся о конкретных аспектах своей беременности. – конкретно этим ребенком и этих родов, и о том, как грамотно воспитывать ребенка с данным партнером. Эти женщины могут стать мишенями для раннего вмешательства, такого как научно-обоснованные вмешательства для снижения стресса, лечения для регулирования настроения, такие как когнитивно-поведенческая терапия, фармакологические методы лечения и последующее наблюдение в послеродовом периоде, чтобы предотвратить ряд неблагоприятных исходов для матери и ребенка. , и семья.

Таким образом, есть доказательства того, что тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска неблагоприятных исходов для матерей и детей. В частности, тревожность во время беременности связана с более короткими сроками беременности и имеет неблагоприятные последствия для нейроразвития плода и исходов ребенка. Более того, тревога по поводу конкретной беременности кажется особенно сильной. Наконец, хроническое напряжение и депрессивные симптомы у матерей во время беременности связаны с более низкой массой тела при рождении, что также имеет последствия для развития. Кроме того, женщины с сильным стрессом, тревожностью и депрессивными симптомами во время беременности с большей вероятностью будут иметь нарушения в послеродовом периоде.

### **1.3. Современное состояние проблемы психологической диагностики готовности к родам.**

Исход родового процесса существенно зависит от психологической готовности беременной женщины. Это много раз рассматривалось в акушерской, гинекологической и психологической литературе; В нашей стране на основе таких представлений психопрофилактическая подготовка к родам была внедрена в родильных домах в середине XX века [3].

После 60 гг XX века мягкое и поддерживающее отношение к роженице стало главным фактором положительного течения родов, они должны были учитывать психологическое состояние беременной женщины и помогать ей в построении доброжелательных представлений о материнстве и будущем ребенке. Однако эти условия сложно применить в «обычном» роддоме ввиду нехватки специалистов, который может индивидуально сопровождать каждую роженицу. Поэтому сформировались усредненные представления «мягких родов» и необходимости осознанного поведения в роженицы. Сформировавшиеся в итоге обобщенные рекомендации по подготовке и взаимодействию в родах не учитывали индивидуальных и личностных особенностей беременных женщин. Таким образом, исследовались только отдельные аспекты и изолированные факторы, влияющие на процесс родов.

Медицина рассматривает акт родоразрешения как «родовая деятельность», особенно с точки зрения физиологического состояния индивида, ее рефлексорных процессов и т. д. Со стороны психологии роды можно рассматривать как процесс направленный на удовлетворение потребности, которая регулируется также и психическими механизмами [56].

Роды - это глубокий психологический опыт, который оказывает физическое, психологическое, социальное и экзистенциальное воздействие как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Он оставляет у женщин яркие воспоминания на всю жизнь, эффект от рождения может быть

положительным и воодушевляющим или отрицательным и травмирующим. Независимо от своего культурного происхождения женщинам необходимо делиться историями своего рождения, чтобы полностью интегрировать опыт, который является как физически, так и эмоционально интенсивным.

Готовность беременной женщины к родам состоит в ее адекватном представлении о положительном исходе родов и в осознанной направленности на рождение здорового ребенка. Однако на практике около 80% беременных женщин испытывают беспокойство и страх в связи с предстоящими родами. Боязнь родов определяется как беспричинный страх перед родами. Имеющиеся исследования [38, 44] показали, что повышенный уровень тревожности отрицательно сказывается на эмоциональном здоровье беременных женщин и увеличивает вероятность того, что роды станут нежелательным переживанием. Он варьируется от умеренного (фобические мысли о родах) до тяжелого (токофобия) с тяжелым дистрессом и мыслями и поведением избегания у беременных женщин.

Стресс во время беременности подразделяется на два типа: общий стресс и стресс, связанный с беременностью. Тревожность связанная с беременностью относится к заботам и тревогам матери, связанным с беременностью, включая схватки и роды, физические симптомы воспитания детей, отношения с другими людьми и здоровье плода. Негативное отношение к внешнему виду, гормональным изменениям и новой роли материнства может усугубить стресс во время беременности. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что здоровье плода является серьезной проблемой для матерей [33].

Самоэффективность беременных женщин определяется как оценка их способности справляться со стрессовыми ситуациями, включая рабочее время, и возможность выполнять необходимые действия во время стресса. Беременные женщины с высокой самоэффективностью испытывают



меньший уровень страха и боли и, следовательно, больше удовлетворены родами. И наоборот, беременная женщина с низкой самооффективностью сильно боится во время беременности и считает невозможным родить нормально. Существует связь между стрессом, самооффективностью и выбором естественных родов [70]. Женщины с высоким уровнем самооффективности имеют больше возможностей справляться с перинатальным стрессом, а также с родами.

Представление о психофизиологическом процессе родов формируется у женщин под воздействием рассказов других рожавших женщин, сведений из СМИ, литературных и интернет источников и т. п. Чаще всего эти сведения оказываются искаженными, и фиксированы в основном на наиболее неблагоприятных моментах. Однако информация о конструктивном взаимодействии с медицинским персоналом во время родов, сведения о самом процессе, ощущениях и переживаниях роженицы минимальна. Данная ситуация искажает восприятие женщины о родоразрешении и стимулирует развитие тревог и страхов.

Консультативная, психотерапевтическая и психокоррекционная практика использует самые разнообразные техники групповой, индивидуальной, телесноориентированной, когнитивно-поведенческой, семейной, музыкальной и игровой терапии, психодрамы, психосинтеза, аутотренинга, транзактного анализа и другие известные им методики, руководствуясь скорее принципом эклектизма. Интеграция методик дает возможность работы с различными аспектами материнской сферы [50].

На сегодняшний день существует ряд валидизированных диагностических методик для диагностики психологического состояния беременной женщины (Г.Г. Филиппова, В.И. Брутман, Е.И. Исенина, Е.И. Захарова, И.В. Добряков) [60, 34, 17, 32], также психологи могут применять различные проективные методики, например такие как техника арт-терапии. Арт-терапия дополняет программы подготовки беременных к родам помогая

соединить психологические аспекты беременности с физическими, она дает уникальную возможность активно идентифицировать определенные субпопуляции среди беременных, которые имели какие-либо сложности с вынашиванием или родоразрешением предыдущей беременности, например предыдущей внутриутробной смерти, злоупотребления психоактивными веществами, подростковой беременности, кесарева сечения или другого сильного стресса ситуации.[88].

Арт-терапия предлагает методы профилактики тревожности беременных как творческая форма психотерапевтического воздействия, которая может использоваться для коррекции тяжелых случаев психической инвалидности, травм и кризисных реакций. Травматические эмоциональные переживания или воспоминания о травмах часто бывает трудно выразить словами. Арт-терапия дает возможность выразить эти чувства таким образом, который для человека превосходит устное или письменное слово. Создание визуальных образов стимулирует активность в той области мозга, где хранятся визуальные воспоминания. Использование изображений как инструмента удаляет клиента и терапевта из традиционной терапевтической среды. Изображение становится окном, доступным как для клиента, так и для терапевта, но также может рассматриваться как переходный объект, где эмоции и переживания клиента сохраняются с помощью цвета и формы. Терапевтический процесс становится наглядным и конкретным, давая клиенту возможность вернуться к более ранним этапам процесса [88,91].

Опыт показывает, что активное рисование позволяет беременным женщинам расслабиться в своих телесных функциях и получить доступ к тяжелым эмоциям. Арт-терапия становится катализатором процесса саморефлексии. На физическом уровне он оказывает активирующее и уравновешивающее действие на процессы в органах материнского тела. Психические и эмоциональные процессы можно воспринимать, углублять или рассматривать заново посредством визуализации и восприятия

цвета. Свободное движение цвета оказывает обнадеживающее воздействие на эмоции. Освобождаются эмоции от стрессовых ситуаций, создавая пространство для более прочной связи с ребенком. Важно понимать, что способ смешивания цветов соответствует творческим силам человека. Таким образом, цвета используются по их сути. Представленная живописная терапия основана на методе «свет, тьма и цвет». Этот подход предполагает соответствие между атмосферными цветами в нашей окружающей среде и эмоциями внутри нас. Чувственное восприятие, стимулируемое цветами вне нас, формирует внутреннюю радугу настроений и эмоций внутри и расширяет внутреннее пространство.

Активный художественный процесс лучше всего подходит беременной женщине, потому что он предлагает сублимированный способ испытать пренатальную связь, разединение через роды и послеродовое соединение. Проекция изображений и переживаний из внутреннего мира во внешний, и расположение их на бумаге символизирует то, как ребенок вырастет и перейдет из утробы в внешний мир. Таким образом личные образы используются для повышения самопознания вместо того, чтобы оставаться неразрешенной тревогой, которая может прервать отношения матери и ребенка. Уделяя внимание к этой основной фазе, беременная женщина может повысить свою самооценку и обрести чувство контроля, усиливая при этом ее привязанность к будущему ребенку.

Благодаря включению арт-терапии в программу подготовки беременных, женщины смогли визуализировать трудные эмоции и получить доступ к ним, тем самым обретя надежду и уверенность в себе. Когнитивные факторы важны для преодоления страха, поэтому вмешательства должны быть сосредоточены на развитии познания. Однако арт-терапию не следует рассматривать как заместительную терапию, а скорее как дополнительную услугу, помогающую женщинам, репродуктивное здоровье которых может быть серьезно затронуто повышенной тревожностью во время

беременности. Она улучшает диалог в отношениях между клиентом и психологом [94].

Структура и методологический аппарат психологического консультирования женщин в период беременности разработана недостаточно, и работа в этой области необходима. Системный подход к физическому и психологическому состоянию женщины позволит в большей мере прогнозировать благоприятное родоразрешение и последующее родительство. Практика показывает, что своевременно оказанная помощь специалиста помогает женщине и ее ближайшему окружению благополучно перестроиться, адаптироваться к беременности и будущему материнству.

Литература о материнском психическом здоровье и поведении детей за последние 5 лет показывает, что распространенность как дородового, так и послеродового психологического стресса значительно высока во всем мире, причем более высокие показатели распространенности зарегистрированы в развивающихся странах. Было выявлено множество демографических, психосоциальных и культурных факторов риска (предпочтение детей мужского пола) для дородового и послеродового дистресса. Социально-экономическая депривация и психологический стресс матери имеют тенденцию происходить одновременно.

Известно, что дородовая тревожность и стресс сохраняется и в послеродовой период. Исследования также показали положительную связь между дородовой депрессией и исходами родов и дородовым / послеродовым дистрессом с МИД, темпераментом и когнитивно-эмоциональными и поведенческими проблемами у ребенка. Также известно, что влияние психического здоровья матери имеет долгосрочные последствия для поведения детей / подростков.

Крайне важно понимать стимулирующие и защитные факторы до или во время беременности, которые могут способствовать устойчивости матери и плода и положительным послеродовым исходам. Хотя большая часть

существующей литературы посвящена факторам риска проблем с психическим здоровьем матери и стрессу во время беременности, исследования показывают, например, что положительный опыт в детстве и лучшая социальная поддержка во время беременности связаны с улучшением пренатального психического здоровья и улучшением состояния ребенка. результаты.

### **Выводы по I главе**

В первой главе нами были рассмотрены понятия тревоги и тревожности. Причины тревоги обычно не осознаются, это эмоциональный дискомфорт, связанный с ожиданием неблагоприятного исхода, ощущением неопределённости, ожиданием отрицательных событий, трудноопределимые предчувствием грядущей опасности.

Были рассмотрены виды и формы тревожности. Раскрыты особенности проявления тревожности беременных женщин. Были рассмотрены психологические и физиологические особенности протекания беременности на различных этапах вынашивания ребенка. Беременность вызывает глубокие изменения в организме женщины: увеличение матки соответственно росту плода, увеличение масса тела, внешние изменения и др.

Пренатальный стресс и тревожность беременной женщины и проблемы с психическим здоровьем связаны с устойчивыми последствиями как для матери, так и для ее ребенка. Кроме того, повышенная тревожность у матери может дополнительно прогнозировать отрицательные исходы родов, включая нарушение роста и более короткую беременность/повышенный риск преждевременных родов.

Таким образом, есть доказательства того, что тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска неблагоприятных исходов для матерей и детей. В частности, тревожность во время беременности связана

с более короткими сроками беременности и имеет неблагоприятные последствия для нейроразвития плода и исходов ребенка. Более того, тревога по поводу конкретной беременности кажется особенно сильной. Наконец, хроническое напряжение и депрессивные симптомы у матерей во время беременности связаны с более низкой массой тела при рождении, что также имеет последствия для развития. Кроме того, женщины с сильным стрессом, тревожностью и депрессивными симптомами во время беременности с большей вероятностью будут иметь нарушения в послеродовом периоде.

Наше исследование подчеркивает, что тревога и депрессия - обычное явление во время беременности. Следовательно, существует необходимость включить скрининг на тревожность и депрессию в дородовые программы и предоставить практическую поддержку женщинам во время беременности, особенно тем, кто в анамнезе уже страдал депрессией и у которых плохие семейные отношения. Исследование указывает на необходимость интеграции психического здоровья в существующую программу охраны здоровья матери и ребенка для обеспечения здоровья как матери, так и ребенка.

Адекватная психопрофилактическая дородовая подготовка является важным функциональным инструментом адаптации женщины к беременности и родам, развития теоретических и практических навыков поведения во время беременности, родов и послеродового периода, подготовки будущего отца к участию в процессе родов, осведомленности их роль в процессе беременности и родов.

## **Глава II. Экспериментальное исследование особенностей тревожности женщин в период беременности**

### **2.1. Организация, методы и методики исследования**

Исследование проводилось в Женской консультации ФГБУЗ Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства ЗАТО г. Железногорска.

В исследовании приняли участие 20 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком. Возраст женщин от 20 лет до 35 года.

Важным условием отбора для исследования являлось: срок беременности – третий триместр, семейное положение – замужние женщины (зарегистрированный брак).

Исследование проводилось добровольно, в индивидуальной форме, в период с декабря 2019 г. по ноябрь 2021 г. и осуществлялось в четыре этапа:

Первый этап (декабрь 2019 - март 2020) – изучение и анализ литературы по проблеме исследования; анализ понятийно-терминологической системы и методологии исследования.

Второй этап (апрель 2020 - май 2020) – формулирование проблемы и гипотезы исследования, определение ее теоретических основ, целей и задач; уточнение объекта и предмета исследования; разработка экспериментальных планов.

Третий этап (июнь 2020 - октябрь 2020) – подбор диагностического инструментария, выявление психоэмоционального состояния беременных женщин на основании отобранных методов и методик. Анализ результатов исследования.

Четвертый этап (ноябрь 2020 - октябрь 2021) – разработка программы психопрофилактической подготовки беременной женщины к родам.

Обобщение теоретических положений и экспериментальных выводов, корректировка текста работы и ее оформление

Для проверки гипотезы и решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования:

- теоретические: анализ психологической, научно-методической литературы по проблеме исследования, планирование;
- эмпирические: психодиагностические методы, методы количественного и качественного анализа полученных экспериментальных данных.

Для проведения исследования были использованы следующие методы диагностики:

1. Шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS) - скрининговый тестовый инструмент для диагностики расстройств тревожного спектра.

2. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе - предназначена для измерения проявлений тревожности.

3. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным - является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

*Шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS)* оценивает все основные симптомы тревожного расстройства, ее можно использовать для оценки и отслеживания этих симптомов и динамики с течением времени. Содержит 35 вопросов для оценки спектра симптомов и поведения, связанных с паническим расстройством. 16 из них являются основными симптомами панического расстройства. Дополнительные 19 вопросов оценивают симптомы и поведение, связанные с рядом клинических проявлений тревожного расстройства



Шкала предназначена для использования для взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра. Шкала заполняется психологом на основании структурированного интервью, которое в качестве вопросов включает все пункты шкалы последовательно. Время интервью не более 30 минут. Состояние клиента оценивается как «сейчас» или «в течение последней недели».

*Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе.* Шкала тревожности Тейлора была впервые разработана в 1953 году для выявления людей, которые могли бы стать хорошими объектами для изучения тревожности и других связанных с ней психологических явлений. С тех пор он используется для измерения тревожности как общей черты личности. Тревога - это сложная психологическая конструкция, которая включает в себя множество различных аспектов, связанных с обширным беспокойством, которое может нарушить нормальное функционирование.

Опросник может предъявляться испытуемому как списком, так и виде набор карточек с утверждениями. Долго задумываться над ответами не рекомендуется, так как важен первый пришедший на ум ответ. Длится тестирование от 15 до 30 минут. Оценка результатов исследования проводится путем подсчета количества ответов испытуемого свидетельствующих о проявлении тревожности. Пункты 1,2,3,6,9,11,14,16,23,25,30 и 38 имеют обратную оценку Сначала обрабатывают сумму баллов по шкале лжи. Она демонстрирует склонность респондента давать социально значимые ответы. Если сумма более 6 баллов, то это говорит о неискренности испытуемого.

*Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным.* Данный опросник предназначен для людей в возрасте старше 16 лет, это валидное исследование самооценки из 20 пунктов, которое включает в себя отдельные меры состояния и личностной тревожности. Первоначальная форма STAI была построена Чарльзом Д.

Спилбергер, Ричард Л. Горсуч и Роберт Э. в 1964 году. адаптирован более чем на 30 языках для межкультурных исследований и клинической практики. На STAI были проведены различные тесты на надежность и валидность, которые предоставили достаточные доказательства того, что STAI является подходящей и адекватной мерой для изучения тревожности в исследованиях и клинических условиях. Тест позволяет оценить уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Тест состоит из 40 пунктов, по 20 пунктов отнесено к каждой из подшкал S-тревожности и Т-тревожности (4-балльная шкала Лайкерта). На основе измерений в STAI определяются два типа тревожности. Во-первых, Шкала состояния тревожности (S-тревога) оценивает текущее состояние тревоги, спрашивая, как люди чувствуют себя «прямо сейчас», и использует элементы, которые измеряют субъективные чувства предчувствия, напряжения, нервозности, беспокойства и активации вегетативной нервной системы. Во-вторых, шкала тревожности (Т-тревога) связана с предрасположенностью (личными чертами) и воспринимаемой тревогой. Ответы на вопросы шкалы S-Тревога (для оценки интенсивности текущих чувств «в данный момент») были следующими: 1) совсем нет, 2) немного, 3) умеренно и 4) очень сильно. Ответы на вопросы шкалы Т-тревожности (для оценки частоты переживаний «в целом») были следующими: 1) почти никогда, 2) иногда, 3) часто и 4) почти всегда

Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать

достаточно широкий круг 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.

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.

Личности с повышенной тревожностью склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Людям с высокой тревожностью характерно в любой ситуаций воспринимать как угрозу их репутации, самооценке любую из ситуаций заинтересованности в них. Чуть более напряженные ситуации они могут воспринимать как очень катастрофические и угрожающие их личности, что соответственно выражается в увеличении силы эмоциональной реакции. Соответственно они более вспыльчивы, находятся с состоянии раздражения, и в постоянном напряжении и готовности к конфликту, включая защитную реакцию там, где объективно нет такой необходимости. Возможность нервных срывов, аффективных реакций в обстоятельствах, связанных с их способностями в определенных вопросах, престижем, важностью, самооценкой и отношением, очень высока. Чрезмерный акцент на результатах своей работы или поведения, как положительных, так и отрицательных, категоричный по отношению к ним тон и даже интонация или тон, выражающий определенное сомнение - все это всегда приводит к недопониманию, конфликтам, созданию разных видов психологических барьеров, мешающих эффективному взаимодействию между людьми.

Учитывая данные обстоятельства не рекомендуется предъявлять категорически высокие требования к очень тревожным людям, если они открыты и нетрудно удовлетворить их. Безумная реакция сильно тревожных людей на такие требования может отсрочить достижение желаемого результата или даже затянуть его надолго. В виде советов для очень тревожных людей имеет смысл сместить акцент с внешней точности, категоризации и высокой важности в задаче на осмысленное понимание работы, стоит создать чувство уверенности в успехе.

Людам с низкой тревожностью характерно отчетливо выраженное спокойствие. Они не всегда склонны воспринимать угрозу своей самооценке в любой ситуаций, даже если она существует. Возникновение тревоги у них может быть заметно лишь в очень важных и значимых для их личности ситуациях. Такие люди обычно спокойны и считают, что у них нет причин и поводов для беспокойства за свою репутацию, жизнь и т.д. Им требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

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

## 2.2. Анализ результатов исследования тревожности беременных женщин

### Методика определения тревожности Шкала тревоги Шихана.

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики Шкала тревоги Шихана представлены в Приложении 4.

Проанализируем результаты, полученные по итогам проведения диагностики женщин от 25 до 35 лет с использованием данного диагностического инструмента. Показатели уровня тревожности испытуемых представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели	отсутствие клинически выраженной тревоги	клинически выраженная тревога	тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство
количество женщин	7	13	-
в %	35%	65%	-

По результатам исследования мы видим, что у большинства беременных женщин, а именно у 7 женщин присутствует отсутствие клинически выраженной тревоги, что в процентном выражении составляет 35% от общего числа выборки.

Далее мы видим, что 13 женщин имеют клинически выраженную тревогу, что составляет 65%.

Тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство выявлено не было.

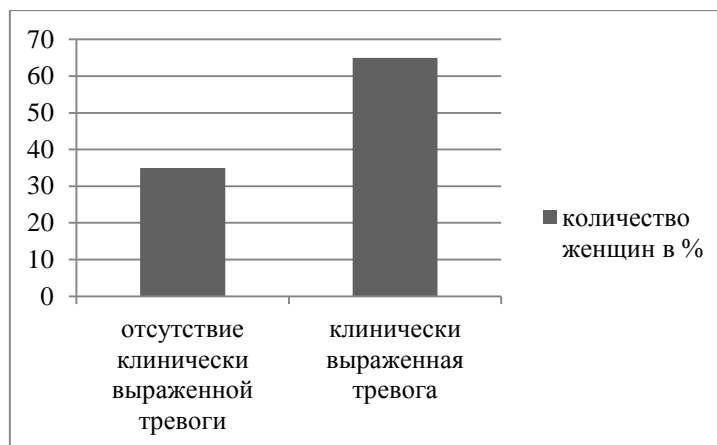


Рис.1 Шкала тревоги Шихана

### Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики «Измерения уровня тревожности» Дж Тейлор (адаптация В.Г. Норакидзе ) представлены в Приложении 5.

Проанализируем результаты, полученные по итогам проведения диагностики женщин от 25 до 35 лет с использованием данного диагностического инструмента. Показатели уровня тревожности испытуемых представлены в таблице 2.

Таблица 2

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	3	4	9	4	—
в %	15%	20%	45%	20%	—

По результатам исследования мы видим, что большинство беременных женщин, а именно 9 женщин, имеют средний (с тенденцией к высокому)

уровень тревожности, что в процентном выражении составляет 45% от общего числа выборки.

Далее мы видим, что 4 женщин имеют средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, что составляет 20%.

Высокий уровень тревожности выявлен у 4 женщин данной группы, что составляет 20% от общего числа выборки.

И низкий уровень тревоги испытывает 3 беременных женщин, что в процентном выражении составляет 15% от общего числа выборки.

Очень высокий уровень тревоги выявлен не был.

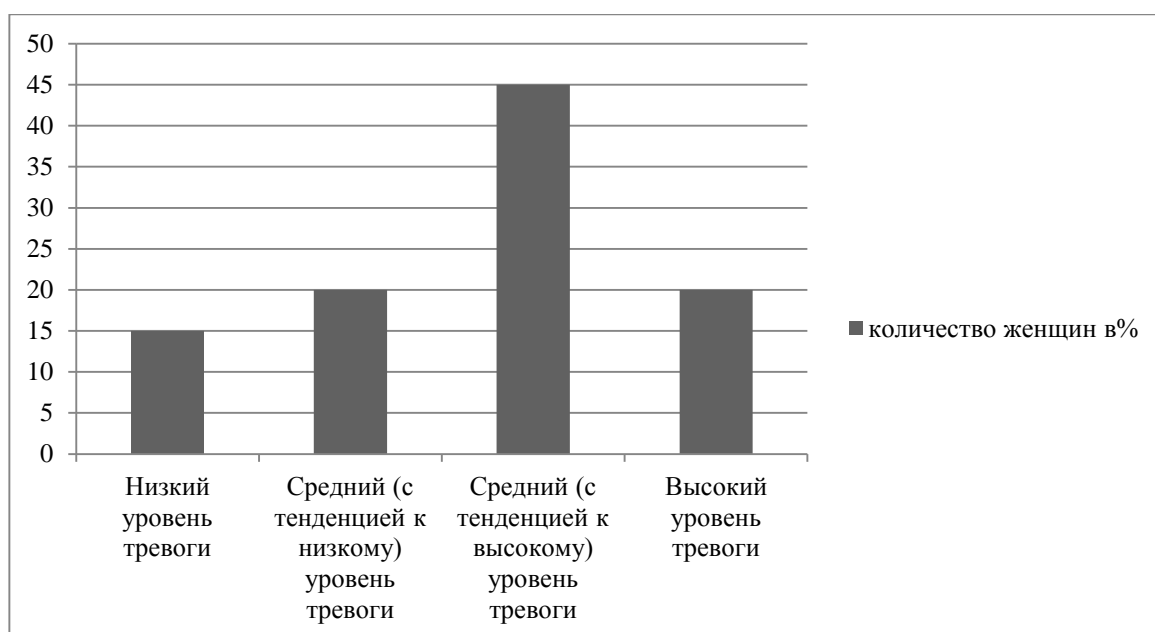


Рис. 2 Шкала «Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация В.Г. Норакидзе

После проведенного исследования тревожности методикой Дж. Тейлор, мы можем сказать, что 20% женщин 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 45% женщин. Беременные женщины испытывают чувство тревоги перед предстоящими впереди родам, тревогу за ребенка, за собственное здоровье.

Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревожности наблюдается у 20% женщин. Низкий уровень тревожности выявлен 15%.

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, свойственно переживание тревоги в той или иной степени выраженности. Это обусловлено рядом изменений (гормональные, физиологические, психические и др.), которые происходят в жизни и в организме женщины во время беременности. Необходимо отметить, что возрастной фактор, также положительно влияет на уровень тревожности женщины, повышая его.

### **Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным.**

РТ (реактивная тревожность) характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние тревоги выражено различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, по значению итогового показателя РТ шкалы можно определить уровень насущной тревоги, и также определить, находится ли она под воздействием стрессового обстоятельства и какая интенсивность такого влияния.

ЛТ (личностная тревожность) обладает чертой, обуславливающей предрасположенность воспринимать вполне широкий спектр ситуаций как опасные и угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых как опасные для



самооценки, самоуважения. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием и проявлять высокую тревожность. Очень большой балл ЛТ коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики Шкала тревоги Спилбергера адаптация Ю.Л.Ханиным представлены в Приложении 6.

Проанализируем результаты, полученные по итогам проведения диагностики уровня реактивной и личностной тревожности женщин с 25 до 35 лет с первой беременностью.

Результаты исследования уровня реактивной и личностной тревожности испытуемых представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели	Низкая тревожность		Средняя тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%
Реактивная тревожность	8	40	11	55	1	5
Личностная тревожность	2	10	13	65	5	25

При обработке данных выявленных по методике Ч.Д. Спилбергера были определены данные показатели:

– низкая ЛТ была выявлена у 10% женщин; – умеренный уровень ЛТ у 65% женщин и высокая личностная тревожность была отмечена у 25% женщин с 20 до 35 лет первой беременностью.

Показатели уровня реактивной тревожности испытуемых выглядят следующим образом: – низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 40% женщин, – средний уровень реактивной тревожности отмечен у большинства женщин и в процентном соотношении составляет 55% женщин; – высокая реактивная тревожность выявлена у 5% женщин;

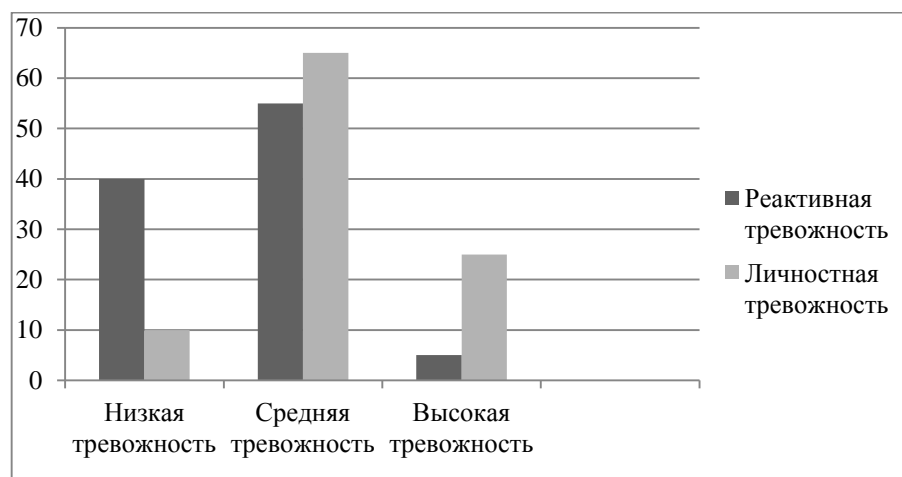


Рисунок 3 Шкала тревоги Спилберга адаптация Ю.Л.Ханиным

По результатам проведенной методики измерения уровня личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилберга, мы можем сказать, что 40% женщин имеют низкий показатель реактивной тревожности. Женщины отмечают эмоциональную стабильность и слабо выраженные тревожные переживания.

Средний уровень реактивной тревожности отмечен у 55% женщин. Беременные женщины испытывают тревожные переживания, связанные с предстоящими родами и подготовленности к появлению ребенка.

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

Низкий уровень личностной тревожности был выявлен у 10% женщин. 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 65% женщин.

Высокая личностная тревожность отмечена у 25% женщин испытуемых. 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.

### **Выводы по II главе**

В ходе контрольного эксперимента у беременных женщин был выявлен достаточно высокий уровень тревожности.

По методике определения тревожности Шкала тревоги Шихана у 65% женщин была выявлена клинически выраженная тревога, по Личностной шкале тревоги Тейлора у 45% беременных был выявлен уровень тревоги средний с тенденцией к высокому и у 20% высокий уровень тревоги. В свою очередь по шкале тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным 55% женщин со средним уровнем реактивной тревоги, 65% со средним уровнем и 25% с высоким уровнем личной тревоги.

Нормальные изменения, связанные с беременностью, такие как учащенное сердцебиение, одышка, изжога, головокружение и потоотделение, легко могут быть неверно истолкованы как вредные. Многие женщины сообщают о появлении панических симптомов, поскольку эти изменения становятся более заметными между 6-й и 28-й неделями беременности.<sup>5</sup> Комбинация физических симптомов, когнитивных факторов (например, катастрофическая неправильная оценка) и дезадаптивных поведенческих реакций (например, избегание) может привести к нарастанию физических симптомов тревоги и паники.

Большинство женщин во время беременности, участвующие в интервью, были поглощены опасениями по поводу скорого рождения ребенка. «Что делать, если ребенок нездоров? Что, если я плохая мать? Что делать, если я не могу справиться с болью? Что, если мой брак не сохранится? » Они плохо

спали по ночам, а их мысли метались, они пытались спланировать, как будут действовать в каждом из этих воображаемых сценариев. Также они проводят много времени в интернет форумах для мам, участвуют там в обсуждениях и задают вопросы, изучают информацию в Интернете и книги для родителей. Женщины жаловались, что от этого они никогда не чувствуют себя лучше, наоборот тревожность и страх только нарастали в связи с тем, что информации было много – они считали, что не могут ее всю запомнить и затем применить в быту; также повышала тревогу информация о различных несчастных случаях и проблемных родах; беременные считали, что беспокойство каким-то образом подготовит их к разочарованию и предотвратит плохие вещи. Когда их близкие пытались успокоить их, они еще более раздражались и настаивали, что беспокойство - это «то, что делают ответственные матери».

Поскольку беременность увеличивает уязвимость к навязчивым мыслям о непреодолимой ответственности за благополучие и безопасность ребенка.<sup>20</sup> Навязчивые идеи, как правило, сосредоточены на возможном вреде для ребенка, а компульсии часто включают ритуалы мытья и чистки, а также навязчивую проверку и / или избегание ребенка. В то время как навязчивые мысли являются обычным и нормальным явлением для молодых матерей, избегание, ритуализация и попытки контролировать или подавлять эти мысли усиливают и обостряют тревогу.

Основные симптомы, на которые в разной степени жаловались беременные на интервью, были: чувство беспокойства, стресс или раздражение большую часть времени, повторяющиеся мысли, которые не исчезают, напряженные мышцы, трудности с сохранением спокойствия, проблемы со сном, раздражительность и тревожность, беспокойные мысли, страх боли в родах, чувство подавленности, онемения и безнадежности, потерю уверенности, эмоциональность или злость, неспособность нормально спать

или есть, потерю концентрации и отсутствие интереса к людям или занятиям, которые им обычно нравятся.

Большинство женщин сообщают о некотором страхе перед родами, но в некоторых случаях он может достигать фобических масштабов. Страх передается через предыдущие травмирующие роды, негативную информацию или наблюдение за пугающим поведением других. Сильный страх родов может быть связан с продолжительными родами, усилением восприятия боли и отказом от родов в пользу кесарева сечения. Общие темы серьезного беспокойства во время беременности включают страх потери плода или аномалий развития плода. Ужасы при родах были значительно уменьшены с помощью анальгезии и акушерской помощи, но боль и травмы по-прежнему относятся к числу опасений, которые выражают более 50% женщин. Часто выражается страх родов, и другие сильные страхи включают в себя страх смерти от кровотечения, разрыва или искалечивания. Некоторые женщины упомянули об осложнениях родов, включая материнскую смерть, и многие боятся остаться одни во время родов.

С тревожностью во время беременности связаны различные неблагоприятные исходы: преэклампсия, усиление тошноты и рвоты, более длительный отпуск по болезни во время беременности, увеличение количества посещений акушера, самопроизвольные преждевременные роды, преждевременные роды, низкий вес при рождении, низкие баллы по шкале APGAR, грудное вскармливание. трудности, более тяжелые роды и родоразрешение с усилением симптомов посттравматического стресса, связанных с родами, поступлением ребенка на неонатальную помощь, плановым кесаревым сечением.

Тревога во время беременности, по-видимому, представляет собой отчетливый и определяемый синдром, отражающий опасения по поводу здоровья и благополучия ребенка, опыта больницы и медицинского обслуживания (включая собственное здоровье и выживаемость во время

беременности), предстоящих родов и их последствий, а также родительских обязанностей. или материнская роль .

Результаты констатирующего эксперимента доказывают необходимость применения программы психологической коррекции для снижения уровня тревожности у беременных женщин, что и будет являться следующим этапом нашей работы. Психообразование, помогающее правильно определить доброкачественные физические симптомы, помогает противостоять пугающим ошибочным оценкам. Это, в сочетании со стратегиями управления тревогой, которые включают диафрагмальное дыхание, адаптированное для использования во время беременности, может снизить эскалацию панических симптомов и позволить женщинам вернуться в ситуации, которых они избегали.

Выявление и оспаривание искаженных представлений о защитной функции беспокойства и обучение тому, как лучше переносить неопределенность, применение различных техник расслабления являются основными целями программы. Постепенное сокращение успокаивающего или безопасного поведения (например, чрезмерного сбора информации или телефонных звонков акушеру) и сосредоточение внимания на настоящем моменте с помощью техник внимательности также могут быть эффективными для уменьшения беспокойства.<sup>33</sup>

Признание навязчивых идей как универсальных и не требующих анализа или действий мыслей жизненно важно для уменьшения беспокойства. Природа последствий, которых опасаются, делает постепенный подход к проверке убеждений и приближению избегаемых мыслей или ситуаций особенно важным для дородового ОКР. Исправление негативных оценок и устранение опасений по поводу родов на ранних сроках беременности может минимизировать уязвимость к послеродовым симптомам посттравматического стресса.<sup>34</sup> Помимо психотерапии, женщинам с фобиями, связанными с родами, и посттравматическим стрессовым

расстройством могут быть полезны профилактические стратегии. Разработка плана родов с активным участием пациента в принятии решений, когда это возможно, может улучшить восприятие контроля и улучшить опыт беременности и родов

Наше исследование подчеркивает, что тревога и депрессия - обычное явление во время беременности. Следовательно, существует необходимость включить скрининг на тревожность и депрессию в дородовые программы и предоставить практическую поддержку женщинам во время беременности, особенно тем, кто в анамнезе уже страдал депрессией и у которых плохие семейные отношения. Исследование указывает на необходимость интеграции психического здоровья в существующую программу охраны здоровья матери и ребенка для обеспечения здоровья как матери, так и ребенка.

## **Глава III. Психологическая программа профилактики тревожности женщин в период беременности**

### **3.1. Научно-методологическое обоснование профилактики тревожности женщин в период беременности**

После определения уровня тревожности мы приступаем к составлению программы, опираясь на общую методологическую основу, заложенную в трудах изучения тревожности у беременных женщин И. Брутман, Г.Г. Филиппова, и других, что изучали влияние и действие психокоррекционной работы с беременными. Психологическая профилактика – комплекс мер и способов влияния на беременную женщину, коррекции ее поведения, привычек, взглядов. Вместе с тем психологическая программа должна содействовать всестороннему развитию личности беременной.

Поэтому она основывается на следующих принципах:

- принцип гуманизма и ненасильственного взаимодействия;
- принцип сотрудничества, лично-ориентированного взаимодействия;
- принцип систематичности, последовательности и постепенности.

Беременность - волнующее время для большинства матерей и будущих родителей, но она также сопряжена с беспокойством, тревогой и множеством диких симптомов, которые вызывают всевозможные психические и физические изменения у женщины, вынашивающей ребенка. Иногда все эти перемены могут оказаться непосильными для молодых мам и даже для ветеранов отцовства и беременности. И хорошо знать, что у вас на уме, что происходит с вашим телом и какие шаги вам, возможно, необходимо предпринять, чтобы сохранить здоровье, когда вы приносите в мир новую жизнь. Женщины, у которых уже есть различные виды тревожных расстройств, могут столкнуться с проблемой беременности по любому количеству причин. Беременность и роды могут поставить женщин в



ситуации, выходящие за пределы их зоны комфорта, что может вызвать беспокойство. Есть также симптомы, которые могут возникнуть у женщин на поздних сроках беременности, такие как одышка, головокружение, учащенное сердцебиение и чувство жара и пота, которые могут быть ошибочно приняты за панические атаки или, в некоторых случаях, могут привести к панической атаке.

Проявление тревожности в период беременности является нормальным явлением, но только в том случае, если страхи не угрожают здоровью ребенка и психическому здоровью матери. Некоторую тревожность можно снизить путем расширения области своих знаний о беременности, об особенностях ее протекания, о предстоящих родах и др. Также тревожные переживания беременных женщин можно снизить путем обращения их за консультацией и помощью к наблюдающему беременность врачу акушеру-гинекологу, к психологу и другим специалистам.

Исследования в области предстоящего материнства показали, что беременность и сам процесс родоразрешения происходит лучше у женщин, которые проходили психологические программы подготовки к родам.

Женщине важно заранее научиться правильно расслабляться и правильно дышать во время схваток и самих родов. Психотерапевтическим сообществом сегодня широко внедряются различные программы психологической подготовки беременных женщин и их семьи к родам.

Целью психологической подготовки к предстоящим родам является: нормализование психоэмоционального статуса беременной, снижению воздействия стресса, контроль, осведомленность, а также снижение уровня беспокойства и дальнейшему воспитанию счастливого ребенка.

Мы выделили следующие методы, которые использованы в нашей программе по профилактике тревожности у беременных женщин:

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 по программе по профилактики тревожности у беременных женщин обязательно включаются различные методы арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, гимнастики, повышению родительской компетентности, разным творческим формам деятельности, освоение разных навыков и знаний для положительного течения беременности, облегчения родов и т.п. На занятиях по программе по профилактики тревожности у беременных женщин информируют о происходящих во время беременности изменениях в ее организме, обучают различным техникам дыхания и расслабления, информируют и правильном и полезном питании во время беременности, рассказывают о факторах, влияющих на нее и развитие ребенка и др.

Психолого-педагогическая помощь при подготовки 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) научение новой молодой семьи методам рефлексии, самоконтроля, активного слушания и саморегуляции;

3) способность раскрытия ранее не используемого творческого потенциала;

4) обучение правилам ухода за ребёнком и его раннему воспитанию и др.

Занятия для беременных женщин выстраиваются таким образом, чтобы настроиться на доверие к самой себе, к супругу, к окружающим, избавиться от негативных, тревожных мыслей и переживаний, на отработке технологии ведения процесса родов с применением дыхательных упражнений, массажа, различных расслабляющих и телесно-ориентированных техник. Также продолжается психологическая работа по снижению тревожности, снятию страхов перед предстоящими родами, снижению болевых ощущений.

Боязнь родов представляет значительный риск для здорового приспособления от беременности до родов и в ранний послеродовой период. Это связано с низким уровнем самоэффективности, более широкое использование лекарств боли во время родов, больше нежелательных акушерских вмешательств в родах, а также повышенный риск развития послеродовой депрессии. Курсы родовспоможения являются основным механизмом, с помощью которого беременные женщины изучают стратегии борьбы с родовой болью, однако обучение родам имеет ограниченную эффективность для снижения страха при родах и в некоторых случаях может даже заставить женщин сомневаться в своей способности справиться с родами, увеличивая тем самым страх.

Эмоциональное и психологическое благополучие женщины в значительной степени влияет на ее восприятие и переживания беременности и родов. Плохое эмоциональное здоровье связано с увеличением родового страха и риск развития депрессии, родовая травма, неспособность позитивно взаимодействовать с ребенком и встретиться с младенческими потребностями в

области развития, и может быть стрессором для парные отношения. Кроме того, беременные с боязнью родов чаще предпочитают кесарево сечение.

Консультативная, психотерапевтическая и психокоррекционная практика использует самые разнообразные техники групповой, индивидуальной, телесноориентированной, когнитивно-поведенческой, семейной, музыкальной и игровой терапии, психодрамы, психосинтеза, аутотренинга, транзактного анализа и другие известные им методики, руководствуясь скорее принципом эклектизма. Интеграция методик дает возможность работы с различными аспектами материнской сферы. Арт-терапия дополняет программы подготовки беременных к родам помогая соединить психологические аспекты беременности с физическими, она дает уникальную возможность активно идентифицировать определенные субпопуляции среди беременных, которые имели какие-либо сложности с вынашиванием или родоразрешением предыдущей беременности, например предыдущей внутриутробной смерти, злоупотребления психоактивными веществами, подростковой беременности, кесарева сечения или другого сильного стресса ситуации. Арт-терапия предлагает методы профилактики тревожности беременных как творческая форма психотерапевтического воздействия, которая может использоваться для коррекции тяжелых случаев психической инвалидности, травм и кризисных реакций.

Травматические эмоциональные переживания или воспоминания о травмах часто бывает трудно выразить словами. Арт-терапия дает возможность выразить эти чувства таким образом, который для человека превосходит устное или письменное слово. Создание визуальных образов стимулирует активность в той области мозга, где хранятся визуальные воспоминания. Использование изображений как инструмента удаляет клиента и терапевта из традиционной терапевтической среды. Изображение становится окном, доступным как для клиента, так и для терапевта, но также может рассматриваться как переходный объект, где эмоции и переживания

клиента сохраняются с помощью цвета и формы. Терапевтический процесс становится наглядным и конкретным, давая клиенту возможность вернуться к более ранним этапам процесса.

Опыт показывает, что активное рисование позволяет беременным женщинам расслабиться в своих телесных функциях и получить доступ к тяжелым эмоциям. Арт-терапия становится катализатором процесса саморефлексии. На физическом уровне он оказывает активирующее и уравнивающее действие на процессы в органах материнского тела. Психические и эмоциональные процессы можно воспринимать, углублять или рассматривать заново посредством визуализации и восприятия цвета. Свободное движение цвета оказывает обнадеживающее воздействие на эмоции. Освобождаются эмоции от стрессовых ситуаций, создавая пространство для более прочной связи с ребенком. Важно понимать, что способ смешивания цветов соответствует творческим силам человека. Таким образом, цвета используются по их сути. Представленная живописная терапия основана на методе «свет, тьма и цвет». Этот подход предполагает соответствие между атмосферными цветами в нашей окружающей среде и эмоциями внутри нас. Чувственное восприятие, стимулируемое цветами вне нас, формирует внутреннюю радугу настроений и эмоций внутри и расширяет внутреннее пространство.

Активный художественный процесс лучше всего подходит беременной женщине, потому что он предлагает сублимированный способ испытать пренатальную связь, разединение через роды и послеродовое соединение. Проекция изображений и переживаний из внутреннего мира во внешний, и расположение их на бумаге символизирует то, как ребенок вырастет и перейдет из утробы в внешний мир. Таким образом личные образы используются для повышения самопознания вместо того, чтобы оставаться неразрешенной тревогой, которая может прервать отношения матери и ребенка. Уделяя внимание к этой основной фазе, беременная женщина может

повысить свою самооценку и обрести чувство контроля, усиливая при этом ее привязанность к будущему ребенку.

Благодаря включению арт-терапии в программу подготовки беременных, женщины смогли визуализировать трудные эмоции и получить доступ к ним, тем самым обретая надежду и уверенность в себе. Когнитивные факторы важны для преодоления страха, поэтому вмешательства должны быть сосредоточены на развитии познания. Однако арт-терапию не следует рассматривать как заместительную терапию, а скорее как дополнительную услугу, помогающую женщинам, репродуктивное здоровье которых может быть серьезно затронуто повышенной тревожностью во время беременности. Она улучшает диалог в отношениях между клиентом и психологом

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.

### **3.2. Содержание психологической программы профилактики тревожности женщин в период беременности**

**Цель программы:** - профилактика и снижение тревожности беременных женщин.

**Задачи:**

1. Стабилизация психоэмоционального состояния.
2. Формирование навыков саморегуляции.
3. Укрепление ответственного и осознанного отношения к беременности и родам.
4. Повышение родительской компетентности.

**Целевая аудитория:** беременные женщины с 20 до 35 срок беременности от 18-26 недель (второй триместр).

**Организационные аспекты:** программа по снижению уровня тревожности и подготовки к родам рассчитана на 12 часов. Она включает 6 занятий, продолжительностью 2 часа 1 раз в неделю, с перерывом между блоками 15-20 мин. Также предполагается наличие домашнего задания после каждого занятия.

**Режим проведения занятий.** Для проведения упражнения было выбрано звуконепроницаемое помещение. В нем была мягкая удобная кресла и другая мягкая мебель, ковер на полу, видео и аудиотехника, уютная атмосфера, затемненные шторы на окнах. В комнате столько столов и стульев, чтобы все участники могли свободно сидеть для выполнения рисования и других техник. Занятия проводились в вечернее время, ведь это помогает безопасно использовать различные спецэффекты – свет и музыка, свечи, лампы для отдыха, зеркальные шары. В комнате было прекрасное подробное освещение для работы по вечерам.

На уроке необходимо было делать перерывы на 15-20 минут, во время которых можно было пить чай, пообщаться. Поскольку урок длился довольно долго, мы следили, чтобы участники не переутомлялись. Кроме того, чаепитие в перерывах, широко применяемое в различных тренингах, раскрепостило и сблизило участников.

Во время посещения класса участникам было предложено иметь общую тетрадь. Материалы лекций, некоторые учебные упражнения были записаны в тетрадь. Также были введены вопросы, возникающие во время занятий, и ответы на них, волнения и т.д. о сроке беременности

Для проведения занятий необходимо звукоизолированное помещение. В нем желательно наличие мягких удобных стульев и другой мягкой мебели, мата или ковра на полу, видео- и аудиотехника, уютная обстановка, плотные шторы на окнах. В комнате необходимо разместить столько столов и стульев,

чтобы все участницы свободно разместились для выполнения рисуночных и других техник. После каждого часа занятий необходимо делать перерывы на 15—20 минут, чтобы участницы не переутомились. Женщинам рекомендовалось завести общую тетрадь или блокнот, чтобы записывать материалы лекций, упражнения, домашнее задание и делать пометки на полях, например с вопросами и /или ответами, возникающими во время занятия, личные переживания.

**Форма занятий:** групповая (до 10 человек). Данная программа предполагает, наличие индивидуальных консультаций для первичной и итоговой психодиагностики.

#### *Содержание занятий*

1. Ознакомление с телесно-ориентированными техниками для беременных женщин (ознакомление с техникой самомассажа, типами дыхания, рекомендуемыми во время схваток, родов).

2. Обучение техникам расслабления и релаксации.

3. Работа с психоэмоциональным состоянием беременных женщин с помощью методов арт-терапии (составление тематических коллажей, использование изобразительной техники «кляксы, каракули», метод «мандалы» и др.).

4. Лекционный материал по интересующим вопросам.

**Оценка эффективности** Способом определения эффективности данной программы является повторная диагностика с целью выявления динамики эмоционального состояния, уровня тревоги. Это и позволяет позволяющих оценить успешность адаптации к беременности как к состоянию.

Занятия, с применением таких методик как – арт-терапия, телесно-ориентированная терапия и ролевые игры позволяли участницам группы выплескивать негативные эмоции и чувства, затем проговаривая их - отключаться от тревоги и напряжения.

**Таблица 4**



**Уровни и методы воздействия в психокоррекционного блока в работе с беременными**

Уровень воздействия	Характеристика уровня	Методы воздействия
Мотивационный	Работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками	Аутотренинг, арт-терапия, ролевые игры
Эмоциональный	Поощрение открытого выражения чувств Вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию.	Арт-терапия, ролевые игры, телесно ориентированная терапия.
Когнитивный	Передача знаний.	Лекции, синемалогия, библиогафия.
Операциональный	Формирование навыков и умений.	Отработка навыков.
Психофизический	Обучение регуляции функциональных и психических состояний.	Аутотренинг, арт-терапия, телесно ориентированная терапия.

Работа в группе позволяет почувствовать поддержку и единение на каждом занятии участницы обратную связь от ведущего группы и друг от друга, это давало понимание того, что ты не один и можешь опираться на окружающих людей. Каждое занятие предоставляет возможность через работу с рисунком, изо-материалы, телом понимать себя, своё эмоциональное

состояние, т.к. на первых этапах работы участницам было сложно дифференцировать свои эмоции и чувства. На этих занятиях участницы учились замедляться и через творческий процесс приходили к осознанию внутренних противоречий.

Также использовались элементы куклотерапии (участницам группы предлагалось связать из цветных тряпочек куклу – настроение, придумать ей имя и историю), рассказывая о созданной кукле участницы на метафорическом уровне рассказывали историю своей жизни. Это занятие не только осуществить диагностику эмоционального состояния участниц группы, и исследовать глубинные чувства и переживания каждой, продвинуться в понимании своих затруднений.

**Оценка эффективности** Способом определения эффективности данной программы является повторная диагностика с целью выявления динамики эмоционального состояния, уровня тревоги. Это и позволяет позволяющих оценить успешность адаптации к беременности как к состоянию.

### **Структура занятия**

1. Вводная часть - приветствие, раппорт. Сообщение участникам тренинга от каждой из женщин как она себя сейчас чувствует, какие у нее эмоции, мысли и ощущения в теле. Это позволяет получить умение прислушиваться к себе, к своим телесным ощущениям, отделить когнитивную составляющую от эмоциональной. - упражнения, позволяющие настроиться на работу.

2. Основная часть (беседа на заявленную тему, дискуссия, лекция, практические упражнения, релаксирующие приемы).

3. Заключительная часть: подведение итогов с целью рефлексии, обсуждение заданий на дом, ритуал прощания.

## **Тематическое планирование занятий**

### **ЗАНЯТИЕ 1 «Физиологические и психологические аспекты беременности»**

#### Задачи:

- знакомство участников группы
- мотивация участия в программе
- формирование представлений о физиологических и психологических изменениях в организме
- формирование навыков саморегуляции.

Более подробно ход занятия представлен в таблице 5

### **ЗАНЯТИЕ 2 «Перемены неизбежны и важны»**

#### Задачи:

- Формирование объективных представлений об изменениях в семейной системе, связанные с появлением ребенка.
- Формирование доверия к себе, поиск внутренней и внешней опоры.
- Формирование компетенций в сфере семейных отношений.

Более подробно ход занятия представлен в таблице 6

### **ЗАНЯТИЕ 3 «Мир внутри мамы»**

#### Задачи

- Формирование эмоциональной компетентности.
- Формирование представлений о внутриутробном развитии плода.
- Формирование навыков самопомощи и эмоциональной саморегуляции.

Более подробно ход занятия представлен в таблице 7

Таблица 5 Занятие №1

№	Ход работы	Время работы
1.	Представление ведущего. Сведения о курсе, знакомство с программой, методами и формами работы, правилами работы в группе	15 мин
2.	Знакомство участников группы. Рассказ о себе (имя, возраст, род занятий), уточнение запроса на работу.	20 мин
3.	Упражнение « Тайна имени».	15-20 мин
4.	Проведение психодиагностического обследования.	10 мин
Перерыв 15 - 20 мин		
5.	Лекция-беседа. «Изменения в организме на физиологическом и психологическом уровне».	30 мин
6.	Обсуждение в группе: Как изменилась Я с наступлением беременности.	15 мин
7.	Практическое упражнение. Обучение навыкам расслабления. Психогимнастика для лица.	15мин
8.	Релаксация с визуализацией « Зимний вечер».	10 мин
9.	Рефлексия занятия, самоотчет, заполнение дневников	10 мин
10.	Ритуал прощания.	0,5 мин

Таблица 6 Занятие №2

№	Ход работы	Время работы
1.	Ритуал приветствия, рассказ о своем настроении, о прошедших днях, ожидания от работы, описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства).	10 мин
2.	Лекция-беседа. «Изменения в семейной системе. Беременность как нормативный кризис семьи»	30 мин
3.	Сеанс релаксации	10 мин
4.	Практическое занятие « Мифы, установки и предубеждения социума, связанные с беременностью»	20 мин
	Перерыв 15 - 20 мин	
5.	Работа с метафорическими картами «Что теряю и что приобретаю в связи с беременностью (появлением ребенка)?	40 мин
6.	Рефлексия занятия, самоотчет, заполнение дневников.	15 мин
7.	Ритуал прощания.	0,5 мин

Таблица 7 Занятие №3

№	Ход работы	Время работы
1.	Ритуал приветствия, рассказ о своем настроении, о прошедших днях, ожидания от работы, описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)	10 мин
2.	Внутриутробное развитие ребенка фильм+ обсуждение Лекция- беседа «Развитие мозга у ребенка»	40 мин
Перерыв 15 - 20 мин		
3.	Практическая часть. Упражнение «Жизнь в матке».	30 мин
4.	Обсуждение упражнения (мысли и чувства по ходу рисования)	15 мин
5.	Рефлексия занятия, самоотчет, заполнение дневников	10 мин
6.	Ритуал прощания.	0,5 мин

#### **ЗАНЯТИЕ 4 «Привязанность - основа любви»**

##### Задачи

- Формирование представлений о психическом развитии плода
- Формирование навыков взаимодействия с плодом
- Формирование навыков релаксации

Более подробно ход занятия представлен в таблице 8

Таблица 8 Занятие №4

№	Ход работы	Время работы
1.	Ритуал приветствия, рассказ о своем настроении, о прошедших днях, ожидания от работы, описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства).	10 мин
2.	Раннее формирование привязанности. Общение с ребенком во время беременности. Гаптономия	40 мин
Перерыв 15 - 20 мин		
3.	Практическое упражнение Релаксация + рисунок « Погружение к малышу».	30 мин
4.	Обсуждение рисунка	10 мин
5.	Рефлексия занятия, самоотчет, заполнение дневников	15 мин
6.	Ритуал прощания.	0,5 мин

### **ЗАНЯТИЕ 5 «Я как мама»**

#### Задачи

- Формирование доверия к себе, поиск внутренней и внешней опоры.
- Формирование объективного представления о материнстве.

Более подробно ход занятия представлен в таблице 9

Таблица 9 Занятие №5

№	Ход работы	Время работы
1.	Ритуал приветствия, рассказ о своем настроении, о прошедших днях, ожидания от работы, описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)	10 мин
2.	Практическое упражнение «Я идеальная мама» (формирование образа достаточно хорошей матери). Последующее обсуждение результатов упражнения.	25 мин
Перерыв 15 - 20 мин		
4.	Коллаж «Я -как мама»	30 мин
5.	Групповое обсуждение	10 мин
6.	Рефлексия занятия, самоотчет, заполнение дневников	15 мин
7.	Ритуал прощания.	0,5 мин

Оборудование для коллажа: листы формат А-3, клей, ножницы, журналы различной тематики

### **ЗАНЯТИЕ 6 «Мы под защитой»**

#### Задачи

- Формирование позитивных установок в отношении беременности
- Формирование навыков эмоциональной саморегуляции

Оборудование: лоскутки ткани, красные нитки, ножницы, вата, картон.

Более подробно ход занятия представлен в таблице 10



Таблица 10 Занятие №6

№	Ход работы	Время работы
1	Ритуал приветствия, рассказ о своем настроении, о прошедших днях, ожидания от работы, описание своего актуального состояния (ощущения в теле, мысли, чувства)	10 мин
2.	Экскурс в историю по изготовлению оберегов и талисманов.	15 мин
3.	Практическое упражнение. Куклотерапия. Изготовление куклы «Материнство-Беременность»	40-50 мин
Перерыв 15 - 20 мин		
4.	Обсуждение итогов работы. Рефлексия по курсу.	15 мин
5	Проведение итоговой психодиагностики.	10 мин
6	Написание пожеланий друг другу	10 мин
7.	Ритуал прощания.	0,5 мин

### **3.3 Формирующий эксперимент. Оценка эффективности программы профилактики тревожности женщин в период беременности**

В формирующем эксперименте, приняли участие 20 беременных женщин, со сроком беременности от 18-23 недель, обратившиеся в Женскую консультацию ФГБУЗ Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства ЗАТО г. Железногорска. Возраст женщин от 20 лет до 35 года.

Для измерения уровня тревожности у беременных женщин мы использовали те же методики:

1. Шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS).
2. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе.
3. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) адаптация Ю.Л.Ханиным

Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Шкала тревоги Шихана представлена в Приложении 7.

С целью наблюдения за динамикой психоэмоционального состояния, по методике Шкала тревоги Шихана (сокр. ShARS) мы обратимся к таблице 11 и рисунку 4.

Динамика уровня тревожности женщин с 20 до 35 лет методика Шкала тревоги Шихана.

По результатам динамики исследования мы видим, что у большинства беременных женщин с первой беременностью, а именно у 5 женщин снизилась клинически выраженная тревога, что в процентном выражении составляет 25% от общего числа выборки.

Таблица 11

Показатели	отсутствие клинически выраженной тревоги	клинически выраженная тревога	тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство
количество женщин до психологической программы	7	13	-
в %	35%	65%	-
количество женщин после психологической программы	12	8	-
в %	60%	40%	-

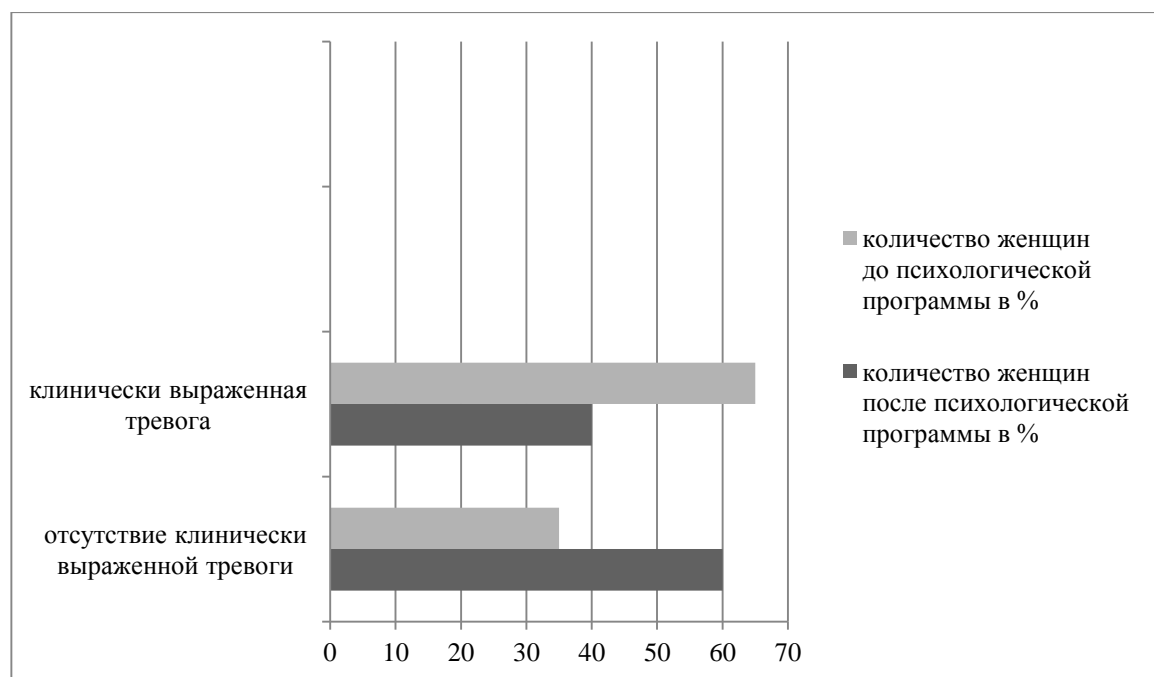


Рисунок 4 Динамика психоэмоционального состояния беременных женщин по методике Шкала тревоги Шихана до и после прохождения программы коррекции тревожности женщин в период беременности

Далее мы видим, что 8 женщин имеющих клинически выраженную тревогу, тревога снизилась по количественным показателям, однако еще осталась более 30 баллов, что соответствует клинически выраженной тревоге.

Тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство также выявлено не было.

Таким образом, положительная динамика уровня после применения программы профилактики тревожности беременных женщин тревожности женщин по Шкале тревоги Шихана составила 25% от общего числа испытуемых.

Далее рассмотрим динамику по другим методикам.

Динамика психоэмоционального состояния, по методике Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г. Норакидзе отражена в таблице 12 и рисунке 5.

Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора адаптация В.Г. Норакидзе представлена в Приложении 8.

Динамика уровня тревожности женщин с 20 до 35 лет методика Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора адаптация В.Г. Норакидзе

Таблица 12

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 до психологической программы	3	4	9	4	—
в %	15%	20%	45%	20%	—
количество женщин после психологической программы	4	12	2	2	—
в %	20%	60%	10%	10%	—

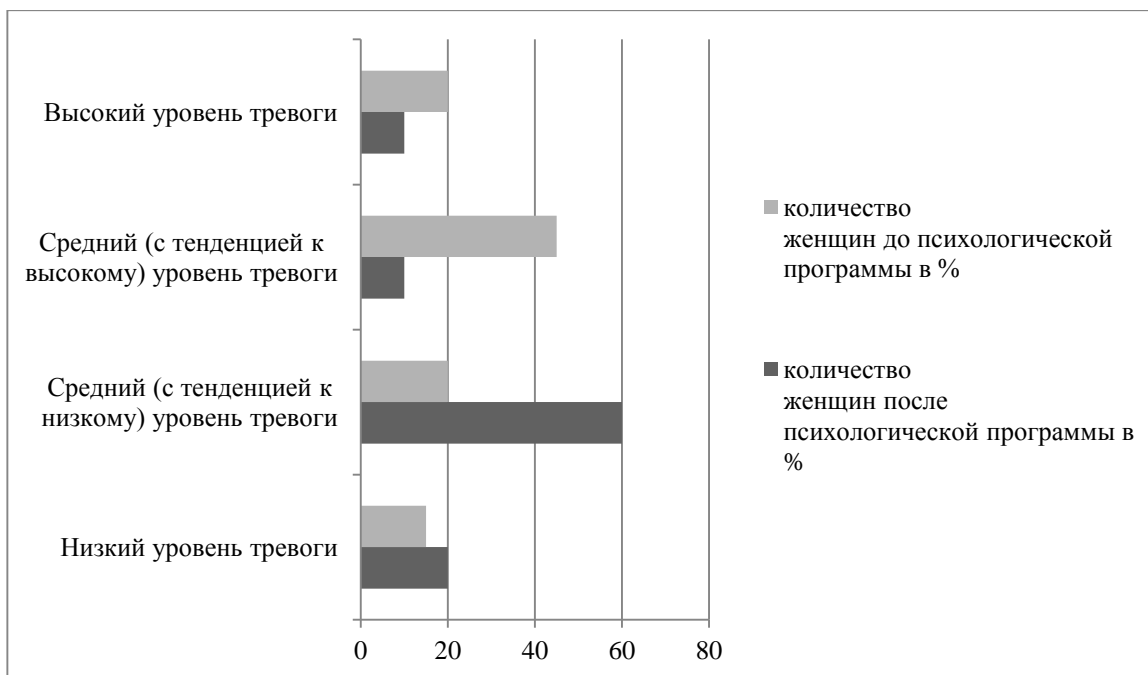


Рисунок 5 Динамика психоэмоционального состояния беременных женщин методике Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора адаптация В.Г. Норакидзе до и после прохождения программы коррекции тревожности женщин в период беременности

По результатам динамики исследования мы видим, что высокий уровень тревожности снизился у 2 женщин данной группы, что составляет 10% от общего числа выборки.

У 7 женщин снизился средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности, что в процентном выражении составляет 35% от общего числа выборки.

Далее мы видим, что у 8 женщин снизился средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, что составляет 40%.

И низкий уровень тревоги снизился у 1 беременной женщины, что в процентном выражении составляет 5% от общего числа выборки.

Таким образом, по методике Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора адаптация В.Г. Норакидзе можно отследить положительную

динамику уровня тревожности женщин после прохождения программы коррекции тревожности беременных женщин.

До применения программы самый большой показатель 45% был на среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревоги, после прохождения программы этот показатель снизился на 35%. А показатель средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, вырос соответственно на 40%.

Также показатель высокого уровня тревоги снизился на 10% и составляет 10% женщин от всей выборки. Беременные женщины испытывают тревожные переживания, связанные с предстоящими родами и подготовленности к появлению ребенка.

Далее рассмотрим динамику психоэмоционального состояния, по методике Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI), она отражена в таблице 13 и рисунке 6.

Динамика уровня тревожности женщин с 20 до 35 лет методика Шкала тревоги Спилбергера.

Таблица 13

Количество женщин до психологической программы						
Показатели	Низкая тревожность		Средняя тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%
Реактивная тревожность	8	40	11	55	1	5
Личностная тревожность	2	10	13	65	5	25
Количество женщин после психологической программы						
Показатели	Низкая тревожность		Средняя тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%	кол-во женщин	%
Реактивная тревожность	17	85	3	15	-	-
Личностная тревожность	10	50	10	50	-	-

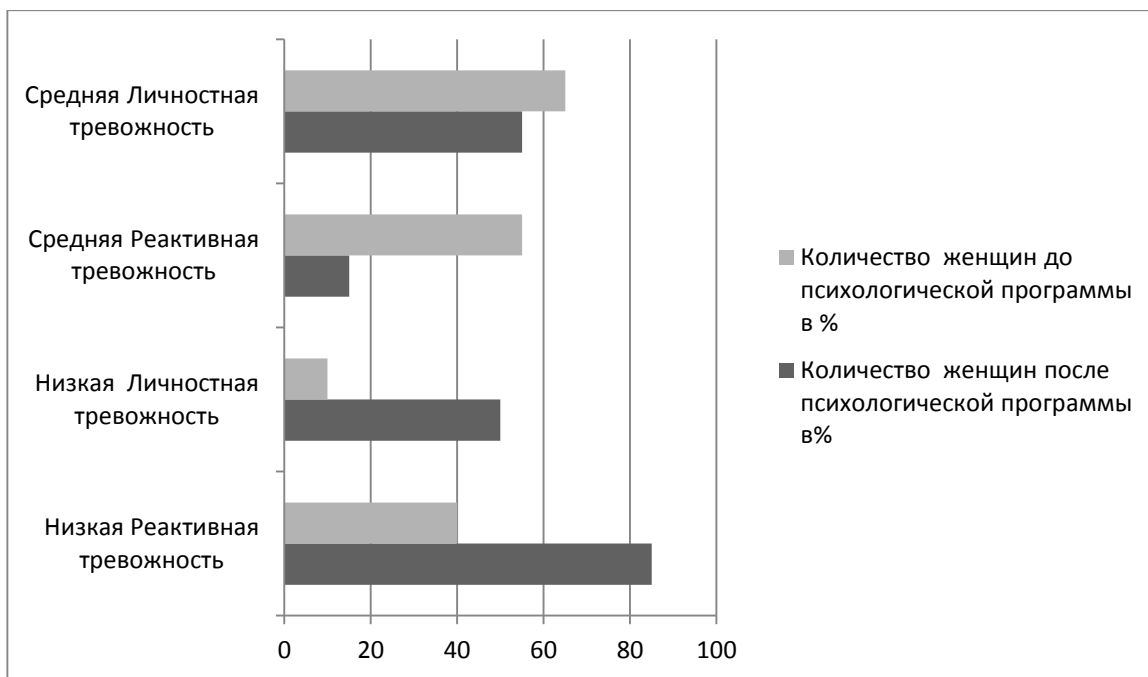


Рисунок 5 Динамика психоэмоционального состояния беременных женщин методике Шкала тревоги Спилбергера до и после прохождения программы коррекции тревожности женщин в период беременности

Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Шкала тревоги Спилбергера представлена в Приложении 9.

По результатам динамики исследования, мы можем сказать, что 40% женщин снизился показатель средней реактивной тревожности до низкого уровня. Женщины отмечают эмоциональную стабильность и слабо выраженные тревожные переживания.

После проведения программы средний уровень реактивной тревожности отмечен всего у 15% женщин. Тогда как, показатель низкого уровня тревожности вырос на 45% и составляет 85% от общего числа выборки.

Высокий уровень ситуативной тревожности после проведения психологической программы коррекции тревожности выявлен не был, несмотря на то, что до внедрения программы он составлял 5% от общего числа испытуемых.

После внедрения программы психологической профилактики тревожности беременных женщин низкий уровень личностной тревожности вырос на 40% и был выявлен у 10 женщин, что составляет 50% от всей выборки. Беременные женщины с низким уровнем тревожности в целом эмоционально стабильны и готовы к предстоящим радостным событиям в их жизни.

Средний уровень личностной тревожности снизился на 15%, по сравнению с контролирующим экспериментом.

Высокая личностная тревожность не была выявлена после проведения программы.



### **Выводы по III главе.**

Для снижения уровня тревожности беременных женщин нами был проведен эксперимент. Он проводился на базе Женской консультации ФГБУЗ Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства ЗАТО г. Железногорска.

Эксперимент включал в себя три этапа:

1 этап – диагностический, который позволяет констатировать исходный уровень тревоги беременных женщин;

2 этап –направлен на внедрение и апробацию психологической программы коррекции тревожности женщин в период беременности;

3 этап – формирующий эксперимент,, который дает возможность сравнить полученные результаты, выявить эффективность программы по профилактике тревожности и психологической подготовки к родам.

На основе результатов констатирующего этапа эксперимента стало очевидным, что беременным женщинам, свойственно переживание тревоги в той или иной степени выраженности. Это обусловлено рядом изменений (гормональные, физиологические, психические и др.), которые происходят в жизни и в организме женщины во время беременности.

Это и послужило основанием для проведения следующего этапа

к

с На формирующем этапе эксперимента были проведены те же методики, что и на констатирующем эксперименте.

е Результаты формирующего эксперимента в группе показали, что занятия по программе психологической подготовки к родам способствует снижению уровня тревожности беременных женщин.

м Стабилизируется эмоциональное состояние, снижается уровень ситуационной тревоги. При этом, личностная тревожность не подверглась

н

т

а

изменениям, оставшись практически на том же уровне. Однако, нашей целью и не служила полная трансформация личности, а только снижение тревожности и гармонизация в отношении к беременности и в сфере материнства

В подтверждение полученным результатам, посредством субъективного отношения к изменениям функционального эмоционального состояния, была отмечена положительная динамика, беременные говорили о том, что «стали более спокойными», «настроение улучшилось», «стали больше думать о своей материнской роли», «улучшилось отношение к телесным изменениям». уверенность в себе, осознания себя в роли будущей матери, самосознания, а также снижения страха перед родоразрешением.

В этой части исследования женщины описали, как повышенная тревога снижалась, заставляя их чувствовать себя сильнее и спокойнее. Женщины осознали, что изображения позволили им выразить страх по-другому, открыв терапевтическую дискуссию, где они могли быть глубоко поняты и подтверждены ведущим и другими женщинами. , у некоторым женщинам средства повышения их

Таким образом, в результате программы профилактики тревожности, удалось добиться позитивных изменений в основных проблемных зонах, по которым объективно можно судить об адаптации к беременности как к психофизиологическому состоянию.

## **Заключение**

Пренатальный стресс и тревожность беременной женщины и проблемы с психическим здоровьем связаны с устойчивыми последствиями как для матери, так и для ее ребенка. Кроме того, повышенная тревожность у матери может дополнительно прогнозировать отрицательные исходы родов, включая нарушение роста и более короткую беременность/повышенный риск преждевременных родов.

Наше исследование подчеркивает, что тревога и депрессия - обычное явление во время беременности. Следовательно, существует необходимость включить скрининг на тревожность и депрессию в дородовые программы и предоставить практическую поддержку женщинам во время беременности, особенно тем, кто в анамнезе уже страдал депрессией и у которых плохие семейные отношения. Исследование указывает на необходимость интеграции психического здоровья в существующую программу охраны здоровья матери и ребенка для обеспечения здоровья как матери, так и ребенка.

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

Проведено эмпирическое исследование особенности проявления тревожности беременных женщин с 20 до 35 лет. По результатам констатирующего эксперимента, выявлена необходимость применения программы психологической профилактики для снижения уровня тревожности у беременных женщин, что и являлось следующим этапом нашей работы.

На основании выявленных проблем была разработана и апробирована психологическая программа профилактики тревожности женщин в период

беременности снижает уровень тревожности беременных женщин. В основе предложенной программы лежит интеграция психологических, биологических и социальных факторов в осмыслении закономерностей и взаимосвязи происходящих процессов.

Программа предназначена для групповой работы, она разработана для беременных женщин с учетом их индивидуально-психологических особенностей.

Важно отметить, что программа ставит перед собой более узкую задачу: - оптимизация уровня тревожности женщин и формирование положительного психоэмоционального состояния во время беременности и предстоящих родов.

В данной работе предполагалось изучить влияние программы по профилактике тревожности и психологической подготовке к родам, включающую в себя:

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) научение новой молодой семьи методам рефлексии, самоконтроля, активного слушания и саморегуляции;

3) способность раскрытия ранее не используемого творческого потенциала;

4) обучение правилам ухода за ребёнком и его раннему воспитанию и др.

В исследовании приняли участие 20 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком. Возраст женщин от 20 до 35 лет.

Нами была выдвинута гипотеза, что занятия по психологической программы профилактики тревожности женщин в период беременности положительно влияет на снижение уровня тревожности беременных женщин.

В ходе работы был проведён эксперимент. После диагностики на выявление уровня тревожности, беременные занимались по программе подготовки к родам.

После проведения занятий было проведено повторное тестирование женщин. В ходе данного исследования нами были получены результаты, которые подтвердили выдвинутую гипотезу: занятия по психологической программе профилактики тревожности женщин в период беременности положительно влияет на снижение уровня тревожности беременных женщин.

На эмоциональном уровне удалось значительно снизить уровень ситуативной тревоги. У испытуемых улучшилось самочувствие, настроение, увеличилась активность. И посредством этого, появилась возможность, «наслаждаться» состоянием беременности.

Таким образом, можно говорить о том, что занятия по программе профилактики тревожности целесообразны для психологического состояния беременных женщин, которые готовятся к родоразрешению.

## Список литературы

1. Абрамова Г.С. Психология материнства. М.: Академический проект, 2006. С. 41
2. Абдурахимов Ф.М. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности /Ф.М. Абдурахимов, И. М. Мухамадиев, З. Х. Рафиева// Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. –№3. – С. 38–41.
3. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. — СПб., 2001. — 320 с.
4. Абрамченко В. В. Коваленко Н. П. Перинатальная психология. Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. 350 с.
5. Анохин А.А. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам // Мед. помощь. 2006. № 5. С. 11
6. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. - СПб.: Речь, 2005. С.44-49.
7. Безносюк О. Н. Психотерапия как функция культуры / О. Н.Безносюк, М. Л. Князева// Российский медицинский журнал. –2005. – №4. – С. 32–36.
8. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / Батуев А. С. и др.; ред. Батуев А. С. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. — 374 с.
9. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. С. 16–27.
10. Блох М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности. // Журнал практического психолога 2003. № 4–5. С. 199–207.
11. Боровикова, Н.В. Психологические аспекты трансформации Я - концепции беременной женщины / Н.В. Боровикова // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: тезисы конференции 27

мая. - М., 1998. - с. 22-29.

12. Боровикова Н. В., Посохова С. Т. Психологическая помощь беременным // Русский медицинский сервер <http://www.rusmedserv.com/psychpregn/pswork.htm/>

13. Боровикова, Н.В. Синдром беременности / Н.В. Боровикова, – Москва // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода: учебное пособие / Сост. А.Н. Васина. – Москва: Издательство УРАО, 2005. – С. 6-11.

14. Боровикова Н.В. Содержание психологических изменений при беременности / Н. В. Боровикова, С. Т. Посохова // Перинатальная психология. – 2005. – №2. – С. 15–18.

15. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 2. С. 79–87.

16. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 59–68

17. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 3. С. 110–118.

18. Бычкова Е.А. К вопросу о психологическом сопровождении беременности и подготовке к родам /Е.А. Бычкова // Вестник института семьи. – 2009. – №3. – С. 18–21.

19. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н., Блюм А.И., Селин А.В., Смирнов Н.В. Клиническая психология репродуктивного здоровья семьи. Курск: Учитель, 2017. 228 с

20. Вараксина, Г.Н. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических психосоциальных факторов: автореферат. Казань, 2002.

21. Васильева О.С., Могилевская Г.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 32–39.
22. Васина А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / А.Н. Васина — М.: УРАО, 2005. - 160 с.
23. Ветчанина, Е.Г., Залевский Г.В., Мальгина Г.Б. Значение психической ригидности при психоэмоциональном стрессе беременных// Материалы Всероссийской научно-практической конференции по перинатальной психологии. СПб., 2002. с. 163–164
24. Вдовиченко Ю. П. Современные аспекты партнерских родов / Ю. П. Вдовиченко, С. Ю. Вдовиченко// Здоровье женщины. – 2013. – № 3. – С. 34–36.
25. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов / И. З. Вельвовский. – М.: Медгиз, 1963. – 308 с.
26. Гацаева Л.Т. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности: автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2011. 125 с.
27. Завгородняя И.В. Психологические теории перинатального развития: учебное пособие. — Воронеж: Научная книга, 2010. — 159 с
28. Диагностики эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б.Дерманова. - СПб.: Издательство "Речь", 2002. С.124-126.
29. Докучаева С.Е. Эпидемиологическое значение социальных и психоэмоциональных факторов в вертикальной передаче ВИЧ-инфекции: автореф. дисс. канд. мед. наук. Саратов, 2005. 117 с.
30. Завьялова, Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод ее формирования: дис. канд. психол. наук. М., 2000
31. Захаров, А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение



Беременности и родов / А.И. Захаров. - М.: Эксмо, 2010. - 302с.

32. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 38–45.

33. Знаменская С.И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений. СПб.: Питер, 2007. С. 71-113.

34. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери // Журнал практической психологии 2003. № 5. С. 49–63

35. Качалина Т.С. Применение новых методов психологического сопровождения беременности и психопрофилактической подготовки к родам / Т. С. Качалина, Е. В. Лохина // Медицинский альманах. – 2013. –Т.6. №30. – С. 37–41.

36. Киселева А.Г., Вартанова И.В., Знаменская С.И., Максимова И.М. Особенности психоэмоционального состояния беременных и его динамика в зависимости от срока гестации // Тольяттинский медицинский консилиум. 2011. № 3-4.

37. Ковалева Ю.В. Контроль поведения при различном течении беременности / Ю. В. Ковалева, Е.А. Сергиенко// Психологический журнал. – 2007. – №1. – С. 70–82.

38. Коваленко Е. С. Страхи перед беременностью и родами у девушек юношеского возраста, не имевших репродуктивного опыта // Перинатальная психология и психология родительства. — 2009. — №4. — С. 64–70.

39. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов: Медико-социальные проблемы: диссертация доктора психологических наук. СПб, 2002. С. 21 19.

40. Коваленко, Н.П. Перинатальная психология / Н.П. Коваленко. М.: Эксмо, 2008. - 304 с.

41. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами

психотерапии): автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2010. 161 с.

42. Котлярова, М. Н. Изучение влияния социальных отношений беременных женщин на характер протекания беременности // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – № 3 (6).

43. Кравченко Е.Н. Сравнительный анализ методов родоразрешения: вертикальные и традиционные роды / Е. Н. Кравченко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. –2008. – Т. 7. № 3. – С. 27–30.

44. Крюкова Т. Л., Гончарова С. А. Страх беременности и родов и совладание с ним у женщин // Перинатальная психология и психология родительства. — 2009. — № 4. — С. 70–75.

45. Кузнецова Л. Э., Хошаби К. Э. Гармонизация системы отношений личности беременных женщин в процессе их психологического сопровождения // Молодой ученый. — 2016. — №10. — С. 1362-1366.

46. Кузьмина Ю.В. Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоциальноэтической модели беременности / Ю.В. Кузьмина. – М.: МГУ, 2010. - 38 с.

47. Кузьмич, О.Г. Тренинговый курс «Готовлюсь стать мамой» / О.Г. Кузьмич. - СПб.: Речь, 2007. -70с

48. Купченко В.Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. М., 2008. № 1. С. 48–59.

49. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж.Тейлор, адаптация В. Г. Норакидзе) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. - СПб., 2002. С.126-128.

50. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей. Электронное периодическое издание «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы» №1. 2010.

51. 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.

52. Левильен Е. Ю. Психологическая работа с болью в родах // Журнал практического психолога. Тематический выпуск: перинатальная психология и психология родительства. — 2003. — № 4–5. — С. 170–199.

53. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964. 344 с.

54. Лохина Е.В. Влияние медико-психологической подготовки к родам по программе «Счастливое материнство» на психоэмоциональное состояние женщины в период беременности / Е. В. Лохина // Медицинский альманах. – 2013. – № 2. – С. 199–202

55. Магилевская Е. В. Влияние типа психологического сопровождения беременных на их отношение к родам и родительству: дис. канд. психол. наук. — Ростов н/Д, 2003.

56. Макарова, А.А Влияние тревожности во время беременности на Развитие диады «мать– ребенок»: Автореф. дис. канд. наук /А.А.Макарова.- Архангельск, 2006-24с.

57. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты – Екатеринбург, Изд-во Чариод, 2002. – 188с

58. Мамаева Е.В. Профилактика осложнений течения беременности, родов при гестационном сахарном диабете с использованием усовершенствованного метода физиопсихопрофилактической подготовки: автореф. дисс. канд. мед. наук. Ижевск, 2004. 113 с.

59. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. с. 18–27.

60. Миронова Е. С., Чуйкова Т. С. Применение рисуночных методов в диагностике невынашиваемости беременности // Вестник Башкирского университета. 2010. Т. 15. №3

61. Митрушина Н.А. Диагностические методики в перинатальной

психологии: методические указания. Ярославль: ЯрГУ, 2009. 47 с.

62. Пенжоян М.А. Оценка эффективности психопрофилактической подготовки беременных к родам /М. А. Пенжоян, В. М. Покровский, Г. А. Пенжоян // Кубанский научный медицинский вестник. –2010. – №8. – С. 155–159

63. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери / под ред. И.Н. Земзюлиной. Курск, 2009. 192 с.

64. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004. С.121-122.

65. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2006. 136 с.

66. Прихожан А. М. Психология тревожности. СПб., 2009. С. 97–103.

67. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии / Под редакцией М. К. Тутушкиной / Санкт-Петербург, Издательство «Дидактика Плюс», 2007.

68. Рыбалка А.Н. Психологическая подготовка беременных женщин к родам/ А. Н. Рыбалка, И.Б. Глазкова, Э. Е. Гончарова // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. –2011. –Т.1. № 1. – с. 113–117.

69. Савельева Г. М. Акушерство: национальное руководство / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский; под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1200 с.

70. Скоромная Ю. Е. Субъективная готовность к материнству как психологический феномен. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. М. — 2006. 217с.

71. Скрипицкая Т.В. Психологическое сопровождение беременных женщин в рамках программ по подготовке к родам / Т.В. Скрипицкая. М.:

Аналог, 2009. - 84 с

72. Слюсарев Ю.В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития личности: Автореф. дис. канд. психол. наук / Ю.В. Слюсарев. - СПб.: СПбГУ, 1992. - 28 с.

73. Соколова О.А. Личностный кризис женщины в период беременности / Соколова О.А. // Личность и бытие. – Краснодар, 2005. – с. 80-86.

74. Соколова О. А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка. Психологический журнал. Т.28. 2007; 6: с.69-82.

75. Титаренко Т. М. Испытание Кризисом: Одиссея Преодоления. – Изд. 2-Е, Испр. –М.: «Когито-Центр», 2010 – с.304.

76. Ткаченко Л. В. Психопрофилактическая подготовка к родам в оценках женщин, у которых были партнерские роды/ Л. В. Ткаченко, А. В. Деларю // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. – 2006. – №4. – с. 29–31.

77. Трифонова Н.С., Жукова Э.В., Гринева А.М., Александров Л.С., Борисова Н.И. ЭКО с использованием донорских ооцитов и суррогатное материнство. Психологические особенности пациентов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019; 18(1): с.87–95.

78. Труфанова Н.Г. Физиологическая модель стресса ожидания у женщин/Вестник РГМУ: Периодический медицинский журнал. — 2010, Специальный выпуск №2. — с. 494.

79. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–37

80. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. М.: УРАО, 2005. 328 с.

81. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология в России: современные проблемы и тенденции развития. Психотерапия. — № 4 (148). — 2015. — С. 65 — 70.
82. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психосоматика: специфика психосоматических соотношений в репродуктивной сфере. Психотерапия. — №11 (155). — 2015. — С. 40 — 45.
83. Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю. Перинатальная психотерапия и репродуктивное здоровье семьи: интеграция подходов и расширение границ науки и практики. Психотерапия. — 2013. — № 11 (131). — Выпуск №5. — С. 92
84. Филиппова Г.Г. Печникова Е.Ю. От перинатальной психотерапии — к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности. Психотерапия. — №9 (141). — Выпуск №1. — 2014. — С. 36-41.
85. Филиппова Г.Г. Черткова И.Н., Сапарова И.М. и др. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Журнал практической психологии № 5. С. 64–82.
86. Филиппова Г. Г. Вопросы психологии. 2011. №2. С. 22–37.
87. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования в психологии // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 67–70.
88. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Издательство института психотерапии, 2002. 228 с.
89. Филиппова Г.Г. Современное состояние и задачи психологической помощи родителям в период ожидания и раннего развития ребенка // Журнал практической психологии 2003. № 5. С. 222–249
90. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2011. — №6.
91. Филиппова, Г. Г. Особенности восприятия женщинами ситуации

беременности при благоприятном и неблагоприятном ее течении / Г. Г. Филиппова, О. А. Румянцева // Перинатальная психология и психология родительства. - 2006. - № 2. - с. 94-114

92. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции. / Под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – с.- 35-36.

93. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / Авторы очерка о Фрейде Ф.В. Бассин и М.Г. Ярошевский. М.: Наука, 1989. 456 с.

94. Фролова О. Г. Физическая и психологическая подготовка к родам. Методические рекомендации. М., 2000. С. 117

95. 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.

96. Чибисова М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины: Дис. канд. психол. наук. — М., 2003. — 267 с. 59.

97. 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.

98. Чумакова Г.Н., Сидоров П.И., Щукина Е.Г. Перинатальная психология – СПб.: Специальная литература, 2015.

99. Шелехов, И.Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: автореферат дис. канд. психол. наук. Томск, 2006.

100. Bergström M. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth / M. Bergström, H. Kielerb, U.

Waldenströma // Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. –2010. –Vol. 89. № 6. – P. 794–800.

101. Chuntharapat S. Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes / S. Chuntharapat, W. Petpichetchian, U. Hatthakit // Complementary Therapies in Clinical Practice. – 2008. – Vol. 14, No2. – P. 105–115.

102. Getter A. A. Lesson in Lamaze / A. A. Getter // American Journal of Hospice and Palliative Medicine. –2010. – Vol. 27. № 3. – P. 226–227.

103. Hodnett E. D. Continuous support for women during childbirth / E. D. Hodnett, S. Gates, G. J. Hofmeyr, C. Sakala // Birth. –2005. – Vol. 32. № 1. – P. 72–74.

104. Michaels P.A. Comrades in the Labor Room: The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Home Front, 1951–1957 / P.A. Michaels // American historical review. – 2010.

105. Smith, C. A. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour (Review) / C. A. Smith, K. M. Levett, C. T. Collins, L. Jones // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – Issue 2, No CD009290

106. Spinelli, A. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? / A. Spinelli, G. Bagliol, S. Donati // The Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine. – 2003. – No 13. – P. 94–101.

107. Werny, T. Prenatal and Perinatal Psycho-Medicine / Werny T., Weintraub P., Klimek P.– Cracov: DreAM, 2000.– P.293–320.



## Приложения

### Приложение 1

#### Шкала тревоги Д. Шихана (сокр. ShARS)

##### Описание теста

Опросник состоит из 35 утверждений. Тестирование продолжается 25-30 мин.

##### Инструкция к тесту

Шкала создана на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространенные проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Каждый пункт оценивается по шкале от 0 до 4 баллов.

Определите, насколько Вас беспокоили в течение последней недели указанные ниже симптомы. Отметьте номер Вашего ответа на бланке ответов.

##### Тест опросника

В течение последней недели (7 дней), насколько Вас беспокоили следующие жалобы	Нет 0	Немного 1	Умеренно 2	Сильно 3	Крайне сильно 4
1. Затруднение на вдохе, нехватка воздуха или учащённое дыхание					
2. Ощущение удушья или комка в горле					
3. Сердце скачет, колотится, готово выскочить из груди					

4. Загрудинная боль, неприятное чувство сдавления в груди					
5. Профузная потливость (пот градом)					
6. Слабость, приступы дурноты, головокружения					
7. "Ватные, "не свои" ноги					
8. Ощущение неустойчивости или потери равновесия					
9. Тошнота или неприятные ощущения в животе					
10. Ощущение того, что всё окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстранённым					
11. Ощущение, что всё плывёт, "нахожусь вне тела"					
12. Покалывание или онемение в разных частях тела					
13. Приливы жара или озноба					
14. Дрожь (тремор)					
15. Страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное					

16. Страх сойти с ума или потери самообладания					
17. Внезапные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из вышеперечисленных признаков, возникающие непосредственно перед и при попадании в ситуацию, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ					
18. Внезапные неожиданные приступы тревоги, сопровождающиеся тремя или более из выше перечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода ( т.е., когда Вы НЕ находитесь в ситуации, которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
19. Внезапные неожиданные приступы, сопровождающиеся только одним или двумя из вышеперечисленных признаков, возникающие по незначительным поводам или без повода (т.е. , когда Вы НЕ находитесь в ситуации,					

которая, по Вашему опыту, может вызвать приступ)					
20. Периоды тревоги, нарастающей по мере того, как Вы готовитесь сделать что-то, что, по Вашему опыту, может вызвать тревогу, причём более сильную, чем та, что в таких случаях испытывает большинство людей					
21. Избегание пугающих вас ситуаций					
22. Состояние зависимости от других людей					
23. Напряжённость и неспособность расслабиться					
24. Тревога, "нервозность", беспокойство					
25. Приступы повышенной чувствительности к звуку, свету и прикосновению					
26. Приступы поноса					
27. Чрезмерное беспокойство о собственном здоровье					
28. Ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости					
29. Головные боли или боли в шее					

30. Трудности засыпания					
31. Просыпания среди ночи или беспокойный сон					
32. Неожиданные периоды депрессии, возникающие по незначительным поводам или без повода					
33. Перепады настроения и эмоций, которые в основном зависят от того, что происходит вокруг Вас					
34. Повторяющиеся и неотступные представления, мысли, импульсы или образы, которые Вам кажутся тягостными, противными, бессмысленными или отталкивающими					
35. Повторение одного и того же действия как ритуала, например, повторные перепроверки, пережевывание и пересчёт при отсутствии в этом действии необходимости					

### **Интерпретация**

Общий балл по шкале равен сумме баллов всех пунктов. Таким образом, общий балл может находиться в диапазоне от 0 до 140.

0 - 29 - отсутствие клинически выраженной тревоги,

30 - 79 - клинически выраженная тревога,

80 и выше - тяжелое тревожное расстройство, паническое расстройство.

По данным клинических исследований, показатели по шкале самооценки тревоги Д. Шихана при паническом расстройстве и агорафобии (при невротических расстройствах) соответствуют числовому диапазону от 37 до 77 баллов.

## Приложение 2

### Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) адаптация В.Г.Норакидзе

#### Описание теста

Опросник состоит из 50 утверждений, которые направлены на диагностику «тревожности», и 10 утверждений шкалы «лжи». Тестирование продолжается 15-30 мин.

#### Инструкция к тесту

Вам предлагается ознакомиться с набором высказываний, касающихся черт характера. Если вы согласны с утверждением, отвечайте «Да», если не согласны – «Нет». Долго не задумывайтесь, важен первый пришедший вам в голову ответ.

#### Тест

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.

6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-либо одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство других людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.
21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня нелегко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен все принимать слишком всерьез.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство других людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие.
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.

33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которых мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденным, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклоняться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидания или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться.
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо.
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я — человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда, я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.



54. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня гораздо меньше различных опасений и страхов, чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

### **Обработка и интерпретация результатов теста**

Вначале следует обработать результаты по шкале лжи. Она диагностирует склонность давать социально желательные ответы. Если этот показатель превышает 6 баллов, то это свидетельствует о неискренности испытуемого.

#### **Шкала лжи**

- ответы «да» к пунктам 2, 10, 55
- ответы «нет» к пунктам 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

#### **Шкала тревоги**

- Ответы «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.
- Ответы «Нет» на высказывания: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Ответы, совпадающие с ключом оцениваются в 1 балл. Количество баллов суммируется.

### **Оценка результатов теста**

- 40-50 баллов рассматриваются как показатель очень высокого уровня тревожности,

- *25-40 баллов* свидетельствуют о высоком уровне тревожности,
- *15-25 баллов* – о среднем (с тенденцией к высокому) уровне тревожности,
- *5-15 баллов* – о среднем (с тенденцией к низкому) уровне тревожности,
- *0-5 баллов* – о низком уровне тревожности.

**Шкала тревоги Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)  
адаптация Ю.Л.Ханиным**

**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.

**Шкала реактивной тревожности**

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**

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4

5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4

19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

### Шкала личной 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.

#### Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4

27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4

39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Обработка результатов

Обработка результатов включает следующие этапы:

- Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.
- На основе оценки уровня тревожности составление рекомендаций для коррекции поведения испытуемого.
- Вычисление среднегруппового показателя реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) и их сравнительный анализ в зависимости, например, от половой принадлежности испытуемых.

### Ключ

РТ		Ответы				ЛТ		Ответы			
№	1	2	3	4	№	1	2	3	4		
<i>Реактивная тревожность</i>					<i>Личностная тревожность</i>						
<b>1</b>	4	3	2	1	<b>21</b>	4	3	2	1		
<b>2</b>	4	3	2	1	<b>22</b>	1	2	3	4		
<b>3</b>	1	2	3	4	<b>23</b>	1	2	3	4		

<b>4</b>	1	2	3	4	<b>24</b>	1	2	3	4
<b>5</b>	4	3	2	1	<b>25</b>	1	2	3	4
<b>6</b>	1	2	3	4	<b>26</b>	4	3	2	1
<b>7</b>	1	2	3	4	<b>27</b>	4	3	2	1
<b>8</b>	4	3	2	1	<b>28</b>	1	2	3	4
<b>9</b>	1	2	3	4	<b>29</b>	1	2	3	4
<b>10</b>	4	3	2	1	<b>30</b>	4	3	2	1
<b>11</b>	4	3	2	1	<b>31</b>	1	2	3	4
<b>12</b>	1	2	3	4	<b>32</b>	1	2	3	4
<b>13</b>	1	2	3	4	<b>33</b>	1	2	3	4
<b>14</b>	1	2	3	4	<b>34</b>	1	2	3	4
<b>15</b>	4	3	2	1	<b>35</b>	1	2	3	4
<b>16</b>	4	3	2	1	<b>36</b>	4	3	2	1
<b>17</b>	1	2	3	4	<b>37</b>	1	2	3	4



<b>18</b>	1	2	3	4	<b>38</b>	1	2	3	4
<b>19</b>	4	3	2	1	<b>39</b>	4	3	2	1
<b>20</b>	4	3	2	1	<b>40</b>	1	2	3	4

### **Интерпретация результатов**

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (реактивной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая тревожность,
- 31 - 44 балла – умеренная тревожность;
- 45 и более – высокая тревожность.

## Приложение 4

### Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики Шкала тревоги Шихана

№	Возраст	Шкала тревожности (в баллах)	Уровень тревожности
1	26	24	отсутствие клинически выраженной тревоги
2	30	16	отсутствие клинически выраженной тревоги
3	34	35	клинически выраженная тревога
4	22	35	клинически выраженная тревога
5	30	45	клинически выраженная тревога
6	34	16	отсутствие клинически выраженной тревоги
7	27	35	клинически выраженная тревога
8	29	36	клинически выраженная тревога
9	27	37	клинически выраженная тревога
10	32	50	клинически выраженная тревога
11	32	14	отсутствие клинически выраженной тревоги
12	23	55	клинически выраженная тревога
13	34	40	клинически выраженная тревога

14	30	54	клинически выраженная тревога
15	30	16	отсутствие клинически выраженной тревоги
16	31	36	клинически выраженная тревога
17	27	14	отсутствие клинически выраженной тревоги
18	32	14	отсутствие клинически выраженной тревоги
19	32	37	клинически выраженная тревога
20	28	38	клинически выраженная тревога

## Приложение 5

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики «Измерения уровня тревожности» Дж Тейлор (адаптация В.Г.Норакидзе).

№	Возраст	Шкала тревожности (в баллах)	Шкала лжи (в баллах)	Уровень тревожности
1	26	14	3	средний (с тенденцией к низкому)
2	30	6	3	средний (с тенденцией к низкому)
3	34	15	3	средний (с тенденцией к высокому)
4	22	17	4	средний (с тенденцией к высокому)
5	30	25	1	высокий
6	34	6	1	средний (с тенденцией к низкому)
7	27	15	3	средний (с тенденцией к высокому)
8	29	16	2	средний (с тенденцией к высокому)
9	27	17	1	средний (с тенденцией к высокому)
10	32	30	3	высокий
11	32	4	1	низкий
12	23	35	2	высокий

13	34	20	3	средний (с тенденцией к высокому)
14	30	34	3	высокий
15	30	6	2	средний (с тенденцией к низкому)
16	31	16	3	средний (с тенденцией к высокому)
17	27	4	1	низкий
18	32	4	3	низкий
19	32	17	3	средний (с тенденцией к высокому)
20	28	18	1	средний (с тенденцией к высокому)

## Приложение 6

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики Шкала тревоги Спилбергера адаптация Ю.Л.Ханиным.

№ испытуемых	Возраст	Реактивная тревожность (значение в баллах)	Личностная тревожность (значение в баллах)	Оценка тревожности
1	26	37	24	РТ – средняя ЛТ - низкая
2	30	20	20	РТ - низкая ЛТ - низкая
3	34	23	31	РТ - низкая ЛТ - средняя
4	22	30	31	РТ - низкая ЛТ - средняя
5	30	44	50	РТ - средний ЛТ - высокий
6	34	32	35	РТ - средняя ЛТ - средняя
7	27	36	38	РТ - средняя ЛТ - средняя
8	29	25	40	РТ - низкая ЛТ - средняя
9	27	42	48	РТ - средняя ЛТ - высокая
10	32	40	32	РТ - средняя ЛТ - средняя
11	32	47	44	РТ - высокая ЛТ - средняя

12	23	31	47	РТ - средняя ЛТ - высокая
13	34	20	31	РТ - низкая ЛТ - средняя
14	30	28	32	РТ - низкая ЛТ - средняя
15	30	30	40	РТ - низкая ЛТ - средняя
16	31	43	31	РТ - средняя ЛТ - средняя
17	27	42	46	РТ - средняя ЛТ - высокая
18	32	20	31	РТ - низкая ЛТ - средняя
19	32	32	45	РТ - средняя ЛТ - высокая
20	28	31	44	РТ - средняя ЛТ - средняя

## Приложение 7

Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Шкала тревоги Шихана

№	Возраст	Количество женщин до психологической программы		Количество женщин до психологической программы	
		Шкала тревожности (в баллах)	Уровень тревожности	Шкала тревожности (в баллах)	Уровень тревожности
1	26	24	отсутствие клинически выраженной тревоги	18	отсутствие клинически выраженной тревоги
2	30	16	отсутствие клинически выраженной тревоги	13	отсутствие клинически выраженной тревоги
3	34	35	клинически выраженная тревога	30	отсутствие клинически выраженной тревоги
4	22	35	клинически выраженная тревога	27	отсутствие клинически выраженной тревоги
5	30	45	клинически выраженная тревога	33	клинически выраженная тревога
6	34	16	отсутствие клинически выраженной тревоги	15	отсутствие клинически выраженной тревоги
7	27	35	клинически выраженная тревога	22	отсутствие клинически выраженной тревоги
8	29	36	клинически выраженная тревога	27	отсутствие клинически выраженной тревоги
9	27	37	клинически выраженная тревога	30	клинически выраженная тревога
10	32	50	клинически выраженная тревога	37	клинически выраженная тревога



11	32	14	отсутствие клинически выраженной тревоги	12	отсутствие клинически выраженной тревоги
12	23	55	клинически выраженная тревога	35	клинически выраженная тревога
13	34	40	клинически выраженная тревога	33	клинически выраженная тревога
14	30	54	клинически выраженная тревога	38	клинически выраженная тревога
15	30	16	отсутствие клинически выраженной тревоги	12	отсутствие клинически выраженной тревоги
16	31	36	клинически выраженная тревога	27	отсутствие клинически выраженной тревоги
17	27	14	отсутствие клинически выраженной тревоги	11	отсутствие клинически выраженной тревоги
18	32	14	отсутствие клинически выраженной тревоги	10	отсутствие клинически выраженной тревоги
19	32	37	клинически выраженная тревога	30	клинически выраженная тревога
20	28	38	клинически выраженная тревога	26	отсутствие клинически выраженной тревоги

## Приложение 8

Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора адаптация В.Г.Норакидзе

№	Возраст	Количество женщин до психологической программы		Количество женщин после психологической программы	
		Шкала тревожности (в баллах)	Уровень тревожности	Шкала тревожности (в баллах)	Уровень тревожности
1	26	14	средний (с тенденцией к низкому)	10	средний (с тенденцией к низкому)
2	30	6	средний (с тенденцией к низкому)	4	низкий
3	34	15	средний (с тенденцией к высокому)	13	средний (с тенденцией к низкому)
4	22	17	средний (с тенденцией к высокому)	14	средний (с тенденцией к низкому)
5	30	25	высокий	20	средний (с тенденцией к высокому)
6	34	6	средний (с тенденцией к низкому)	5	средний (с тенденцией к низкому)
7	27	15	средний (с тенденцией к высокому)	12	средний (с тенденцией к низкому)
8	29	16	средний (с тенденцией к высокому)	12	средний (с тенденцией к низкому)
9	27	17	средний (с тенденцией к высокому)	14	средний (с тенденцией к низкому)
10	32	30	высокий	23	средний (с тенденцией к высокому)
11	32	4	низкий	3	низкий

12	23	35	высокий	28	высокий
13	34	20	средний (с тенденцией к высокому)	14	средний (с тенденцией к низкому)
14	30	34	высокий	27	высокий
15	30	6	средний (с тенденцией к низкому)	5	средний (с тенденцией к низкому)
16	31	16	средний (с тенденцией к высокому)	13	средний (с тенденцией к низкому)
17	27	4	низкий	3	низкий
18	32	4	низкий	4	низкий
19	32	17	средний (с тенденцией к высокому)	14	средний (с тенденцией к низкому)
20	28	18	средний (с тенденцией к высокому)	13	средний (с тенденцией к низкому)

## Приложение 9

### Динамика индивидуальных показателей испытуемых по итогам формирующего эксперимента при помощи методики Шкала тревоги Спилбергера

№ испытуемых	Возраст	Количество женщин до психологической программы			Количество женщин после психологической программы		
		Реактивная тревожность (значение в баллах)	Личностная тревожность (значение в баллах)	Оценка тревожности	Реактивная тревожность (значение в баллах)	Личностная тревожность (значение в баллах)	Оценка тревожности
1	26	37	24	РТ – средняя ЛТ - низкая	30	22	РТ – низкая ЛТ - низкая
2	30	20	20	РТ - низкая ЛТ - низкая	17	18	РТ - низкая ЛТ - низкая
3	34	23	31	РТ - низкая ЛТ - средняя	20	29	РТ - низкая ЛТ - низкая
4	22	30	31	РТ - низкая ЛТ - средняя	27	30	РТ - низкая ЛТ - низкая
5	30	44	50	РТ - средняя ЛТ - высокий	30	45	РТ - низкая ЛТ - средняя
6	34	32	35	РТ - средняя ЛТ - средняя	28	32	РТ - низкая ЛТ - средняя
7	27	36	38	РТ - средняя ЛТ - средняя	30	33	РТ - низкая ЛТ - средняя
8	29	25	40	РТ - низкая ЛТ - средняя	22	33	РТ - низкая ЛТ - средняя
9	27	42	48	РТ - средняя ЛТ - высокая	30	41	РТ - низкая ЛТ - низкая

10	32	40	32	РТ - средняя ЛТ - средняя	35	30	РТ - средняя ЛТ - низкая
11	32	47	44	РТ - высокая ЛТ - средняя	43	39	РТ - средняя ЛТ - средняя
12	23	31	47	РТ - средняя ЛТ - высокая	29	44	РТ - низкая ЛТ - средняя
13	34	20	31	РТ - низкая ЛТ - средняя	17	29	РТ - низкая ЛТ - низкая
14	30	28	32	РТ - низкая ЛТ - средняя	22	28	РТ - низкая ЛТ - низкая
15	30	30	40	РТ - низкая ЛТ - средняя	28	33	РТ - низкая ЛТ - средняя
16	31	43	31	РТ - средняя ЛТ - средняя	32	28	РТ - средняя ЛТ - низкая
17	27	42	46	РТ - средняя ЛТ - высокая	29	41	РТ - низкая ЛТ - средняя
18	32	20	31	РТ - низкая ЛТ - средняя	17	26	РТ - низкая ЛТ - низкая
19	32	32	45	РТ - средняя ЛТ - высокая	27	43	РТ - низкая ЛТ - средняя
20	28	31	44	РТ - средняя ЛТ - средняя	28	40	РТ - низкая ЛТ - средняя