

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.
В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии детства

КОЛЕСОВА ЕЛЕНА АЛЕКСЕЕВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН
СТАРШЕ 30 ЛЕТ С ПЕРВОЙ И ПОВТОРНЫМИ БЕРЕМЕННОСТЯМИ**

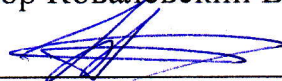
Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Психология и педагогика семьи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ


Зав. кафедрой психологии детства:
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

13.05.17



Руководитель магистерской
программы:
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

13.05.17



Научный руководитель:
к.психол.н., доцент Вылегжанина Г.Г.

13.05.17



Обучающийся:
Колесова Е.А.



13.05.17

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ С ПЕРВОЙ И ПОВТОРНЫМИ БЕРЕМЕННОСТЯМИ	10
1.1. Определение тревоги и тревожности. Виды и формы тревожности	10
1.2. Проявление тревожности беременных женщин	16
1.3. Психологические и физиологические аспекты беременности.....	20
1.4. Специфика проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями	25
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	27
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ С ПЕРВОЙ И ПОВТОРНЫМИ БЕРЕМЕННОСТЯМИ	30
2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых.....	30
2.2. Анализ результатов исследования тревожности беременных женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями	36
2.3. Анализ результатов исследования проявления личностной и ситуативной тревожности беременных женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями	45
2.4. Статистический анализ результатов исследования.....	53
2.5. Рекомендации по психолого-педагогической работе с беременными женщинами	59
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	81
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	82

ВВЕДЕНИЕ

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 психического состояния женщин во время беременности.

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.

Так, в последнее время появился ряд работ, связанных с феноменологией (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

(Ж.В. Завьялова, Ю.Ф. Змановский, И.В. Гребенников, Н.П. Коваленко, М.С. Родионова, Ю.И. Шмурак и др.).

Исследования последних лет, направленные на изучение патологии течения беременности, убедительно свидетельствуют о психосоматическом характере этих нарушений и об эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методов их лечения.

Психотерапевтические и психолого-педагогические аспекты беременности рассмотрены в работах В.И. Брутман, Ю.И. Шмурак, Г.Г. Филипповой и др. Воздействие беременности на психику женщин порою столь значительно, что некоторые 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, во время перинатального периода развития ребенка он живет с матерью практически одной жизнью. В связи с этим нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать пагубное влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой. После рождения ребенка, действующие в системе «мать – дитя» законы остаются в силе: все, что происходит с матерью имеет влияние на ребенка и наоборот.

В настоящее время оценка течения беременности и родов сводится преимущественно только к изучению физиологических процессов и осложнений, которые соответствуют данным периодам. И психологические особенности женщин во время беременности по большей части затрагиваются лишь косвенно, несмотря на то, что основной причиной возникновения патологии в родах являются перенесенные в период беременности тревожные переживания, стрессы, депрессии, страхи.

Таким образом, проблема изучения психических состояний женщины в период беременности, их своевременная и точная диагностика, коррекция – указывает на необходимость ее комплексного и системного изучения на индивидуально-психологическом, психолого-педагогическом и социально-психологическом уровнях.

Цель диссертационной работы: выявить особенности проявления тревожности женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями.

Достижение поставленной цели будет осуществляться через постановку и решение следующих исследовательских задач:

1. Выявить характеристики проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями в научной литературе.

2. Определить показатели тревожности женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями методами диагностики.

3. Разработать для беременных женщин рекомендации для снижения уровня тревожности и формирования положительного эмоционального настроения во время беременности и предстоящих родах.

Объект исследования: тревожность беременных женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями.

Предмет исследования: особенности проявления тревожности беременных женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями.

Гипотеза исследования: уровень тревожности беременных женщин в возрасте старше 30 лет, ожидающих рождения своего первого ребенка, будет отличаться (уровень тревожности будет выше) от уровня тревожности беременных женщин такой же возрастной категории, ожидающих появления на свет второго ребенка.

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 подготовке женщин к беременности, родам и предстоящему материнству.

Исследование проводилось на базе Женской консультации № X Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № X», г. Красноярск.

В исследовании приняли участие 30 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком и 30 женщин, вставших на учет по беременности вторым и последующими детьми. Возраст женщин от 30 до 41 года.

Важным условием отбора для исследования являлось: срок беременности – третий триместр, семейное положение – замужние женщины (зарегистрированный брак), для женщин с повторной беременностью наличие в анамнезе благополучного перинатального исхода при первой беременности.

Исследование проводилось добровольно, в индивидуальной форме. Сроки проведения исследования: декабрь 2015г. – январь 2017г.

Для проведения исследования нами были использованы следующие методы диагностики:

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

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

Научная новизна: изучены и проанализированы особенности проявления тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями; даны рекомендации по психологическому сопровождению беременных женщин для снижения высокого уровня тревожности и формированию положительного эмоционального состояния во время беременности и предстоящих родов.

Практическая значимость исследования состоит в выявлении особенности проявления тревожности беременных женщин, что позволит

оценить уровень проявляемой тревожности и при необходимости провести соответствующие психолого-педагогические работы в рамках «Школы материнства» с целью его оптимизации и формированию положительного эмоционально настроя во время беременности и предстоящих родах.

Положения, выносимые на защиту:

1. Беременность и предстоящие роды для женщин являются временем значительных психических и физиологических перемен, которые в свою очередь сопровождаются состоянием тревожности различной степени выраженности. Более высокий уровень тревожности отмечается у женщин с первой беременностью. Страх перед неизвестностью и предстоящими родами, отсутствие материнского опыта способствуют тревожным переживаниям женщин. В подтверждение нашим выводам, также, в данной группе испытуемых, отмечается более высокая оценка личностной тревожности, в сравнении с уровнем тревожности женщин с повторными беременностями.

2. Женщинам в период беременности свойственно испытывать чувство тревожности несмотря на количество их беременностей. Отмечается, что уровень тревожности женщин с повторными беременностями ниже, в сравнении с первородящими женщинами при условии благополучно завершившейся первой беременности.

Результаты диссертационного исследования были представлены в рамках научно – практических конференций:

1. V Международный научно – образовательный форум «Человек, семья и общество: история и перспективы развития» в рамках круглого стола «Семья и ребенок в современном мире: проблемы и перспективы». Выступление с научным докладом по теме диссертационного исследования.

2. XIX Всероссийская научно – практическая конференция «Психология детства. Психическое здоровье детей и подростков» в рамках презентационной площадки «Психологическое сопровождение беременных женщин как условие обеспечения психического здоровья будущего ребенка».

Мастер – класс «Методы арт-терапии в работе с беременными женщинами для снижения высокого уровня тревожности».

3. Разработка и апробирование курса занятий для беременных женщин в женской консультации в рамках «Школы материнства».

По теме диссертационного исследования имеется 2 публикации автора.

По результатам диссертационной работы имеется Акт о внедрении результатов исследования.

Структура диссертации: работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, библиографического списка (55 источников), содержит 2 рисунка, 7 таблиц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ С ПЕРВОЙ И ПОВТОРНЫМИ БЕРЕМЕННОСТЯМИ

1.1. Определение тревоги и тревожности.

Виды и формы тревожности

Тревога является переживанием эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием и предчувствием неблагоприятного и грозящей опасности. И, в отличие от страха, как реакции на конкретную опасную ситуацию, тревога представляет собой переживание неопределенной, диффузной, безобъективной угрозы. С другой точки зрения, страх испытывается при «витальной» угрозе (существованию и целостности человека, как живого существа), а тревога – при социальной угрозе личности. Так, в некоторых случаях, тревога и страх могут быть использованы в качестве взаимозаменяемых понятий.

Рассмотрим оба этих понятия по некоторым признакам. 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 различают ситуативную тревогу, характеризующую состояние человека в какой-то определенный момент и тревожность, как относительно устойчивой личностное

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

На психологическом уровне тревога проявляется в 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.

По мере того, как состояния тревожности возрастает, выражающие ее явления, претерпевают ряд закономерных изменений, составляют явления тревожного ряда – эмоциональные состояния, закономерно сменяющие друг друга по мере возрастания и нарастания состояния тревоги. Наряду с этим, необходимо отметить, что оптимальный уровень тревоги (адаптивная тревога) необходим для эффективного приспособления к действительности. Чрезмерно высокий уровень тревоги, как и чрезмерно низкий – дезадаптивная реакция, проявляющаяся в общей дезорганизованности поведения и деятельности имеет негативное влияние на жизнедеятельность. Повышенная тревога может быть ослаблена при помощи активной деятельности по достижению цели или применении специальных приемов (методы релаксации, арт-терапии, дыхательные техники и др.), а также в результате действия неосознанных защитных механизмов организма.

Впервые понятие «тревога» было введено в психологию З. Фрейдом в 1925 году. Он выделил конкретный страх и неопределенный безотчетный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер [50, с. 25].

Тревога является переживанием эмоционального дискомфорта, связанного с предчувствием и ожидание грозящей опасности.

Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, которая находит проявление в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Тревожность рассматривается как личностное образование и как свойство темперамента и обусловлено слабостью нервных процессов [50, с. 25].

З. Фрейд указывает, что тревожность является показателем неблагополучия личностного развития человека и, в свою очередь, оказывая на него отрицательное влияние тревожность может спровоцировать появление неврозов, а также его симптомом и механизмом развития [50, с. 25].

Говоря о тревожности, важно знать причины ее возникновения и закрепления, так как она несет в себе сложное личностное психологическое образование. Вопросы о причинах устойчивой тревожности являются центральным и вместе с тем наименее исследованными в изучении этой проблемы. Ответ на него во многом зависит от того, рассматривается ли она как личностное образование или как средство темперамента. С ответом на этот вопрос связано представление о способах преодоления тревожности, хотя далеко не всегда определяется им полностью. Понимание тревожности как относительно устойчивой личностной характеристики заставляет обратить особое внимание на роль в ее возникновении и закреплении личностных и социальных факторов и прежде всего особенностей общения.

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

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.

Также выделяются следующие виды тревожности: специфическая (частная, парциальная) – устойчивая тревожность в какой-либо сфере и общая тревожность, которая свободно меняет объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. Вопросы соотношения общей и специфической тревожности между собой имеют большой интерес в научной литературе. Насколько частные виды тревожности (межличностная, школьная, медицинская и др.) представляют собой зафиксированные на этой сфере переживания, и насколько они могут являться лишь формой выражения общей тревожности, зафиксировавшей на данной сфере, как наиболее значимой в тот или иной жизненный период. Но чаще всего исследования общей тревожности и ее частных видов проводятся отдельно друг от друга.

Под формой тревожности мы понимаем особое сочетание характера переживания, осознание, вербального и невербального выражения в характеристиках поведения, общения и деятельности. Форма тревожности проявляется в стихийно складывающихся способах ее преодоления и компенсации, а также в отношении к этому переживанию.

Так, выделяют две основные формы тревожности:

1. Открытая – сознательно переживаемая и проявляемая в поведении и деятельности в виде состояния тревоги.

2. Скрытая – в разной степени не осознаваемая, проявляющаяся либо чрезмерным спокойствием, нечувствительностью к реальному

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

Внутри этих категорий были выделены три формы открытой тревожности:

1. Острая, нерегулируемая либо слабо регулируемая тревожность, сильная, осознаваемая, проявляемая внешне через симптомы тревоги, справиться с ней самостоятельно индивид не может. Эта форма тревожности одинаково представлена во всех возрастах.

2. Регулируемая и компенсированная тревожность, при которой самостоятельно вырабатываются достаточно эффективные способы, которые позволяют справиться с имеющейся тревожностью.

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

- снижение уровня тревожности;
- использование ее для стимуляции собственной деятельности и повышения активности, наиболее часто встречается в младшем школьном и ранних юношеских возрастах.

3. Культивируемая тревожность. В этом случае, в отличие от изложенных, тревожность осознается и переживается как ценное для личности качество, позволяющее добиваться желаемого результата. Культивируемая тревожность выступает в нескольких вариантах. Во-первых, она может признаваться индивидом как основной регулятор его активности, обеспечивающий его организованность, ответственность. Во-вторых, она может выступать как некая мировоззренческая и целостная установка. В-третьих, она нередко находит проявление в поиске «условной» выгоде от наличия тревожности и выражается через усиление симптомов [34, с. 64].

Формы скрытой тревожности отмечаются примерно в равной степени во всех возрастах. Скрытая тревожность встречается существенно реже, чем открытая. Она имеет следующие формы:

1. «Неадекватное спокойствие». В этих случаях индивид, скрывая тревогу, как от окружающих, так и от самого себя, вырабатывает сильные и негибкие способы защиты от нее, препятствующие осознанию как определенных угроз в окружающем мире, так и собственных переживаний. Эта форма очень нестойкая, она достаточно быстро переходит в открытые формы тревожности (в основном в острую, нерегулируемую).

2. «Уход от ситуации» – встречается достаточно редко и в примерно равной степени во всех возрастах.

Говоря о формах тревожности, нельзя не коснуться также проблем так называемой «замаскированной» тревожности. «Масками» тревожности называются такие формы поведения, которые имеют вид ярко выраженных проявлений личностных особенностей, порождаемых тревожностью, позволяют человеку вместе с тем переживать ее в смягченном виде и не проявлять вовне. В качестве таких «масок» чаще всего описываются агрессивность, зависимость, апатия, чрезмерная мечтательность и др. Выделяют агрессивно-тревожный и зависимо-тревожный типы (с разной степенью осознания тревоги). Агрессивно-тревожный тип наиболее часто встречается в дошкольном и подростковом возрастах и при открытых, и при скрытых формах тревожности как в виде прямого выражения агрессивных форм поведения. Тревожно-зависимый тип наиболее часто встречается при открытых формах тревожности, особенно при острой, нерегулируемой и культивируемой формах [34, с. 67].

Таким образом, следует, что тревога в разной степени выраженности свойственна большинству людей. Ряд авторов рассматривают состояние тревоги, как универсальную форму эмоционального предвосхищения неуспеха. Данное состояние способствует мобилизации резервов психики и стимулирует поисковую и деятельную активность. В то же время известно, что за границами оптимальных значений тревога имеет негативную окраску и оказывает соответствующее влияние на поведение человека. Частые и длительные переживания тревоги, актуализация возможных неудач

формирует повышенную тревожность, что неблагоприятно отражается на жизнедеятельности человека в целом.

1.2. Проявление тревожности беременных женщин

Большинство женщин, находящихся в состоянии беременности, отмечают этот период как уникальный, совершенно непохожий, достаточно сильный по уровню переживаний, специфичный по комплексу ощущений этап своей жизни.

Гормональные изменения во время беременности приводят к тому, что эмоциональное состояние беременной женщины может резко менять свой вектор в течение короткого промежутка времени.

Беременность и предстоящие роды для женщин являются временем значительных психических, физиологических перемен, которые нередко могут сопровождаться состояниями тревожности различной степени выраженности. Чувство тревоги является сигналом неожиданных изменений, которые происходят с женщиной в этот период и помогает вовремя и адекватно среагировать на опасность. Однако если тревога выражена чрезмерно, то напротив, она мешает нормальной жизнедеятельности.

Рассмотрим некоторые факторы возникновения тревожности женщин во время беременности. Наиболее часто встречающиеся страхи и тревожное состояние женщин основывается на следующем:

- боязни неизвестности;
- боязни собственных мыслей и желаний (хочу – не хочу);
- возрасте будущих родителей (слишком ранний или поздний);
- страхе, связанном с имевшихся ранее проблем, связанных с репродуктивной системой будущих родителей;
- чувстве вины за отсутствие пока еще не появившегося материнского инстинкта;
- отсутствии опыта материнства;
- боязни внешних и внутренних значимых изменений;

- страхе повторения произошедшего ранее отрицательного опыта незавершенной беременности;
- значительных переменах в жизни, связанных с рождением и воспитанием ребенка;
- материальной составляющей;
- страхе потери независимости;
- боязни за здоровье ребенка и собственное здоровья;
- боязни генетических патологий у ребенка;
- страхе, связанном с потерей ребенка (при угрозе самопроизвольного прерывания беременности);
- страхе потери ребенка (при патологии не вынашивания в анамнезе женщины);
- страхе, связанном с нестабильной жилищной ситуацией в семье;
- страхе, связанном с появлением серьезных ограничений в жизни родителей, которые возникнут с появлением ребенка;
- страхе перед самим процессом родов и боязни неизбежной боли во время родов;
- страхе различных народных поверий и суеверий;
- боязни завершения успешной карьеры;
- боязни изменений в отношениях с супругом;
- страхе не стать хорошей матерью для своего ребенка и др.

Так, Г.С. Абрамова отмечает, что время беременности организм женщины претерпевает значительные изменения, что само по себе, способствует развитию тревоги, т.е. беременным женщинам свойственна тревожность. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения самочувствия, выражающиеся в раздражительности, слезливости, повышенной утомляемости либо возбудимости, изменении аппетита (как отсутствие или наоборот, повышение), тошноте, снижении либидо, сонливости в течение дня и др.

Симптом тревоги проявляется как на психологическом, так и на физиологическом уровне. При этом необходимо отметить, что тревога первично проявляется через психологические симптомы, а затем уже проявляется на физиологическом уровне.

Признаками проявления тревоги на психологическом уровне являются:

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

На физиологическом уровне тревога проявляется в виде:

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

- тахикардии;
- нехватки воздуха и др.

Г.С. Абрамова отмечает, что в период беременности женщина крайне чувствительна и раздражительна, она гораздо острее, чем прежде реагирует на окружающий мир и часто с трудом справляется с собственными эмоциями. Рассматривая особенности проявления тревожности беременных женщин, отмечает, что некоторые женщины во время беременности совершенно меняют свой облик (изменения, как внешне, так и внутренне), а некоторые остаются практически без изменений. Но за исключением крайностей, по мнению Г.С. Абрамовой, общим для будущих матерей является своя особая психология, меняющаяся из месяца в месяц.

Изучение психологического состояния женщин во время беременности позволяет сделать предположение, что в самой беременности есть собственная, присущая ей динамика обострения и ослабления имеющихся тревожностей женщины. Г.С. Абрамова отмечает, что в первом триместре беременности актуализируются и остро переживаются проблемы с собственной матерью, близкими и другими объектами привязанности, возникают проблемы во взаимоотношениях с супругом. Во втором и третьем триместрах появляется выраженное избегание отрицательных эмоций, проблемы, которые были в первом триместре ослабевают, на первый план выходят страх перед предстоящими родами и своей некомпетентности в послеродовом периоде. Ряд авторов, занимающихся вопросами перинатальной психологии, выделяют начало третьего триместра беременности, как период «построения и обустройства гнезда», который проявляется в повышении активности и упорядочении всех дел и имеющихся проблем. Активность женщины направлена в этот период на подготовку к предстоящим родам и послеродовый период. Она соотносится с благоприятной динамикой течения беременности и ценности ребенка, и наоборот, активность, не связанная с ребенком, выявляет неблагоприятную динамику.

Как отмечает, Г.С. Абрамова, к моменту окончания беременности наблюдается снижение тревожности женщин связанные со страхом предстоящих родов (будущим матерям хочется побыстрее встретиться со своим ребенком), страхом своей некомпетентности в вопросах по уходу и воспитанию ребенка и др. Обратная ситуация отражает выраженную неблагоприятную динамику переживания беременности и ценности ребенка.

Следует отметить, что в период беременности могут появляться дополнительные психотравмирующие факторы, такие как появление осложнений беременности, требующих госпитализации, или выявление врожденных пороков развития у плода, которые могут вызвать негативные образы и чувства [2, с. 31].

Рядом авторов, отмечено существенное влияние тревожных расстройств на течение беременности и перинатальные исходы: повышается частота плацентарной недостаточности, задержки роста плода, преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, что в последующем сказывается отрицательно на отдаленном прогнозе для них.

Таким образом, эмоциональные перепады опасны не только для самой женщины, но и для ее будущего ребенка. Когда беременная женщина испытывает стресс, ее организм вырабатывает больше гормона кортизола, основного «гормона стресса». Кортизол увеличивает уровень артериального давления и содержание в крови сахара, негативным образом сказывается на силе иммунной системы – что, естественно, отрицательно воздействует на здоровье ребенка.

1.3. Психологические и физиологические аспекты беременности

Беременность является процессом внутриутробного вынашивания плода. Начало беременности начинается после имплантации оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки. У женщин с наступлением беременности прекращаются менструации и происходят гормональные

изменения, подготавливающие организм женщины к длительному периоду вынашивания плода [43, с. 64].

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

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

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

В физиологическом плане в организме женщины начинается так называемая гормональная «атака». Часто она сопровождается рядом неприятных состояний, такими как: тошнота, повышенная потливость, предобморочные состояния, головокружения, сонливость, слезливость и др. Это временное состояние во время беременности получило название «раннего токсикоза беременных женщин».

В этот период в психологическом состоянии женщины также происходят значительные перемены (так называемый «кризис перемен»). Во внутреннем пространстве ее «Я», появилось пространство другого, пока еще незнакомого ей на данный момент человека, о существовании которого она может быть и не подозревала, но с существованием которого теперь ей надо не просто считаться, а возможно, перестроить всю жизнь, изменить все планы. Все это заставляет женщину испытывать достаточно серьезные волнения и переживания. Масса тревог и вопросов в это время атакует женщин, независимо от того, первая ли это беременность для женщины или повторная. Отмечается повышенная раздражительность, нервозность, гиперчувствительность, слезливость, утомляемость, раздражительность,

напряжение и беспокойство. Так, если до беременности женщина отличалась спокойным и невозмутимым нравом, то в период беременности она может легко впасть в панику от различных ситуаций. Изменение психологического состояния женщины, возможно, может отразиться и на ее социальном окружении. Так, например, не все близкие могут сразу принять такие порой значительные изменения в поведении беременной женщины. Отсюда может сложиться временное недопонимание во взаимоотношениях. А именно в это кризисное время женщине крайне необходима помощь, поддержка, забота, участие, забота, уверенность, доверительные отношения и любовь своих близких и в большей степени своего супруга. Повторнородящие женщины также проходят этот период за исключением того, что у них уже есть предыдущий опыт, и они знакомы с изменениями, которые происходят в организме в этот период и внутренне пытаются быть к ним подготовленными. Наряду с этим, женщины с повторными беременностями испытывают чувство тревожности, связанные со старшими детьми, которым не смотря на состояние их мамы требуется внимание и родительской забота. В конце I триместра ранний токсикоз ослабевает и состояние женщины немного стабилизируется. На границе первого и второго триместра беременности женщина начинает ощущать предстоящее материнство и это, безусловно, является одним из самых ценных ощущений, переживаемых женщинами.

Во втором триместре беременности с физиологической стороны изменения в организме женщины все также происходят, но для женщины они уже не являются столь неожиданными, как в первом триместре. Женщина привыкает к своему новому состоянию будущей матери. Происходят разительные перемены во внешнем виде и в организме женщины. Так, в целом увеличивается вся фигура женщины: с увеличивающимся ростом и развитием ребенка появляется округлый живот, увеличивается в объеме грудь и бедра и т.д. Проявление токсикоза у некоторых женщин все еще может продолжаться. Также могут появиться запоры, геморрой. У женщины

чаще появляется желание отдохнуть. И именно в этот период беременности женщина впервые начинает ощущать движение своего ребенка, находящегося в утробе. Этот момент имеет очень важное значение в психологическом плане: так женщина начинает привыкать к своему новому «Я». В этот период появляется повышенная ответственность за все. Женщина испытывает тревожность и начинает задумываться о том, что ее ждет в будущем. Беременные женщины, ожидающие рождение своего первого ребенка испытывают тревожность и страх перед предстоящими родами, так как не имеют пока еще опыт материнства. Женщины с повторными беременностями, также могут испытывать тревогу, основываясь на своем прошлом опыте с первой беременностью если этот опыт оказался неположительным. Во втором триместре, как и в первом, также возможна угроза беременности. В большинстве случаев это сопровождается госпитализацией, что является дополнительной тревогой для женщины.

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

Третий триместр беременности в физиологическом плане обусловлен рядом проблем таких как, трудности с дыханием, появление изжоги, увеличившийся живот, нарушение сна, частые позывы в туалет и т.д. К концу третьего триместра ребенок опускается в область малого таза матери, что способствует снижению давления на соседние органы и самочувствие женщины становится намного лучше.

С психологической стороны, женщина уже настолько привыкла к ощущению движения своего ребенка внутри себя, что воспринимает себя и ребенка, как единое целое. В этот период могут возникнуть тревожные переживания по поводу предстоящих родов, здоровья ребенка, подготовки к появлению малыша и др. Большинство женщин беременных первым ребенком чувствуют волнение и страх перед предстоящими родами и неизбежной болью во время них. Женщины с повторными беременностями

также испытывают волнение в связи с предстоящими родами, так как известно, что каждые роды уникальны и не похожи на предыдущие. К концу третьего триместра желание будущей матери побыстрее встретиться с ребенком возрастает с каждым днем приближаясь к дню родов.

Таким образом, мы видим, что, беременность вызывает глубокие изменения в организме женщины и нередко может сопровождаться расстройствами со стороны нервной системы, кровообращения, пищеварения и др. Образ жизни беременной женщины напрямую оказывает влияние на развитие еще не родившегося ребенка, а ребенок, в свою очередь, оказывает обоюдное влияние на физиологию и психику матери. В беременности есть собственная, присущая только ей динамика обострения и ослабления имеющихся у женщины проблем.

Первый триместр беременности характеризуется, как более тревожный период, так как, в большей степени вероятности именно на первом триместре существует опасность, связанная с самопроизвольным прерыванием беременности и другими осложнениями. Актуализируются и достаточно остро переживаются проблемы с собственной матерью беременной женщины, проблемы отношений с супругом и другими значимыми для женщины объектами привязанности.

Второй триместр беременности характеризуется появлением и стабилизацией шевелений ребенка. Так, во втором и третьем триместрах беременности появляется выраженное избегание различных отрицательных эмоций, проблемы первого триместра приобретают менее выраженный характер и ослабевают. В этот период начинает актуализироваться страх перед предстоящими родами и своей некомпетентности в послеродовом периоде. В начале третьего триместра выражен «синдром обустройства гнезда», который проявляется в повышении активности, стремлении упорядочить имеющиеся проблемы. Направление активности беременной женщины в этот период фокусируется на подготовке к родам и послеродовом периоде, готовности стать матерью, и соотносится с благоприятной

динамикой течения беременности и ценности ребенка. Активность женщины, не связанная с ребенком – соотносится с неблагоприятной динамикой. Так, к концу беременности чаще всего ослаблен страх родов, своей некомпетентности, напряжение всех остальных проблем. Обратная ситуация свидетельствует о выраженной неблагоприятной динамике переживания беременности и ценности ребенка

1.4. Специфика проявления тревожности женщин с первой и повторными беременностями

При наступлении беременности возникает растерянность и огромная потребность в поддержке для адаптации к наступившей беременности. Так, в случаях длительного ожидания наступления столь желанной беременности, при ранее имевшихся сложностях с репродуктивной системой, большинство женщин (и их мужчин) оказываются к ней не готовы. Как отмечает Г.Г. Филиппова, это связано с рядом причин: смещение мотивации на зачатие и борьбу с бесплодием, привычка к специфическому многолетнему образу жизни при лечении, формированием определенного паттерна партнерских отношений «борьбы с проблемой», непривычностью новых телесных ощущений и эмоциональных состояний при беременности, и, конечно, страхом возможных неблагоприятных исходов (особенно при опыте ранее случавшихся неудач) [43, с. 64].

Так, существует мнение, что любой процесс, произошедший ранее, формирует опыт и навык. Следовательно, в следующий раз этот процесс пройдет намного легче и непринужденнее. Следуя этой логике, может появиться мнение, что вторая беременность, если и будет иметь отличия от первой (успешно завершившейся), то исключительно положительные. В данном случае все не так однозначно. Беременность беременности рознь и, если первая протекала у женщины определенным образом, то вторая совершенно необязательно пройдет по такому же сценарию. Однако следует отметить, что разница все же будет, ведь вторая беременность обретает свои

особенности исходя из изменений, которые произошли в организме женщины со времени первой беременности и родов.

Так, женщины с первой беременностью, в первую очередь испытывают тревогу перед неизвестностью и будущими родами. Женщины с повторными беременностями, – так же, несмотря на то, что опыт первых родов у них уже был, испытывают опасения и тревожность при повторных беременностях. При повторной беременности добавляется элемент сравнения: чем отличается вторая беременность от первой, будет ли вторая беременность тяжелее первой и насколько, какие вообще имеет вторая беременность особенности. Все эти обстоятельства напрямую влияют на уровень тревожности беременных женщин.

Протекание беременности и процесс родовой деятельности у каждой женщины будет иметь свои особенности, и подготовиться ко всему не представляет возможности.

Приведем несколько особенностей, по причине которых повторная беременность может быть для женщины тяжелее первой:

1. Количество времени, прошедшее с момента первых родов. Не смотря на то, что строгих рамок и сроков по планированию повторной беременности не существует, рекомендация врачей – восстановление организма женщины в течение одного или двух лет в врачи все же рекомендуют после родов дать телу отдых в 1–2 года.

2. Возрастной фактор. По мнению врачей оптимальным возрастом для вынашивания и рождения здорового ребенка считается период с 18 до 35 лет, после этого возраста уже возможны трудности. Так, перейдя 35 летний возраст, женщина должна более тщательно и осторожно подходить к вопросу беременности, обязательно планировать ее с лечащим врачом, пройти все необходимые медицинские процедуры и манипуляции. Дело в том, что поздняя беременность чревата не только обострениями различных хронических заболеваний у женщины, но и высоким риском развития возможных патологий и аномалий.

3. Беременность после кесарева сечения. В этом случае врачи не рекомендуют планировать повторную беременность в течение как минимум 3 лет после предыдущих родов. Так, повторные роды раньше этого срока могут нанести серьезный вред как будущей матери, так и ребенку. В этом случае существует и психологическая подоплека, опасение повторной операции кесарева сечения. Развеять данное опасение может тщательное планирование предстоящей повторной беременности и консультация с опытным врачом акушером-гинекологом.

4. Зачатие ребенка в период лактации может сказаться не только на самочувствии женщины, но и недавно родившегося ребенка. Беременность является мощным стрессом, который оказывает значительное влияние на процесс лактации. Так, может произойти снижение количества вырабатываемого молока и ребенка придется переводить на искусственное вскармливание. Также, следует отметить, что процесс лактации провоцирует выброс гормона окситоцина, который в свою очередь способствует сокращению матки и ее восстановлению после родов, следовательно, в случае повторной беременности, это может стать причиной ее прерывания и др.

Таким образом, мы видим, что беременным женщинам свойственно проявление тревоги, как с первой, так и с повторными беременностями. К сожалению, во время беременности женщина не всегда может самостоятельно справиться с нервным напряжением, раздражительностью, тревогой, волнением. Поэтому в некоторых случаях, может быть необходима высоко квалифицированная помощь врачей, психологов и других специалистов.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

В настоящее время оценка течения беременности и родов сводится преимущественно к изучению физиологических процессов и осложнений, соответствующих данным периодам. Среди большинства работ по этой

тематике существенное преобладание прослеживается научных медицинских аспектов над психологическими, педагогическими и социальными.

В период беременности, независимо от количества предыдущих беременностей, женщинам свойственно проявление тревожности в разной степени выраженности.

Многоплановость и важность этой проблемы указывает на необходимость ее комплексного и системного изучения на индивидуально-психологическом, психолого-педагогическом и социально-психологическом уровнях.

В первой главе нами были рассмотрены понятия тревоги и тревожности.

Тревога является переживанием эмоционального дискомфорта, связанным с ожиданием неблагоприятия, предчувствием грозящей опасности.

Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность, проявляется в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения. Рассматривается как личностное образование и как свойство темперамента, обусловлено слабостью нервных процессов.

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.

Было дано определение понятию беременности. Беременность – процесс внутриутробного вынашивания плода. Беременность начинается после имплантации оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки. Беременность вызывает глубокие изменения в организме женщины: увеличение матки соответственно росту плода, увеличение масса тела, внешние изменения и др. Этот период в жизни женщины нередко сопровождается расстройствами со стороны психики, нервной системы,

кровообращения, пищеварения и др. Образ жизни беременной женщины оказывает первостепенное влияние на развитие плода.

Дано описание некоторых аспектов физиологии и психологии беременных женщин на разных этапах беременности.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ С ПЕРВОЙ И ПОВТОРНЫМИ БЕРЕМЕННОСТЯМИ

2.1. Описание методик исследования и групп испытуемых

Наше исследование проводилось на базе Женской консультации № X Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № X», г. Красноярск.

В исследовании приняли участие 30 женщин, вставших на учет по беременности первым ребенком и 30 женщин, вставших на учет по беременности вторым и последующими детьми. Возраст женщин от 30 лет до 41 года.

Важным условием отбора для исследования являлось: срок беременности – третий триместр, семейное положение – замужние женщины (зарегистрированный брак), для женщин с повторными беременностями наличие в анамнезе благополучного перинатального исхода при первой беременности.

Исследование проводилось добровольно, в индивидуальной форме. Сроки проведения исследования: декабрь 2015г. – январь 2017 г.

Для проведения исследования нами были использованы следующие методы диагностики испытуемых:

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

2. Методика определения уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина). Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). Тест позволяет

дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией.

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

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.

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:

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

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

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

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

Описание психологического портрета лиц с низкой тревожностью.

Для лиц с низкой тревожностью является характерным ярко выраженное спокойствие. Такие люди не всегда склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в самом широком диапазоне ситуаций, даже когда она реально существует. Так, возникновение состояния тревоги у данных лиц может наблюдаться лишь в особо важных и лично значимых ситуациях, таких, как, например, сдача экзамена, стрессовая ситуация, реальная угроза семейному положению и др. В личностном плане такие люди спокойны, считают, что лично у них нет поводов и причин волноваться за свою жизнь, репутацию, поведение и деятельность. Вероятность возникновения конфликтных ситуаций, срывов, аффективных вспышек у лиц с низкой тревожностью крайне мала.

Рекомендации для низко тревожных лиц. Людям с низкой тревожностью, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение

заинтересованности, вовлеченности и чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Далее приведем описание психологического портрета высоко тревожных лиц.

Для высоко тревожных людей характерна склонность в диапазоне ситуаций воспринимать любое проявление качеств их личности, любую заинтересованность в них как возможную угрозу их престижу, репутации, самооценке. Немного усложненные ситуации они склонны воспринимать как крайне угрожающие и катастрофические. Соответственно восприятию проявляется и сила эмоциональной реакции. Такие люди достаточно вспыльчивы, раздражительны, напряжены и находятся в постоянной готовности к конфликту и готовности к защите, даже если в этом объективно нет никакой необходимости. Для таких лиц, как правило, характерна неадекватная реакция на любые замечания, советы и даже просьбы. Особенно велика вероятность нервных срывов, аффективных реакций в ситуациях, где речь идет об их компетенции в тех или иных вопросах, их престиже, значимости, самооценке, их отношении. Излишнее подчеркивание результатов их деятельности или способов поведения, как в положительную, так и в отрицательную сторону, категоричный по отношению к ним тон и даже интонацию или тон, выражающий некоторое сомнение, – всё это неизбежно ведет к срывам, недопониманию, конфликтам, созданию различного рода психологических барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию с такими людьми. Так, к высоко тревожным людям не рекомендуется предъявлять категорично высокие требования, даже в таких ситуациях, когда объективно они легко выполнимы для них. Неадекватная реакция высоко тревожных лиц, на такие требования может задержать, а то и вообще отодвинуть на долгое время выполнение требуемого результата.

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

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

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

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

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

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

Опросник позволяет измерить тревожность как личностное свойство, во многом обуславливающее поведение. Личностная тревожность

характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Отметим, что определенный уровень тревожности является естественной и обязательной особенностью активной деятельности личности. Так, для каждого человека существует свой оптимальный (полезный) уровень тревожности. 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 спектр 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, которые можно отнести к категории высоко тревожных лиц (высокие значения по шкале), склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Для низко тревожных людей (низкие значения по шкале), напротив, характерно спокойствие, безмятежность и некоторая вялость по отношению к происходящим событиям, 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 старше 30 лет с первой и повторными беременностями

Методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова).

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики при помощи методики «Измерения уровня тревожности» Дж Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Индивидуальные показатели испытуемых по итогам диагностики
(методика «Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор)
(адаптация Т.А. Немчинова)

№	Возраст	Беременность	Группа	Шкала тревожности (в баллах)	Шкала лжи (в баллах)	Уровень тревожности
1	33	1	1	14	3	средний (с тенденцией к низкому)
2	30	1	1	6	3	средний (с тенденцией к низкому)

Продолжение таблицы 1

3	31	2	2	6	1	средний (с тенденцией к низкому)
4	34	2	2	4	2	низкий
5	40	2	2	30	3	высокий
6	32	1	1	4	3	низкий
7	36	2	2	5	1	средний (с тенденцией к низкому)
8	34	2	2	7	3	средний (с тенденцией к низкому)
9	38	1	1	29	2	высокий
10	37	2	2	15	3	средний (с тенденцией к высокому)
11	32	1	1	17	4	средний (с тенденцией к высокому)
12	30	1	1	25	1	высокий
13	37	2	2	6	1	средний (с тенденцией к низкому)
14	31	2	2	3	1	низкий
15	36	2	2	15	3	средний (с тенденцией к высокому)
16	35	1	1	16	2	средний (с тенденцией к высокому)

Продолжение таблицы 1

17	36	1	1	33	2	Высокий
18	32	2	2	13	3	средний (с тенденцией к низкому)
19	37	1	1	17	1	средний (с тенденцией к высокому)
20	32	1	1	30	3	высокий
21	32	2	2	4	1	низкий
22	38	1	1	35	2	высокий
23	34	2	2	20	3	средний (с тенденцией к высокому)
24	30	1	1	34	3	высокий
25	30	2	2	6	2	средний (с тенденцией к низкому)
26	31	1	1	16	3	средний (с тенденцией к высокому)
27	38	2	2	4	1	низкий
28	32	2	2	4	3	низкий
29	32	1	1	17	3	средний (с тенденцией к высокому)
30	37	3	2	18	1	средний (с тенденцией к высокому)
31	31	1	1	20	2	средний (с тенденцией к высокому)

Продолжение таблицы 1

32	32	1	1	15	3	средний (с тенденцией к высокому)
33	32	1	1	22	3	средний (с тенденцией к высокому)
34	34	1	1	23	2	средний (с тенденцией к высокому)
35	32	2	2	16	3	средний (с тенденцией к высокому)
36	31	2	2	17	1	средний (с тенденцией к высокому)
37	30	1	1	18	3	средний (с тенденцией к высокому)
38	30	2	2	8	1	средний (с тенденцией к низкому)
39	32	2	2	14	3	средний (с тенденцией к низкому)
40	30	1	1	22	3	средний (с тенденцией к высокому)
41	34	1	1	23	2	средний (с тенденцией к высокому)

Продолжение таблицы 1

42	32	1	1	13	3	средний (с тенденцией к низкому)
43	31	1	1	11	2	средний (с тенденцией к низкому)
44	32	1	1	6	3	средний (с тенденцией к низкому)
45	36	2	2	16	3	средний (с тенденцией к высокому)
46	30	1	1	14	3	средний (с тенденцией к низкому)
47	30	2	2	14	2	средний (с тенденцией к низкому)
48	34	2	2	5	2	средний (с тенденцией к низкому)
49	31	1	1	5	3	средний (с тенденцией к низкому)
50	35	2	2	11	2	средний (с тенденцией к низкому)
51	33	2	2	23	3	средний (с тенденцией к высокому)

Продолжение таблицы 1

52	32	2	2	20	1	средний (с тенденцией к высокому)
53	32	2	2	6	1	средний (с тенденцией к низкому)
54	34	2	2	15	1	средний (с тенденцией к высокому)
55	30	1	1	5	1	средний (с тенденцией к низкому)
56	34	3	2	5	3	средний (с тенденцией к низкому)
57	31	1	1	14	1	средний (с тенденцией к низкому)
58	35	1	1	14	3	средний (с тенденцией к низкому)
59	35	2	2	5	2	средний (с тенденцией к низкому)
60	31	1	1	11	1	средний (с тенденцией к низкому)

Проанализируем результаты, полученные по итогам проведения диагностики женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями с использованием данного диагностического инструмента.

Показатели уровня тревожности испытуемых представлены в таблице 2.

Результаты исследования уровня тревожности
женщин старше 30 лет с первой беременностью

(«Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова)

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

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

Далее мы видим, что 11 женщин имеют средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги, что составляет 37%.

Высокий уровень тревожности выявлен у 6 женщин данной группы, что составляет 20% от общего числа выборки. И низкий уровень тревоги испытывает 1 беременная женщина, что в процентном выражении составляет 3% от общего числа выборки. Очень высокий уровень тревоги выявлен не был.

Далее мы рассмотрим показатели уровня тревожности женщин с повторными беременностями. Данные по результатам исследования отображены в таблице 3.

Результаты исследования уровня тревожности
женщин старше 30 лет с повторными беременностями

(«Измерение уровня тревожности» Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчинова)

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

При обработке теста мы получили следующие результаты:

- большинство женщин с повторными беременностями, проявляют средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги – 14 женщин (47%);
- средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги выявлен у 10 женщин, что составляет 34% от общего числа данной выборки;
- низкий уровень тревоги проявляют 5 женщин (16%);
- высокий уровень тревоги выявлен у 1 женщины данной группы (3%);
- проявления очень высокого уровня тревоги не обнаружено.

Сравнение результатов, полученных в ходе данного тестирования схематически изображено на рисунке 1.

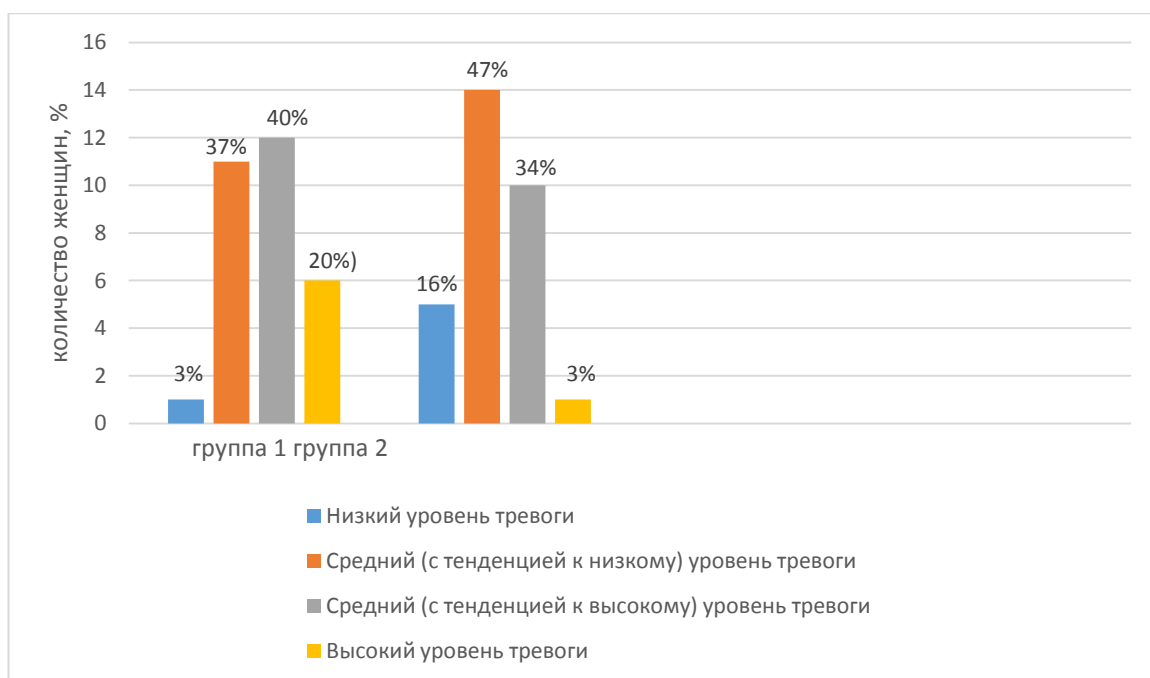


Рис. 1. Распределение выборочной совокупности испытуемых по показателям уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова)

По результатам проведенной методики измерения уровня тревожности Дж. Тейлор, мы можем сказать, что 20% женщин из первой группы и 3% из второй группы имеют высокий показатель уровня тревожности. Женщины отмечают тревогу, раздражительность, эмоциональную нестабильность, плаксивость, страхи, тревожные переживания, напряженность.

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

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

Низкий уровень тревожности выявлен 3% женщина из первой наблюдаемой нами группы и 16% женщин из второй группы. Беременные

женщины с низким уровнем тревожности в целом спокойны, эмоционально стабильны и готовы к предстоящим радостным событиям в их жизни.

Таким образом, основываясь на данных исследования, мы можем сделать вывод, что беременным женщинам, независимо от количества их беременностей (первая или повторные), свойственно переживание тревоги в той или иной степени выраженности. 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 влияет на уровень тревожности беременной женщины. Наиболее высокий уровень тревоги наблюдается у беременных женщин старше 30 лет, с первой беременностью, и менее выражен у женщин с повторными беременностями, при условии благополучного завершения их первой беременности.

2.3. Анализ результатов исследования проявления личностной и ситуативной тревожности беременных женщин старше 30 лет с первой и повторными беременностями

Реактивная или ситуативная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние неустойчиво во времени и проявляется с различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной шкале позволяет сделать оценку не только уровня актуальной тревоги испытуемой, но и определить, находится ли она под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия.

Личностная тревожность характеризуется конституциональной чертой, обуславливающей склонность воспринимать достаточно 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 вызывать у испытуемой выраженную тревогу. Очень высокий показатель личностной тревожности прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

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

Таблица 4

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

№ испытуемых	Возраст	Беременность	Группа испытуемых	Реактивная тревожность (значение в баллах)	Личностная тревожность (значение в баллах)	Оценка тревожности
1	33	1	1	37	24	РТ – средняя ЛТ – низкая
2	30	1	1	20	20	РТ – низкая ЛТ – низкая
3	31	2	2	23	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
4	34	2	2	30	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
5	40	2	2	44	50	РТ – средний ЛТ – высокий
6	32	1	1	32	35	РТ – средняя ЛТ – средняя

Продолжение таблицы 4

7	36	2	2	36	38	РТ – средняя ЛТ – средняя
8	34	2	2	25	40	РТ – низкая ЛТ – средняя
9	38	1	1	42	48	РТ – средняя ЛТ – высокая
10	37	2	2	40	32	РТ – средняя ЛТ – средняя
11	32	1	1	45	44	РТ – высокая ЛТ – средняя
12	30	1	1	31	47	РТ – средняя ЛТ – высокая
13	37	2	2	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
14	31	2	2	28	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
15	36	2	2	30	40	РТ – низкая ЛТ – средняя
16	35	1	1	43	31	РТ – средняя ЛТ – средняя
17	36	1	1	42	46	РТ – средняя ЛТ – высокая
18	32	2	2	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
19	37	1	1	32	45	РТ – средняя ЛТ – высокая
20	32	1	1	31	44	РТ – средняя ЛТ – средняя
21	32	2	2	30	31	РТ – низкая ЛТ – низкая

Продолжение таблицы 4

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

Продолжение таблицы 4

37	30	1	1	20	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
38	30	2	2	32	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
39	32	2	2	25	33	РТ – низкая ЛТ – средняя
40	30	1	1	22	36	РТ – низкая ЛТ – средняя
41	34	1	1	31	38	РТ – средняя ЛТ – средняя
42	32	1	1	26	37	РТ – низкая ЛТ – средняя
43	31	1	1	27	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
44	32	1	1	31	44	РТ – средняя ЛТ – средняя
45	36	2	2	40	42	РТ – средняя ЛТ – средняя
46	30	1	1	20	32	РТ – низкая ЛТ – средняя
47	30	2	2	23	34	РТ – низкая ЛТ – средняя
48	34	2	2	31	32	РТ – средняя ЛТ – средняя
49	31	1	1	31	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
50	35	2	2	23	36	РТ – низкая ЛТ – средняя
51	33	2	2	22	33	РТ – низкая ЛТ – средняя

Продолжение таблицы 4

52	32	2	2	32	40	РТ – средняя ЛТ – средняя
53	32	2	2	25	31	РТ – низкая ЛТ – средняя
54	34	2	2	35	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
55	30	1	1	32	36	РТ – средняя ЛТ – средняя
56	34	3	2	31	34	РТ – средняя ЛТ – средняя
57	31	1	1	34	37	РТ – средняя ЛТ – средняя
58	35	1	1	36	34	РТ – средняя ЛТ – средняя
59	35	2	2	32	48	РТ – средняя ЛТ – средняя
60	31	1	1	23	36	РТ – низкая ЛТ – средняя

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

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

Таблица 5

Результаты исследования уровня тревожности женщин старше 30 лет с первой беременностью
(методика «Шкала самооценки» Ч.Д. Спилбергера, адаптация Ю.Л. Ханина)

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

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

– низкий показатель личностной тревожности был выявлен у 7% женщин первой группы;

– умеренный уровень личностной тревожности у 73% женщин и высокая личностная тревожность была отмечена у 20% женщин с первой беременностью.

Показатели уровня реактивной тревожности испытуемых первой группы выглядят следующим образом:

– низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 30% женщин,
– средний уровень реактивной тревожности отмечен у большинства женщин и в процентном соотношении составляет 67% женщин;

– высокая реактивная тревожность выявлена у 3% женщин;

– высокая ситуативная тревожность у 15% женщин.

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

Таблица 6

Результаты исследования уровня тревожности беременных женщин старше 30 лет с повторными беременностями (методика «Шкала самооценки» Ч.Д. Спилбергера, адаптация Ю.Л. Ханина)

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

Анализируя данные, представленные в таблице 6, мы видим, что низкая реактивная тревожность отмечается у 57% женщин с повторными беременностями, средний уровень реактивной тревожности отмечен у 43% женщин. Проявление высокой реактивной тревожности в данной группе испытуемых не выявлено. Низкая личностная тревожность отмечена у 7% женщин, средние показатели уровня личностной тревожности были

выявлены у 90% испытуемых и высокий уровень личностной тревожности был отмечен у 3% испытуемых данной выборки.

Сравнение результатов, полученных в ходе тестирования, схематически изображено на рисунке 2.

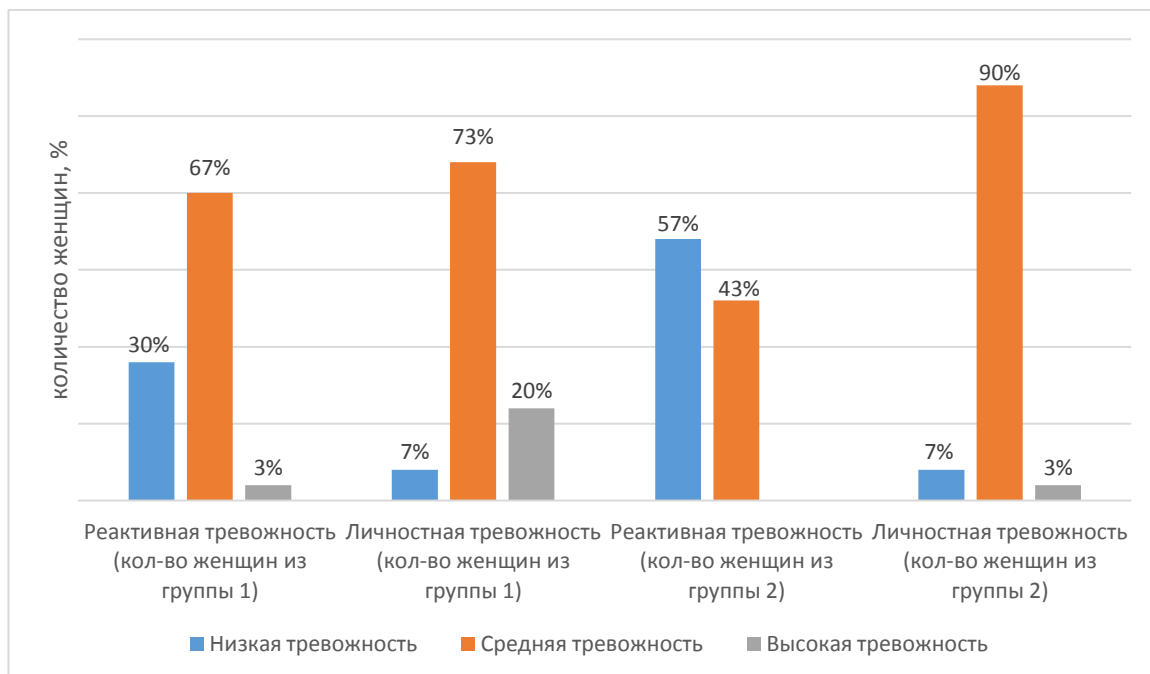


Рис. 2. Распределение выборочной совокупности испытуемых по уровню реактивной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)

Рисунок 2 отражает уровень реактивной и личностной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями.

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

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

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

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

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

Высокая личностная тревожность отмечена у 20% женщин испытываемых с первой беременностью и у 3% женщин с повторной. Женщины с первой беременностью проявляют тревожные переживания, связанные с неизвестностью во время родов, неизбежной боли во время них, здоровьем ребенка и др. Женщина с повторной беременностью испытывает тревогу касательно возможных осложнений в родах, взаимоотношений старшего ребенка с новорожденным, сил и возможностей для воспитания двух детей, возрастного фактора и др.

Таким образом, по результатам исследования личностной и реактивной тревожности, мы можем сделать вывод, что всем беременным женщинам, свойственна тревожность. Высокий уровень личностной и реактивной тревоги наблюдается у женщин старше 30 лет, с первой беременностью чаще, и менее выражен у женщин с повторными беременностями, при условии, что их первая беременность имела благополучное завершение.

2.4. Статистический анализ результатов исследования

Целью статистического анализа данных, является обнаружение достоверных различий в уровне тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями.

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

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

1. Разделение полученных результатов на две выборки по признаку количества беременности (первая или повторные беременности).

2. Разделение каждой выборки женщин с первой и повторными беременностями на выборки по признаку выявленного уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова).

3. Разделение каждой выборки женщин с первой и повторными беременностями на выборки по признаку оценки уровня личностной и реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилберберга (адаптация Ю.Л. Ханина).

4. Сравнение показателей уровня тревожности внутри каждой выборки женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями.

Таким образом, нами выделены две независимые выборки по признаку уровня тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями: уровень тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчина) и уровень личностной и реактивной тревожности по методике Ч.Д. Спилберберга (адаптация Ю.Л. Ханина).

Первым шагом статистического анализа производилось сравнение показателей уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова) между выборками женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями. Показатели уровня тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями представлены в таблице 7.

Таблица 7

Индивидуальные показатели уровня тревожности испытуемых по итогам диагностики («Шкала тревоги» Ч.Д. Спилбергера, адаптация

Ю.Л. Ханина) и методика «Измерения уровня тревожности» Дж. Тейлор,
адаптация Т.А. Немчинова)

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

16 (32)	24	34	15	16 (37)	36	44	18
17 (32)	31	33	22	17 (32)	25	32	16
18 (34)	42	45	23	18 (31)	42	44	17
19 (30)	20	31	18	19 (30)	32	36	8
20 (30)	22	36	22	20 (32)	25	33	14
21 (34)	31	38	23	21 (36)	40	42	16
22 (32)	26	37	13	22 (30)	23	34	14
23 (31)	27	32	11	23 (34)	31	32	5
24 (32)	31	44	6	24 (35)	23	36	11
25 (30)	20	32	14	25 (33)	22	33	23
26 (31)	31	36	5	26 (32)	32	40	20
27 (30)	32	36	5	27 (32)	25	31	6
28 (31)	34	37	14	28 (34)	35	36	15
29 (35)	36	34	14	29 (34)	31	34	5
30 (31)	23	36	11	30 (35)	32	48	5

Сформулируем статистические гипотезы анализа данных.

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

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

В результате произведенных расчетов при помощи U – критерия Манна-Уитни, $U_{\text{расч.}} = 258,5$ при критических значениях $U_{\text{крит.}} = 292$ при ($p \leq 0,01$) и $U_{\text{крит.}} = 338$ при ($p \leq 0,05$), принимаем H_1 , что свидетельствует о достоверном уровне различий между показателями уровня тревожности в исследуемых выборках на уровне $p \leq 0,01$. На основании полученного результата мы можем сделать вывод о том, что существуют значимые

различия в уровне тревожности беременных женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями. У женщин с первой беременностью отмечается более высокий уровень тревожности, у женщин с повторными беременностями отмечаются более низкие показатели уровня тревожности по методике Дж. Тейлор (адаптация Т.А. Немчинова).

Следующим шагом мы обратились к сравнению показателей уровня личностной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и последующими беременностями по методике измерения уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина). Индивидуальные показатели уровня личностной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями представлены в таблице 1.

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

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

В результате произведенных нами расчетов было выявлено, что $U_{\text{расч.}} = 329$, при критических значениях $U_{\text{крит.}} = 338$ при ($p \leq 0,05$) и $U_{\text{крит.}} = 292$ при ($p \leq 0,01$), принимаем H_1 , что свидетельствует о достоверном уровне различий между показателями уровня личностной тревожности в исследуемых выборках на уровне $p \leq 0,05$. Таким образом, на основании полученного результата мы можем сделать вывод о том, что существуют достоверные различия в уровне личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) в выборках беременных женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями. У женщин с первой беременностью отмечается более высокий уровень личностной тревожности, у женщин с повторными беременностями отмечаются более низкие показатели уровня личностной тревожности по методике измерения тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

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

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

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

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

Таким образом, полученные данные позволяют нам сделать вывод о том, что уровень реактивной тревожности женщин старше 30 лет, с первой беременностью не отличается от уровня реактивной тревожности женщин старше 30 лет, с повторными беременностями и имеет такие же средние показатели.

На основании анализа полученных нами данных можно сделать вывод о том, что у женщин старше 30 лет, с первой беременностью отмечается более высокий уровень тревоги по сравнению с уровнем тревожности женщин старше 30 лет, с повторными беременностями. Также, более высокий уровень личностной тревожности выявлен у женщин с первой беременностью в сравнении с уровнем личностной тревожности женщин с повторными беременностями. Значимых различий в уровне реактивной тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями не существует. Уровень реактивной тревожности имеет средние значения как

у женщин с первой беременностью, так и у женщин с повторными беременностями.

2.5. Рекомендации по психолого-педагогической работе с беременными женщинами

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

Любовь, с которой женщина вынашивает ребенка, мысли, связанные с его появлением, богатство общения, которое мать делит с ним, – все это оказывает влияние на развивающуюся психику ребенка и его клеточную память, формируя основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей последующей его жизни. Так, влияние на исход беременности и рождение ребенка начинается с момента зачатия на уровне генной памяти [14, с. 38].

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 роды протекают легче у женщин, прошедших специальную психологическую подготовку.

Роды должны проходить в состоянии максимального расслабления и доверия к происходящему. 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 помощь будущим родителям приобрести наиболее важные знания о протекании беременности, о развитии ребенка, о роли родителей в этом процессе, подготовить их к предстоящим родам и дальнейшему воспитанию счастливого ребенка.

Такая подготовка осуществляется разными медицинскими и психологическими организациями, а также неформальными объединениями родителей и индивидуально практикующими специалистами (психологами, акушерами, доулами и др.). В такую подготовку входит обязательное обучение техникам расслабления, технике правильного дыхания, регуляции своих эмоциональных состояний, гимнастики, повышению родительской компетентности, разным творческим формам деятельности, освоение разных навыков и знаний для положительного течения беременности, облегчения родов и т.п. Используются разные формы групповой работы, направленной на развитие творческих способностей, личностный рост, развитие эмоциональной сферы, снятие различных страхов и тревоги, проработку образа ребенка, своих ожиданий от родов, используются методы пренатального обучения и налаживания взаимодействия матери с ребенком в течение беременности.

Формами оказания психологической помощи беременным женщинам являются:

1. Индивидуальные консультации психолога.
2. Групповые занятия по психологической подготовке к предстоящим родам и счастливому материнству, тренинги и упражнения для достижения

чувства уверенности и внутренней гармонии, тренинги направленные на снижение тревожности и формирование положительного эмоционального состояния в период беременности и предстоящих родов.

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

Направление работы:

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

Занятия в таких школах проводятся групповые, часто совместные для будущих родителей. Обязательно включаются различные методы арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, музыкальной терапии и др.

Разработаны некоторые оригинальные методы, например, проработка образа ребенка и своих ожиданий от родов с помощью медитаций, рисунков, составление коллажей и других видов творческой деятельности, групповое обсуждение проблем беременности и родов, освоение родового голоса, пение колыбельных песен и др.

«Школа материнства» входит в стандарт оказания психологической помощи женщинам во время всего периода беременности и организуется в женских консультациях с целью проведения профилактической подготовки беременных женщин к родам. На занятиях «Школы материнства» 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 подготовке к родам включает:

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

2) обучение семейной пары методам само регуляции и самоконтроля;

3) способность активизации ранее не используемого творческого потенциала;

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

Целью психологической подготовки является создание у женщины психологической установки на благополучное перинатальное завершение беременности, воспитание чувств осознанного материнства, отцовства посредством формирования духовно-психологической связи между будущими родителями и ребенком, находящимся еще в утробе матери.

Формирование у будущей матери ответственного отношения к вынашиваемой беременности, к процессу рождения и дальнейшего воспитания ребенка является очень важным этапом.

Ознакомление женщины с основными понятиями и физиологическими процессами в беременности и родах. Ознакомление с особенностями режима, питания, научение выполнения правил гигиены во время беременности, родов и послеродовом периоде, научение правилам ухода за новорожденным и др.

Занятия для беременных женщин на сроке беременности до 20 недель, выстраиваются таким образом, чтобы как можно больше вовлечь женщину во внутреннюю духовную работу, укрепить интуитивную, эмоциональную связь с пока еще не родившимся ребенком, настроиться на доверие к самой себе, к супругу, к окружающим, избавиться от негативных, тревожных мыслей и переживаний.

Занятия для беременных женщин на сроке беременности от 20 до 40 недель в основном выстраиваются 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 с помощью применения йога-терапии, проводятся занятия по позитивному планированию родового процесса.

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

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

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

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

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

Содержание занятий

1. Ознакомление с телесно-ориентированными техниками для беременных 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.

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

Приведем примеры занятий.

Занятие 1. Занятие направлено на первичное знакомство и первоначальную формулировку проблемы.

Цель для ведущего: познакомиться с участниками группы.
Цель для участников: научиться ценить каждый момент их жизни, принимать себя таким, какой ты сейчас и научиться управлять своими эмоциями.

1. Упражнение на групповое сплочение «Ромашка».

Цель упражнения: помочь участникам самостоятельно дать оценку своим знаниям касательно периода беременности, процесса родов, развития ребенка.

Инструкция. Ведущий условно обрисовывает несколько кругов. В центр должны встать все участники группы, которые осознают, что беременность присутствует в их жизни, но как быть дальше пока еще не вполне представляют, в круг побольше становятся те участники, кто имеет представление о процессе беременности (например, о физиологии, профилактике осложнений в период беременности, родов и др.), в следующий круг встают – те, кто имеет знание о психологии беременности и родовой деятельности, в следующий круг – те, кто понимает как формируется и развивается ребенок до момента своего рождения и самый большой круг для тех, кто уже умеет быть хорошей матерью и отцом. После выполнения упражнения группа обсуждает его по следующей схеме: почему

я выбрал именно этот круг для себя? какие круги остались не отражены, но я имею о них представление? Особое внимание следует уделить вопросу: занимается ли семейная пара присутствующая на занятиях один и тот же круг.

2. Упражнение «Три плана» направлено на понимание и принятие себя. Целью упражнения является научиться акцентировать внимание на своих чувствах, научиться отделять их от мыслей и внешнего мира. Данное упражнение хорошо работает на принятие своего «нового Я» беременной женщиной.

Инструкция. Упражнение выполняется в парах. Члены пары садятся напротив друг друга и закрывают глаза на одну-две минуты. Задача участников упражнения как можно полнее почувствовать внешнее воздействие: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные ощущения. Затем участники пары рассказывают друг другу о своем опыте, начиная со слов: «Во внешнем плане я ощущала...». Участники снова закрывают глаза и в течение пары минут фокусируют свое внимание только на ощущения, идущие от своего тела, стараясь как можно полнее почувствовать и осознать свои мышечные зажимы, болевые ощущения, напряжение и т. д. (беременные женщины в это время могут почувствовать шевеление ребенка внутри себя). Через минуту они рассказывают об этом друг другу, начиная со слов: «Во внутреннем плане я ощущала...». После этого они рассказывают о тех мыслях, которые сопровождали вышеописанные ощущения, начиная со слов: «В это время я думала о ...». Упражнение обсуждается в кругу по схеме: что было легче формулировать чувства или мысли? Было ли формулирование ощущений во внешнем и внутреннем плане высказыванием чувств или, может быть, это было высказыванием мыслей?

3. Телесно-ориентированные упражнения и аутотренинг.

В середине срока беременности (от 16 до 24 недель) женщинам рекомендуется изменить свой режим в сторону большей активности, так как этот период является наиболее опасным в связи с возможным возникновением урологических осложнений беременности, связанных с

нарушением оттока мочи из почек. Поэтому в этот период беременности следует больше находиться в вертикальном положении и увеличить длительность и частоту прогулок на свежем воздухе.

4. Упражнение «Печка».

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

Инструкция: участникам предлагается следующая формула приказа самому себе для вызова ощущения тепла в животе: «Я очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным светом. Хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным светом. Живот прогрелся приятным теплом. Живот прогрелся». Требуется не простое повторение формулы, а эмоциональное переживание ее. Это занятие фактически подготавливает беременную женщину к тренировке внутренних органов, выполнение приказа адресовано органам брюшной полости.

Затем происходит обсуждение итогов работы. Этот этап работы является очень важным моментом.

Целью является получение обратной связи от участников группы, дать им возможность выразить свои чувства, мысли, ожидания и пожелания, возникшие в ходе занятия и создать у них ощущение, что их мнения и впечатления важны для каждого.

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

Целью упражнения является научиться четко формулировать возникшие проблемы, уметь донести их до других участников группы и услышать их позицию.

Инструкция. Ведущий предлагает участникам группы самостоятельно создать таблицу (схему) возможных страхов, боязней и опасений беременной женщины и ориентировочные пути их устранения. Допускается и «мозговой штурм», и работа в тройках-четверках с последующим обсуждением результатов в группе. Можно разделить группу на подгруппы и дать задание

каждой подгруппе составить таблицу по какому-то определенному конструкту «мира беременной женщины». Можно рассмотреть конструкты: «Я» и значимое окружение, «Я» и отец будущего ребенка, «Я» и моя идеальная самость, «Я» и «Я» – мне ненавистное, «Я» и будущий ребенок, «Я» и профессиональная среда и т.п. Ведущий должен следить за тем, чтобы в подгруппах не было участников из одной пары. После выполнения задания происходит совместное, групповое обсуждение результатов работы каждой подгруппы.

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

Целью упражнения является научение саморегуляции сердечной деятельности.

Инструкция. Тренировку начинают с повторения предыдущих упражнений. Сосредоточив внимание на левой руке, надо представить ее свисающей и опускающейся в ванну с теплой водой. Уровень воды от кончиков пальцев постепенно прогревается от чуть теплой до приятно горячей. Теплая волна поднимается от руки вверх и появляется ощущение тепла в левой половине грудной клетки. Ощущение тепла в левой руке сопровождается расширением коронарных сосудов сердца, что улучшает питание сердечной мышцы.

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

Целью является утоление информационного голода и возможность участникам группы выступить в качестве экспертов.

На этом этапе лучше использовать фильмы о внутриутробном развитии ребенка. Если таких фильмов нет, то ведущий может показывать презентации (слайды), отображающие формирование ребенка и рассказывать о недельных изменениях характеристик ребенка. Перед просмотром видеоматериалов ведущий предлагает поудобнее расположиться, парам обняться и рефлексировать все, происходящее «во внешнем» и «во внутреннем плане», мысленно поддерживая друг друга и своего ребенка.

Например, так может звучать описание и рекомендации к 20 неделе беременности: «Вы прошли срединную отметку Вашей беременности! Примите наши поздравления и с радостью примите от супруга подарок – Вы его, несомненно, заслужили! Ваш ребенок (Важно! нельзя, обращаясь к будущей матери, употреблять термин «плод», говоря о будущем ребенке) еще перемещается внутри матки как ему вздумается. Это значит, что сегодня он может бодрствовать вниз головой, завтра утром – спать параллельно поверхности пола, а к ужину – подпереть своей головой дно матки. Ваши ощущения при этом нисколько не волнуют самозабвенно кувыркающегося потомка. Обычно ребенок останавливается в каком-то из этих положений (акушеры называют их предлежанием) в конце этого триместра беременности. Хотя некоторые, пока еще народившиеся дети, позволяют себе свободные перемещения до гораздо более позднего времени. (В этом месте ведущий может предложить парам, если это еще не произошло произвольно, положить руки на живот будущей матери и почувствовать малыша, возможно удастся почувствовать, как именно он сейчас располагается).

Сейчас Ваш малыш весит около 290 граммов, а рост его составляет примерно 25 см., у малыша уже сформировался пол и с помощью УЗИ его уже можно спрогнозировать. Начиная с этой недели устраивайте «концерты по заявкам слушателей». Привлекайте будущего папу, потому что дети гораздо лучше различают низкие звуки, в то время как голос мамы ассоциируют со своим. Совсем не обязательно, обращаясь к малышу говорить: «Я твой папа», т.к. эти слова пока не несут смысловой нагрузки, можно просто напевать, декламировать стихи или разговаривать с ребенком, пытаясь донести основное – Вашу безграничную родительскую любовь».

3. Обсуждение итогов проделанной работы является важной и неотъемлемой частью каждой встречи. Необходимо выслушать всех участников группы. Основой для обсуждения могут являться следующие вопросы: «Что нового о себе и для себя Вы узнали сегодня?», «Что Вы

получили от занятия?», «Считаете ли Вы полезным наше сегодняшнее занятие? и др.».

Занятие 3. Упражнение на групповое сплочение и принятие себя.

Упражнение под названием «Цветик – семицветик».

Одна из целей самонаблюдения – почувствовать центр, сущность собственного «Я», усилить его, чтобы оно было способно разрешать конфликты между субличностью.

Инструкция. Перечислите свои желания. Важно записывать все, что первым приходит в голову. Убедитесь, что Вы включили в список и то, что уже имеете, и то, что хотели бы иметь в дальнейшем (речь здесь идет, разумеется, не о вещах или подарках).

Рефлексивный анализ работы группы. Наиболее часто встречающиеся желания:

- Быть хорошими родителями;
- Не болеть, и чтобы не болел никто из значимых людей;
- Иметь достаточно средств, чтобы обеспечить будущее детей;
- Любить;
- Быть любимым и др.

Затем участники группы зачитывают по кругу свои списки.

Теперь сосредоточьтесь на том, что Вы чувствовали, когда читали список. Есть у Вас субличность, осуждающая людей, имеющих желания, которых нет у Вас или которые для Вас являются несущественными?

Посмотрите список и выберите 5–6 самых существенных, на Ваш взгляд, желаний. Может теперь, после того, как Вы прослушали списки других участников группы, Вы захотели что-то изменить в своем? А теперь выберите Ваши самые важные желания, и не включайте те, которым может отдать предпочтение Ваша субличность «Что Подумают Люди?».

На листе бумаги нарисуйте круг. Внутри него нарисуйте круг поменьше.

Получилось кольцо, центральная часть которого отображает Ваше «Я». А в самом кольце расположите 5–6 субличностей, которые являются, на Ваш взгляд, выразителями Ваших основных желаний. Нарисуйте (рисунок желательно изобразить на листе белой бумаги цветными карандашами или красками) символы, отражающие Ваши желания. Когда закончите свой рисунок, дайте каждой субличности свое имя. Важно придумать свои собственные, имеющие для Вас смысл названия. Теперь раскрасьте свое «Я».

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

Цель упражнения: научиться саморегуляции сердечной деятельности.

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

По команде ведущего начинается мысленное сжатие его в ритме дыхания. При глубоком вдохе мяч мысленно сжимается, при медленном выдохе – разжимается. Темп движения кисти ускоряют, а ритм дыхания прежний. Движения продолжаются 2 минуты. Обычно после упражнений появляется ощущение легкой мышечной усталости в левой руке и выраженного тепла с распространением на левую половину грудной клетки.

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

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

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

1. Содержит магический – суггестивный момент, человек «экстатически теряется в танце».

2. Демонстрирует в символах типичные коллективные человеческие ситуации с «эмоционально – витальными акцентами».

3. Упражнение «Азбука тела».

Целью упражнения является научение расслаблению.

Инструкция. Сначала надо расслабить мышцы лица, затем верхних и нижних конечностей. Для этого упражнения необходимо выбрать удобную позу, голова должна свободно свисать, не вызывая напряжения мышц шеи. Упражнение начинается с установления контроля над дыханием, которое должно быть ровным, спокойным, по возможности брюшным, с удлиненным выдохом. Расслабить мышцы лица, лба, глаз, брови привести в нейтральное положение, опустить веки, постараться зафиксировать взгляд внутрь, к низу, язык мягко приложить к верхним зубам, нижняя челюсть расслаблена. Расслабить мышцы шеи и затылка, затем следует расслабление мышц верхних конечностей. Обычно начинают с правой руки. Нужно мысленно представить руки свободно свисающими. Аналогичен порядок расслабления мышц ног. Занятие заканчивают активным выходом из состояния мышечного расслабления.

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

Результатам проведенной методики тестируемых позволят распределить на четыре группы по признаку оценки содержания материнской сферы: благоприятная ситуация; незначительные симптомы тревоги; наличие тревоги и неуверенности в себе и конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

Занятие 5. Проективная методика «Мое настроение» (беременным

женщинам предлагается изобразить на бумаге своё настроение так, как они себе его представляют, в любых образах, после чего в группе происходит обмен впечатлениями по каждому рисунку). Данная методика, а также весь лекционный материал направлены на то, чтобы беременная женщина прислушалась к себе и обратила внимание на свои эмоции, а в дальнейшем и на свое тело, стала внимательнее прислушиваться к тем изменениям, которые с ней происходят. В перспективе это переводит переживания, касающиеся данных изменений, на осознанный уровень.

Упражнение «Выкинь свою проблему».

Беременным женщинам предлагается написать на листе бумаги свою проблему (тревожное переживание), затем все листки собирает ведущий и сообща предлагают разные способы решения сложных ситуаций. После чего, листок можно смять и выбросить в корзину.

Известно, что визуализация страха является 50% успеха в борьбе с ним.

Изобразив свой страх, перенося его на бумагу, беременная женщина снимает психофизиологическое напряжение. Особенностью данного направления является специфический психологический механизм, творческая деятельность, в которой беременная женщина проявляет себя как личность во всей многогранности связей и структур. Так, существует ряд упражнений, которые выполняются в рамках арт-терапии:

1. «Это мой страх!» Испытуемой предлагается изобразить свою боязнь, страх в свободной форме и подробно описать его во всех мельчайших деталях. Таким образом происходит осознание и проработка тревожных состояний, их вербализация, которая заставляет беременную женщину проговаривать стратегию поведения в сложившейся тревожной ситуации.

2. «Действия со страхом». Как и в предыдущем задании, испытуемые изображают свой страх, но вместо описательных характеристик должны придумать, что конкретно они хотят сделать с этим изображением: смять, сжечь, выкинуть, порезать, порвать, намочить, зарисовать изображение и т.п.

Такие действия направлены на избавление от страхов, боязни и тревог на подсознательном уровне. В этом случае подсознание женщины запоминает алгоритм поведения при возникновении данной боязни, и реакция на нее будет другой, более мягкой и менее выраженной нежели ранее.

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

4. «Кляксы, каракули». Данная изобразительная техника в сочетании с музыкальным сопровождением пробуждает личность к самораскрытию, исследованию собственного эмоционального состояния, развитию творческого потенциала. Участникам предлагается выбрать по собственному желанию бумагу и изобразительные инструменты, затем внимательно послушать музыку (стараясь уловить и почувствовать ритм и настроение музыкального произведения), представить себе образ о котором идет речь в произведении и изобразить его экспрессивно (с помощью каракулей, клякс, точек, отпечатков и др.). Затем происходит этап обсуждения в группе (отмечается, что получилось передать, что не получилось, рассказывают о своих впечатлениях от творческого процесса и эмоциональном климате в группе).

Арт-терапия применяется как индивидуально, так и в групповом подходе.

Учитывая специфику периода беременности и женскую психологию в целом, более конструктивными и эмоционально позитивными для беременных женщин будут групповые занятия, на которых женщина сможет почувствовать себя не одинокой в своих страхах и тревогах, понять, что все беременные переживают, таким образом, ей будет легче совладать со своими тревожными переживаниями и страхами. Арт-терапия является одним из наиболее мягких и в то же время глубоких методов в арсенале психологов и психотерапевтов. Данный метод терапии можно отнести к достаточно древним и естественным формам коррекции эмоциональных состояний, которым многие люди пользуются самостоятельно и порой совершенно

неосознанно, чтобы снять накопленное психическое напряжение, успокоиться и сосредоточиться. Так, в процессе творчества активно задействуется правое полушарие мозга. Современная же цивилизация задействует в основном вербальную систему общения и левое «логическое» полушарие. Нормальное, полное и гармоничное развитие человека предполагает равноценное развитие обоих полушарий и нормальное межполушарное взаимодействие. Более того, некоторые виды активности человека требуют, как раз работы правого полушария – творчество, интуиция, культурное образование, создание семьи, воспитание детей и многое другое. Методы арт-терапии апеллируют к внутренним ресурсам человека, тесно связанными с его творческими возможностями.

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

Мандала – слово из санскрита означающее «круг», «единство», «совокупность». В материальном воплощении, мандала, представляет собой изображение круга с разными вписанными в него узорами и фигурами. Во все времена и у всех народностей символ круга считался особенным. Ему приписывали свойство исцелять душу, приводить в порядок мысли и чувства и многое другое.

Мандала издавна использовалась в различных культурах мира для мистических, магических ритуалов, в храмовой живописи разных конфессий. Например, индейцы делают круглые амулеты, оберегающие душевное и физическое здоровье человека или племени в целом. Священный круг ограждал в язычестве от злых духов, чар, проклятий. Для тибетских монахов изготовление мандалы из цветного песка является основной и самой длительной медитацией во время многолетнего послушания в монастырях. На изготовление таких мандал из цветного песка может уйти вся жизнь: если хотя бы одна песчинка падает не на свое место, то вся мандала разрушается, и работа по ее созданию начинается заново.

Изображение круга в таких далеких и не похожих друг на друга культурах было посвящено одной цели – достижению безопасности, здоровья и душевной целостности. И это говорит о том, что эффективность мандалы как метода гармонизации жизни человека проверена тысячами и расстояниями, а сама она является отражением существующей модели мира, символом круговорота жизни и выражением стремления к гармонии.

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

Но более значимым стало другое открытие К.Г. Юнга. Во время анализа рисунков душевно больных людей он обратил внимание, что в них повсеместно используется изображение круга. Форма круга как будто сопровождала человека в его стремлении избавиться от болезней, исцелить, уравновесить, гармонизировать с единым ритмом природы, Вселенной. Это наблюдение означало, что мандалу можно было использовать не только для диагностики, но и для коррекции неблагоприятных психических состояний, для терапии и саморегуляции.

К.Г. Юнг заключил, что «мандала является внутренней цельностью, которая стремится к гармонии и не терпит самообмана». Поэтому при использовании техники мандалы главный акцент делается не на художественной составляющей, а на творческом порыве, предельной искренности. И если на душе «каракули», не надо скрывать их в мандале за четкими и ровными линиями.

Основной целью метода «Мандалы» является:

– диагностика и коррекция конкретной проблемы;

– коррекция эмоционального состояния и нормализация поведения (пример, раскрашивание готовых мандал-раскрасок);

– изучение групповых взаимоотношений.

Возможности применения мандалы:

– при ощущении внутреннего дисбаланса;

– при проблемах с самооценкой;

– при страхе потери контроля над собой;

– при разной степени тревожных состояниях;

– при различной сложности семейных ситуаций;

– коррекции расстройств мелкой моторики и нервного напряжения;

– преодолении кризиса в развитии;

– стимуляции творческого потенциала и др.

Кроме того, как признает К.Г. Юнг, создание мандалы является достаточно эффективным способом лечения многих духовных проблем. Ведь в этом случае каждый человек раскрывает себя самостоятельно с помощью созерцания и созидания, некоторого количества времени, карандашей или красок. Таким образом, работа с мандалами оказывается очень эффективной для широкого контингента людей, желающих обрести внутреннюю и внешнюю гармонию.

Польза мандалы для беременных женщин.

Беременные женщины с их круглыми животами сами по себе являются олицетворением живых мандал. Ведь именно в этот период жизни женщина особенно чувствительна и сензитивна, она чутко начинает чувствовать связь с едиными ритмами природы, с вселенской гармонией и взаимосвязанностью всего сущего. Женщина в период беременности все чаще эмоционально и мысленно погружена внутрь себя, являясь со-творцом своей вселенной, своего маленького мира внутри нее.

Во время беременности в теле, и во внутреннем мире женщины, происходят грандиозные трансформации, прекрасные, но не всегда сразу идеально совместимые со сложившимися привычками и представлениями

женщины. В большинстве случаев мы не настолько гибки, чтобы принимать все происходящее внутри и вокруг нас как данность. Отсюда возникает нервное напряжение, перерастающее в тревожность, раздражительность и другие неприятные ощущения.

Женщина может осознавать и понимать, находить множество причин и поводов для своего плохого самочувствия и настроения, но легче ей от этого вряд ли станет. Ведь ее душевное состояние и ребенок внутри нее не всегда понимают языка рациональной логики, а общаются с ней на языке символов, чувств, ощущений, инсайтов, озарений. И мандала соответствует этим внутренним тонким движениям и является инструментом для общения со своим ребенком, находящимся еще внутри женщины, на языке творчества.

Так, в моменты стресса хорошо вспоминать о способности нашего организма к процессу саморегуляции и о различных вспомогательных способах коррекции эмоционального состояния, например, о мандале. Она поможет беременной женщине восстановить связь с глубинными пластами ее внутреннего мира, погрузиться в океан материнских чувств и эмоционально воссоединиться со своим ребенком, находящимся еще в утробе. Создание мандалы, в отличие от медикаментозных способов борьбы с теми или иными трудностями во время беременности, абсолютно безвредно, не несет никакой угрозы и не имеет никаких противопоказаний.

Во время создания мандалы психика беременной женщины освобождается от напряжения и открывает богатство внутренних ресурсов. Но не обязательно создавать мандалу в целях эмоциональной разгрузки или ликвидации негативных переживаний. Если у беременной женщины отличное настроение и прекрасное самочувствие, ее внутреннее состояние просит творчества – вперед, к творчеству! Так, мандалы, сделанные в подобном возвышенном и положительном состоянии, станут прекрасным оберегом, позитивным якорем для матери и ее ребенка. Ведь они будут наполнены позитивной жизненной энергией, гармоничным эмоциональным зарядом, и в будущем, если женщина почувствует упадок сил или ощущение

внутреннего дисбаланса, созерцание такой жизнерадостной мандалы будет отличным способом для восстановления.

Процесс создания мандалы достаточно прост. Для этого Вам понадобится лист бумаги и различные художественные материалы: карандаши, краски, мелки, цветной песок, разноцветные бусины и др. Перед тем как приступить к созданию вашего уникального произведения, необходимо настроиться и войти в поток тонких внутренних ощущений, почувствовать состояние готовности и спонтанное желание к творчеству, принять удобную, комфортную позу, сделать несколько связных, плавных, глубоких вдохов и медленных выдохов и сосредоточиться на вибрациях любви и нежности к себе и к своему ребенку.

Далее, решите, что именно будет темой Вашей мандалы: Ваше текущее состояние или событие, которое только формируется и должно произойти в будущем. Например, можно «загадать» себе свои роды, представить, как они прошли, и отобразить на бумаге те чувства, которые были связаны с процессом родов. После настройки возьмите в руки карандаш или кисточку, нарисуйте на листе круг. Лучше, если рисование круга будет выполнено от руки, не прибегая к помощи вспомогательных средств. Далее обратитесь к тем ощущениям, которые возникли у Вас во время настройки и выберите тот цвет карандаша, который отвечает Вашим желаниям. Мягко, плавно опустите руку в круг мандалы, закройте глаза и мысленно обозначьте центр и начните увлекательное «путешествие» по листу бумаги. Меняйте цвета при любом малейшем возникновении потребности. В процессе самовыражения необходимо постараться отвлечься от конкретных, предметных, образов и переживаний об эстетичности и технических характеристиках рисунка. Помните, что это не урок рисования, а Ваш диалог со своим внутренним глубинным «Я». Продолжительность процесса создания мандалы зависит только от Вас. Обратитесь к внутреннему состоянию, так как именно Ваши ощущения и станут главным указанием на то, что процесс создания мандалы завершен.

Если во время создания мандалы, отображающей процесс родов, у женщины возникли тревожные ощущения и переживания, то нужно попробовать в полном объеме перенести их на бумагу. Процесс создания мандалы может длиться не один день, а до тех пор, пока не наступит ощущение полного умиротворения и гармонии.

Таким образом, задачи проведенных тренингов и комплекса упражнений могут считаться выполненными если:

1. Беременные женщины отмечают возросшую адаптивность, усилившееся чувство защищенности и внутреннее ощущение спокойствия и гармонии.
2. Женщинами отмечены позитивные изменения в отношениях со значимыми для них людьми.
3. Большая часть группы выражает желание принимать участие в следующих занятиях.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

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

В результате проведенного эмпирического исследования нами было установлено, что уровень тревожности женщин старше 30 лет, вставших на учет по беременности первым ребенком, выше, в сравнении с уровнем тревожности беременных женщин, такой же возрастной категории, вставших на учет по беременности вторым и последующими детьми. Также, отмечается более высокая оценка личностной тревожности женщин, беременных первым ребенком, в сравнении с женщинами с повторными беременностями. При сравнении оценки реактивной тревожности беременных женщин с первой и повторными беременностями статистически значимых достоверных различий не обнаружено.

По результатам проведенного нами исследования разработан курс занятий для беременных женщин в женской консультации в рамках «Школы материнства». Направлениями работы с беременными женщинами в условиях «Школы материнства» являются: стабилизация психоэмоционального состояния женщин, психологическая подготовка к родам, формирование положительного психоэмоционального состояния в период беременности и предстоящих родов. Формами оказания психологической помощи беременным женщинам, имеющим высокий уровень тревожности мы определили индивидуальные консультации психолога и групповые формы работы (занятия по подготовке к предстоящим родам, психолого-педагогическое просвещение, различные телесно-ориентированные техники и методы релаксации, арт-терапия и тренинги, направленные на формирование положительного психоэмоционального состояния женщин во время беременности и родов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

Проведено эмпирическое исследование особенности проявления тревожности женщин старше 30 лет, с первой и повторными беременностями. По результатам исследования установлено, что высокий уровень тревожности отмечается у женщин старше 30 лет, с первой беременностью. Выявлено, что уровень личностной тревожности также выше у женщин с первой беременностью в сравнении с уровнем тревожности женщин с повторными беременностями. При сравнении оценки реактивной тревожности женщин с первой и повторными беременностями статистически значимых достоверных различий не обнаружено.

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

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Анохин А.А. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам // Мед. помощь. 2006. № 5. С. 11.
2. Абрамова Г.С. Психология материнства. М.: Академический проект, 2006. С. 41.
3. Асмолов А.Г. Психология личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 336 с.
4. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. Общества. 1996. Т. 2. Вып. 4. С. 69–70.
5. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. С. 16–27.
6. Блох М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности. // Журнал практического психолога 2003. № 4–5. С. 199–207.
7. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1998. 304 с.
8. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2001. № 2. С. 46–56.
9. Братусь И.В. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности. Тезисы к докладу на III Всероссийской конференции по психотерапии. 1992, С. 16–18.
10. Братусь И.В. Эмоциональное сопровождение матерью процесса взаимодействия с ребенком. Тезисы к докладу на III Всероссийской конференции по психологии. 1992, С. 13–15.
11. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс, 1993. № 4. С. 35–42.

12. 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.
13. Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.Г. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. 1994. № 5. С. 31–36.
14. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 6. С. 38–47.
15. 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.
16. 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.
17. Бубнова С.С. Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система // Психологический журнал. 1999. Т. 20. 1999. С. 38–44.
18. Васильева Т.Н. Самочувствие на разных сроках беременности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 1. С. 20–22.
19. Васильева О.С., Могилевская Г.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 32–39.
20. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во Моск. ун-та. 1994. С. 35.
21. Додонов Б.И. Потребность, отношения и направленность личности // Вопросы психологии. 2003. № 5. С. 18–29.
22. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 38–45.

23. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери // Журнал практической психологии 2003. № 5. С. 49–63.
24. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. С. 35–42.
25. Купченко В.Е. Самосознание и эмоциональное состояние женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. М., 2008. № 1. С. 48–59.
26. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 22–37.
27. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.
28. 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.
29. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
30. Митрушина Н.А. Диагностические методики в перинатальной психологии: методические указания. Ярославль: ЯрГУ, 2009. 47 с.
31. Могилевская Е.В., Васильева О.С. Перинатальная психология. Психология материнства и родительства. М.: Феникс, 2015. 278 с.
32. Минюрова С.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства // Вопросы психологии. 2003. № 4. С. 22.
33. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. Самара: изд-во СамГПУ. 2000. 189 с.
34. Прихожан А. М. Психология тревожности. СПб., 2009. С. 97–103.
35. Психологический журнал, 2009. Т. 20. № 5. С. 81.
36. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 1999. 720 с.

37. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. 2000. № 3. С. 3–14.
38. Смирнова Е.О. Теория привязанности и эксперимент // Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 139–151.
39. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 2. С. 75–78.
40. Столин В.В. Самосознание личности. М.: изд-во Моск. ун-та, 1993. 284 с.
41. Столин В.В., Кальвиньо М. Личностный смысл: строение и форма существования сознания // Вестник Моск. ун-та. 1992. № 3. С. 38–47.
42. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
43. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–37.
44. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. М.: издательство Института психотерапии, 2002. С. 183.
45. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. М.: УРАО, 2005. 328 с.
46. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно психологический подход // Психологический журнал 1999. Т. 20. № 5. С. 81–88.
47. 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.
48. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования в психологии // Журнал практической психологии 2003. № 4. С. 67–70.

49. 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.

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

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

52. 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.

53. 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.

54. Шмурак Ю.И. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего пренатального воздействия // Народное образование. 1995. № 6. С. 53–57.

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

Лист нормоконтроля

Обучающийся Колесова Елена Алексеевна
фамилия, имя, отчество

Тема ВКР: Особенности проявления тревожности
женщины старше 30 лет с первой
и повторными беременностями.

Нормоконтроль пройден.

Нормоконтролер И.У. 13.05.2017 И.П.Увелья
(подпись, дата) (расшифровка подписи)