Министерство науки и высшего образования РФ

ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»

Факультет психологии

Специальность 37.05.01 Клиническая психология

Специализация «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**(ДИПЛОМНАЯ РАБОТА СПЕЦИАЛИСТА)**

**Программа клинико-психологического сопровождения беременных женщин**

Автор:

Сиволап Валентина Геннадьевна

Научный руководитель:

кандидат психологических наук,

доцент кафедры «Психология труда

и клиническая психология»

К. Е.А.

Допущена к защите:

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.

Тверь 2024

Содержание

[Введение 4](#_Toc156236497)

[Глава 1. Теоретический обзор и анализ литературы по проблеме клинико-психологического сопровождения беременных женщин 9](#_Toc156236498)

[1.1. Психологические особенности беременных женщин 9](#_Toc156236499)

[1.2. Влияние повышенной тревожности, выраженных страхов и неблагоприятного отношения к беременности на течение беременности, процесс родов и здоровье будущего ребенка 14](#_Toc156236500)

[1.3. Проблема клинико-психологического сопровождения беременных женщин 19](#_Toc156236501)

[Выводы по Главе 1 25](#_Toc156236502)

[Глава 2. Эмпирическое исследование динамики показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 27](#_Toc156236503)

[2.1. Организация эмпирического исследования динамики показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 27](#_Toc156236504)

[2.2. Исследование выборки для построения стратегий клинико-психологического сопровождения 33](#_Toc156236505)

[2.3. Программа клинико-психологического сопровождения беременных женщин 37](#_Toc156236506)

[2.4. Описание результатов эмпирического исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 46](#_Toc156236507)

[2.5. Описание результатов эмпирического исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 55](#_Toc156236508)

[2.6. Сравнительный анализ референтных показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 64](#_Toc156236509)

[2.7. Интерпретация результатов исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин 67](#_Toc156236510)

[Выводы по Главе 2 72](#_Toc156236511)

[Практические рекомендации клиническому психологу для работы с беременными женщинами 74](#_Toc156236512)

[Заключение 76](#_Toc156236513)

[Список литературы 78](#_Toc156236514)

[Приложения 83](#_Toc156236515)

# Введение

**Актуальность.** Одной из серьезнейших проблем нашего времени является развитие у детей заболеваний, связанных с нарушениями течения беременности и родов. По мнению исследователей (Граф А. В., Дунаев Т. Ю., Филиппова Г.Г., и др.), во многом, это обусловлено широкой распространенностью тревожности и эмоциональной неустойчивостью среди беременных женщин [45].

Не является секретом, что здоровье ребенка закладывается еще во внутриутробном периоде развития, что обуславливает особое внимание к здоровью будущих мам. На данный момент эта проблема во многих отраслях психологической науки имеет лишь теоретические разработки, а определенных методических и методологических подходов, средств и форм воздействия на психику женщины во время беременности недостаточно [28].

А.И. Захаров доказывает, что эмоциональный стресс при беременности отрицательным образом сказывается не только на последующем здоровье ребенка, но и на самом течении родов, порождая различные трудности, как со стороны матери, так и со стороны ребенка [19].

Беляева О.А. отмечает, что на естественное родоразрешение и грудное вскармливание имеет серьезное влияние эмоциональное состояние беременной женщины. В ходе одного из исследований ученым удалось доказать, что тревожность во время беременности может повлиять на вес новорожденного, а также на срок беременности [26].

Долгое время оценка течения беременности и родов сводилась преимущественно к изучению физиологических процессов и осложнений, соответствующих данным периодам. А психологическая сторона беременности, родов и взаимодействие с новорожденными не являлась определяющей и поэтому не часто принималась во внимание в рамках традиционной медицины [10].

В последнее время нарастает потребность в психологическом сопровождении беременности, как со стороны врачей, так и со стороны пациенток. Так как, согласно статистике среди пациенток, находящихся на лечении в акушерско-гинекологическом стационаре, 35% женщин нуждаются в специализированной психологической помощи. Снижение у женщин репродуктивного здоровья ставит на первый план задачу по урегулированию психоэмоционального состояния, с помощью различных психологических мероприятий, которые направлены на работу с тревогой и страхами у беременных женщин [41; 46].

Таким образом, проблема эмоционального состояния женщин во время беременности требует пристального внимания с целью разработки психотерапевтических, психокоррекционных занятий и практических рекомендаций. Кроме того, на данный момент в России отсутствует широко развитая сеть социальных учреждений, целью которой являлась бы психологическая помощь и поддержка женщин во время беременности.

**Теоретико-методологическая основа исследования –** современные представления о клинико-психологическом сопровождении беременных женщин Филипповой Г.Г., Соколовой О.А., Нечаевой М.А., Коргожа М. А., Добрякова И. В., Никольской И. М., Хамитовой И.Ю., Брутман В.И..

**Цель:** разработать и провести программу индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин.

**Теоретические задачи:**

1. Описать психологические особенности беременных женщин и выявить показатели в эмоционально-волевой сфере, референтные для разработки и проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.
2. Описать влияние повышенной тревожности, выраженных страхов и неблагоприятного отношения к беременности на течение беременности.
3. Проанализировать проблему клинико-психологического сопровождения беременных женщин.

**Эмпирические задачи:**

1. Выявить значения референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.
2. Разработать и провести программу клинико-психологического сопровождения для беременных женщин.
3. Выявить значения референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.
4. Провести сравнительный анализ динамики референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности до и после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.

**Объект:** показатели эмоционально-волевой сферы у беременных женщин.

**Предмет:** динамика показателей эмоционально-волевой сферы: уровень тревоги, выраженность страхов и тип отношения к беременности у беременных женщин в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.

**Гипотезы исследования:**

* 1. В результате прохождения программы клинико-психологического сопровождения, у женщин, находящихся на втором триместре беременности, нормализуется тип отношения к беременности, но уровень тревоги и выраженность страхов изменятся незначительно.
  2. В результате прохождения программы клинико-психологического сопровождения, у женщин, находящихся на третьем триместре беременности, снизятся уровень тревоги и выраженность страхов, но тип отношения к беременности не изменится.

**Методы и методики исследования:**

Теоретические методы:

1. Теоретический анализ научной литературы.

Эмпирические методы:

1. Анализ медицинской документации.
2. Клинико-психологическая беседа.
3. Анкетирование.

Психодиагностические методики:

1. **Шкала «реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина), 1970г.**
2. Проективная методика «Родительское сочинение», О.А. Карабанова, 2007г.
3. Тест отношений беременной (ТОБ), И.В. Добрякова, 2003г.
4. Цветовой тест отношений, А.М. Эткинда, 1980г.
5. Проективный рисунок «Моя беременность», Г.Г. Филиппова, 1999г.

Метод математической статистики:

1. U-критерий Манна-Уитни.
2. Критерий Хи-квадрат Пирсона (таблицы сопряженности).
3. Критерий Вилкоксона.

**Выборка:** исследование проводилось на базе ООО «КДФ» - «Клиника Доктора Фомина» г. Твери. Респондентами первой экспериментальной группы являлись беременные женщины, находящиеся на сроках, которые соответствуют второму триместру беременности, состоящие на учете в клинике по программе «ИВБ» - «Индивидуальное ведение беременности», в количестве 16-ти человек. Респондентами второй экспериментальной группы являлись беременные женщины, находящиеся на сроках, которые соответствуют третьему триместру беременности, состоящие на учете в клинике по программе «ИВБ» - «Индивидуальное ведение беременности», в количестве 18-ти человек. Возрастной диапазон респондентов от 25 до 40 лет.

**Новизна результатов работы:** Полученные результаты исследования могут быть полезны в оказании профессиональной психологической помощи женщинам, которые находятся на разных сроках беременности и испытывают различные психологические трудности. Дальнейшее исследование в данной области позволит более эффективно подходить к вопросам проявления психологических проблем у женщин во время беременности и способам их купирования, а также лечения психологического бесплодия, осознанию важности роли психологических факторов в нарушении репродуктивной функции женщин, формированию у беременных женщин осознанного принятия роли материнства.

**Практическая значимость:** Составленная нами программа клинико-психологического сопровождения, а также подобные программы, могут быть внедрены и использоваться в перинатальных центрах и клиниках, которые включают в себя перинатальный профиль, с целью сопровождения беременности, подготовки к родам и материнству. Систематическое отслеживание психологического здоровья беременных женщин и своевременное психологическое вмешательство способствуют благоприятному течению беременности и, как следствие, нормальному протеканию родов и предупреждению развития психических расстройств после родов у матери и ребенка.

**Теоретическая значимость:** Полученные результаты нашего исследования могут использоваться при составлении психологических программ коррекционной направленности и клинико-психологического сопровождения для беременных женщин, имеющие проблемы с повышенной тревожностью, выраженными различными страхами и неадекватным типом отношения к беременности.

# Глава 1. Теоретический обзор и анализ литературы по проблеме клинико-психологического сопровождения беременных женщин

* 1. **Психологические особенности беременных женщин**

Беременность вызывает нарастающий поток импульсов в центральной нервной системе женщины, который ведёт к появлению в коре головного мозга местного очага повышенной возбудимости, так называемой гестационной доминанты, вокруг которой создается поле торможения нервных процессов. Ю. Э. Доброхотова отмечала, что данное явление связано с преобладанием у беременной женщин потребностей и интересов, связанных с родами и здоровьем будущего ребенка [24].

И. В. Добряков считает, что гестационная доминанта включает в себя два компонента: 1. физиологический компонент, который отвечает за перестройку функциональных систем женщины, направленных на вынашивание плода; 2. психологический компонент – это эмоционально-мотивационная сфера женщины, которая позволяет сделать вывод об отношении женщины к своей беременности, к изменениям будущих перспектив и жизненных ценностей, а также к изменениям личностных особенностей, которые переживаются женщиной во время беременности [16; 21].

Так, Г.Г. Филиппова, выделяя психологический компонент гестационной доминанты, описывает шесть стилей переживания беременности [42; 43]:

* 1. Адекватный стиль – женщина соматически ощущает, что беременна, беременность проходит без сильных затяжных негативных эмоций, в первом триместре возможно снижение настроения, но без депрессивных эпизодов. Во втором триместре наблюдается хорошее настроение. Повышение тревожности со снижением к последним неделям наблюдается к третьему триместру.
  2. Тревожный стиль – женщина ощущает тревогу по отношению к беременности, испытывает беспокойство и страх. Беременность ощущается как болезненное состояние. В течение второго и третьего триместра это состояние усиливается. Первое шевеление происходит рано и часто сопровождается испугом. Женщина испытывает страхи по поводу родов, тревогу за собственное здоровье и здоровье будущего ребенка.
  3. Эйфорический стиль – отношение к беременности имеет неадекватную эйфорическую окраску. У женщины отмечается некритическое отношение к материнству, будущему ребенку и возможным проблемам, которые связаны с беременностью и здоровьем.
  4. Игнорирующий стиль – женщина поздно осознает, что беременна, так как-либо не ощущает телесных изменений, либо чувствует себя лучше, чем до беременности.
  5. Амбивалентный стиль – женщина также поздно осознает, что беременна, испытывает негативные эмоции, объясняя их страхами за здоровье ребенка, страхами, связанными с родами, ссылаясь на то, что внешние обстоятельства угрожают нормальному протеканию беременности.
  6. Отвергающий стиль – женщина испытывает сильные негативные эмоции по отношению к беременности, ощущает физический и эмоциональный дискомфорт.

С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения в самочувствии, которые проявляются в раздражительности, слезливости, повышенной утомляемости и тревожности, выраженности различных страхов, изменении аппетита, тошноте, снижении либидо, сонливости в течение дня [41].

Первопричиной многих страхов является неизвестность, недостаток информированности и новизна состояния, отсутствие опыта у женщин, беременных впервые. Здесь и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие до паники, неуверенность в своих способностях самостоятельно родить и стать хорошей матерью, страх за здоровье будущего ребенка, и обеспокоенность тем, что материальное положение семьи может ухудшиться, страх перед возможным ущемлением личной свободы, и наконец, страх потери непривлекательности [39].

В период беременности женщина очень чувствительна, она гораздо острее, чем прежде реагирует на окружающий мир и происходящие изменения в нем. Есть женщины, которые во время беременности совершенно меняют свой внешний вид и внутренние убеждения, а есть те, у кого все остается без изменений. Исключая крайности, обращаясь к исследованиям психологического состояния беременных женщин таких авторов, как В.И. Брутман, А. Я. Варга, М. С. Радионова, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова, можно сделать вывод, что общим для будущих матерей является своя особая психология, которая меняется каждый триместр [37; 45]:

Первый триместр (с 1-й по 13-ю неделю) – месяцы неуверенности и адаптации, амбивалентных чувств. Страх неопределенности и боязнь неизвестности, отсутствие аппетита и тошнота делают первые недели беременности утомительными. Но, с другой стороны, беременной женщине нравится ее состояние, она становится впечатлительнее, ей хочется быть предметом внимания и заботы. Также, на данном этапе, женщина ощущает своё взросление, приближение новых обязанностей и добавление ответственности.

Второй триместр (с 14-й по 27-ю неделю) – месяцы равновесия. Начинают ощущаться первые движения плода, они имеют огромное значение для будущих матерей и вызывают характерную для беременности психическую перестройку самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка. В этот момент будущей матерью переживается симптом новой жизни в себе. По мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Принятия новой жизни в себе представляет собой вершину беременности, являясь своеобразным индикатором восприятия, переработки и оценки женщиной опыта этого психофизиологического состояния. Те, кто раньше по каким-то причинам скрывал свою радость, в норме, на этом этапе отдаются ей полностью, показывая ее окружающим, потому что теперь уверенны в существовании новой жизни внутри себя. Отмечаются погружение в себя и развитие чувства собственной значимости. Могут проявляться такие страхи, как: замершая беременность, осложнение течения беременности на фоне болезни, рождение нездорового ребенка.

Третий триместр (с 28-й недели до родов) – месяцы полной концентрации на ребенке. У женщины может значительно возрасти творческий потенциал, в связи с чем, возникает потребность в активной деятельности или сверхчувствительность по отношению к будущему младенцу: сновидения, предчувствия, необычайные переживания, ощущение мысленного контакта с ребенком. Будущие мамы становятся малоподвижными, что связано с прибавлением массы плода, усталость становится более выраженной, а вместе с ней и желание ускорить приближение рождения ребенка. Последние недели беременности кажутся намного длиннее, чем весь период беременности. Потребность в защите и безопасности является ведущей. На данном этапе на первый план выступают такие страхи, как: получение травм во время родов, осложненные роды, страх смерти во время родов, травмирование ребенка во время родов по врачебной ошибке.

Серьезными стрессогенным фактором во время беременности являются наличие хронических соматических заболеваний, в том числе заболевания генитальной сферы, которые заставляют бояться за течение беременности, исход родов и здоровье будущего ребенка, а также лечение в условиях стационара вызывает определенный стресс у беременных женщин, что связано с желанием находиться дома, в безопасном кругу семьи [28].

Также, существуют некоторые различия в переживании беременности у женщин, оплодотворенных естественным путём, и женщин, у которых оплодотворение происходило с помощью процедуры ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). В случае, если протокол ЭКО показывает положительные результаты, беременность начинает развиваться и ее течение без отклонений, то это не дает женщине гарантию, что она сможет сохранить ребенка до конца беременности, что в свою очередь ведет к высокому уровню тревоги, постоянным страхам за развитие ребенка, мыслям о замершей беременности и преждевременных родах. Во-первых, сама процедура ЭКО является довольно стрессовой для организма женщины, как в физиологическом плане, так и в психологическом, т.к. происходит гормональная стимуляция организма и хирургические вмешательства. Во-вторых, женщины, оплодотворенные с помощью ЭКО, находятся в сильном напряжении из-за неизвестности. Врачам сложно дать точный прогноз женщине, какая попытка забеременеть будет удачная, а какая оборвется, поэтому если беременность наступила, то первый триместр характеризируется выраженной эмоциональной лабильностью, чрезмерной утомляемостью, страхами потерять ребенка и не перейти на второй триместр беременности, чувством опасности за собственное здоровье, ожиданием, что их организм не справится с вынашиванием ребенка. Второй триместр акушеры называют «золотым», поскольку все негативные проявления начала беременности исчезают, риск прерывания беременности значительно снижается, приходит легкость, прилив сил, бодрость, хороший сон и аппетит, но страх преждевременных родов и замершей беременности могут все еще сопровождать женщину до перехода на третий триместр [5; 29; 31].

Тревога является основным эмоциональным состоянием человека в неопределенной ситуации, характеризующаяся ожиданием ясности, которое вызывает внутреннее напряжение. Так, у беременных женщин, как с осложненной беременностью, так и с нормально протекающей, состояния ожидания и неопределенности усиливают переживание реальной или воображаемой угрозы выкидыша или преждевременных родов. Также, причинами появления тревоги могут выступать чувство одиночество, непохожести на других женщин, субъективное отсутствие понимания, ожидаемое от окружающих людей [8; 28].

Таким образом, во время беременности происходят коренной перелом и изменение всех сторон жизни женщины. Беременность провоцирует глубокие изменения самосознания и отношения к окружающим людям, происходит трансформация ценностно-смысловых составляющих образа мира и собственной идентичности в новых условиях. Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями как физическими, так и эмоциональными, в связи с этим у женщин могут отмечаться повышенная раздражительность, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, выраженные различные страхи, сензитивность, чувство одиночества, мнительность, астеничность, неадекватная самооценка, выраженное чувство эйфории.

## 1.2. Влияние повышенной тревожности, выраженных страхов и неблагоприятного отношения к беременности на течение беременности, процесс родов и здоровье будущего ребенка

Пренатальный стресс – выраженные психоэмоциональные переживания беременной, негативно влияющие на актуальное состояние плода и будущее здоровье ребенка. У матери проявляется аффективной напряженностью, неустойчивостью, плаксивостью, беспокойством, у плода – повышенной двигательной активностью. К последствиям относятся детские неврозы, гиперактивность, психосоматические заболевания, поведенческие расстройства [2; 20; 33].

Беременные женщины более подвержены стрессам – происходит физиологическая перестройка организма, изменяется гормональный фон, снижается сопротивляемость внешним негативным факторам. Эмоциональное напряжение провоцируется неопределенностью будущего. Женщина переживает о протекании беременности и родов, здоровье будущего ребенка и собственном самочувствии, изменении привычного жизненного уклада после появления на свет малыша [14; 26; 35].

К наиболее частным причинам стресса будущих мам относятся [23; 49; 50]:

1. Нежеланная беременность. Вынашивание в первом триместре сопровождается выраженным внутренним конфликтом женщины между побуждениями сделать [аборт](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/abortion/) и родить ребенка. Во втором и третьем триместрах возникают сомнения в правильности выбора, беспокойство о будущих взаимоотношениях с ребенком, изменении образа жизни.
2. Психологические особенности. Развитию эмоционального стресса способствует мнительность, тревожность, впечатлительность, эгоцентризм, истерические черты беременной. Ближе к третьему триместру часто формируются страхи, переживания по поводу боли, возможных [осложнений родов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/childbirth-complications).
3. Семейные проблемы. Конфликты с мужем, его непринятие беременности, [алкоголизм](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/alcoholism), недостаточное внимание к беременной, уход из семьи являются мощными стрессовыми факторами. Переживаниям также подвержены женщины, вынашивающие ребенка без супруга (партнера), имеющие серьезные финансовые проблемы, вынужденно проживающие с родителями.
4. Состояние здоровья. Беспокойство и тревожность нередко являются следствием [осложнений беременности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-complications), обострения хронических и развития острых заболеваний. Многие соматические патологии даже без эмоционального компонента вызывают изменения организма аналогичные тем, что провоцируются психологическим стрессом.

Среди осложнений стресса во время беременности выделяют [2; 48]:

1. Задержка внутриутробного развития, различные аномалии.
2. Малый вес новорожденного.
3. Преждевременные роды.
4. Угроза прерывания беременности, невынашивание и др.

Г.Г. Филиппова описывает, как влияет тип отношения к беременности на течение беременности и эмоциональное состояние женщины, следующим образом [11; 42]:

Адекватный. Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций. В первом триместре возможно легкое снижение настроения без депрессивных эпизодов. Во втором триместре благополучное эмоциональное состояние. В третьем триместре повышение тревожности и ее снижение по мере приближения родов. Шевеления ребенка вызывают положительные эмоции, они четко отделены от других ощущений, не сопровождаются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями.

Тревожный. Идентификация беременности тревожная, со страхами и беспокойствами, которые периодически усиливаются и ослабевают. Состояние характеризуется как болезненное. Эмоциональное состояние в первый триместр повышено-тревожное или депрессивное, во втором триместре стабилизации не наблюдается, повторяются тревожные и депрессивные эпизоды, которые усиливаются в третьем триместре. Первые шевеления ощущаются рано, сопровождается длительными сомнениями или, напротив, четкими воспоминаниями с конкретной датой и временем, возможны болезненные ощущение. Дальнейшие шевеления часто сопровождаются тревожными ощущениями, тревогой за себя и здоровье ребенка.

Эйфорический. Беременность приобретает неадекватно эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможными проблемам беременности. Нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения.

Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады и неприятного удивления. Динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса. Первое шевеление ощущается очень поздно, последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, как доставляющие физиологические неудобства.

Амбивалентный. Общая симптоматика схожа с тревожным стилем, особенностью является резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевелений, характерно возникновение болевых ощущений. Интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или за исход беременности. Характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благоприятному течению беременности.

Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими негативными эмоциями. Вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Беременность переживается, как помеха. Шевеления окрашены неприятными физиологическими ощущениями, сопровождаются неудобством, брезгливостью. К концу беременности возможно всплески депрессивных или аффективных состояний.

По поводу влияния эмоционального стресса на процесс родов врачами замечено, что причиной слабости родовой деятельности и слабости потуг у первородящих могут быть отрицательные эмоции и особенно чувство страха перед предстоящими родами. Волнение в конце беременности приводят не только к затяжному течению родов, но и к послеродовым кровотечениям и возникновению сепсиса у новорожденного со слабым иммунитетом [1; 3].

После рождения малыша у женщины, испытавшей стресс в период вынашивания, часто пропадает молоко. Мама не способна должным образом заботиться и ухаживать за малышом впервые, особенно в важные месяцы жизни. Отсутствие тактильного контакта приводит к тому, что ребенок вырастает тревожным, неуравновешенным, замкнутым, ранимым. Возможна задержка речевого и психического развития [1].

В работе доктора психологических наук А.И. Захарова систематизированы патологические влияния антенатального стресса матери на процесс беременности и родов [19]:

1. Отсутствие уверенности в прочности брака способствуют большей чувствительности будущей мамы к испугам и страхам перед родами.
2. Переживания из-за отношений с супругом приводят к эмоциональной неудовлетворенности, отсутствию рефлекторного крика новорожденного, что расценивается как проявление эмоциональной или психогенной заторможенности. Для девочек подобные переживания матери часто обуславливают угрозу выкидыша.
3. Волнения в начале беременности отражаются на пролонгированном течении родов для мальчиков и преждевременных родах для девочек.
4. Повышенная раздражительность матери связана с ее утомляемостью и нарушениями сна, образуя своего рода неврастенический комплекс. Для девочек это способствует преждевременным родам.
5. Перегрузки в учебе или на работе обуславливают преждевременные роды, а также быстрые роды, отсутствие крика у новорожденных девочек.
6. Нарушения сна при беременности взаимосвязаны с частными состояниями внутренней неудовлетворенности. Для матерей девочек характерны преждевременные или стремительные роды. Для матерей мальчиков отмечается задержка наступления беременности и обвитие пуповины вокруг шеи при рождении из-за эмоционально-стрессовой гиперактивности.
7. Повышенная утомляемость ведет к преждевременным родам.

Важно отметить, что сам факт беременности может восприниматься женщиной как психотравмирующая ситуация [28].

Детальное изучение эмоционального фона беременных женщин важно потому, что он непосредственным образом влияет не только на протекание беременности и родов, но и на характер отношения к ребенку до и после его рождения, а также и на отношение к себе. Игнорирование проблемы стресса у беременных женщин может привести к развитию тяжелой депрессии у них после рождения ребенка [41].

Таким образом, выраженные психоэмоциональные переживания беременной женщины негативно влияют на актуальное состояние плода и будущее здоровье ребенка. Беспокойство и тревожность нередко являются следствием [осложнений беременности](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-complications), обострения хронических и развития острых заболеваний. Стресс во время беременности может привести к задержке внутриутробного развития и различным аномалиям, недовесу новорожденного, преждевременным родам, а также к угрозе прерывания беременности и невынашиванию. Неадекватный тип переживания беременности часто приводит к тому, что первые шевеления могут сопровождаться длительными сомнениями, возможными болезненными, тревожными и брезгливыми ощущениями, проявляется тревога за себя и здоровье ребенка, отмечается чувство досады, может проявляться некритическое отношение к возможными проблемам беременности. У женщин с повышенной тревожностью, выраженными страхами и неадекватным типом отношения к беременности к концу беременности часто появляются осложнения, возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Врачами замечено, что причиной слабости родовой деятельности и слабости потуг у первородящих могут быть отрицательные эмоции и особенно чувство страха перед предстоящими родами. Волнение в конце беременности приводят не только к затяжному течению родов, но и к послеродовым кровотечениям и возникновению сепсиса у новорожденного со слабым иммунитетом.

## 1.3. Проблема клинико-психологического сопровождения беременных женщин

Несмотря на активное использование термина «психологическое сопровождение» в понятийном аппарате практических психологов, еще не сложился единый методологический подход к определению его сущности [10].

Рассматривая психологическое сопровождение как вид психологической помощи, ряд авторов (Н.П. Коваленко, В.М. Целуйко, Н.С. Глуханюк, Е.И. Казакова, М.Р. Битянова и т.д.) трактуют сопровождение как поддержку именно психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают личностные трудности [10].

В. М. Целуйко применяет понятие «сопровождение» для обозначения недирективного оказания условно здоровым людям психологической помощи, которая способствует саморазвитию и активизации собственных ресурсов человека [10].

Н. С. Глуханюк рассматривает психологическое сопровождение как метод создания условий для принятия оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора [10].

Н. П. Коваленко отмечает, что психологическое сопровождение – это коллективная работа обучаемых и обучающих, которая направлена на раскрытие личностных ресурсов, достижения творческой самореализации и целостности [24].

Таким образом, можно определить, что в психологическом сопровождении нуждаются люди, испытывающие некоторые трудности на определенном этапе своей жизни и испытывающие потребность в психологической поддержке и помощи [17; 38].

Существуют следующие этапы психологического сопровождения личности [13]:

* + 1. Постановка задачи. Клиент, также как и психолог, должен представлять результат их совместной работы, в какой момент можно завершить процесс. Однако, в каждом персональном случае задачи сопровождения зависят от индивидуальных особенностей личности, которой оказывается психологическая помощь.
    2. Выявление и анализ причин психологической проблемы. Данный этап является основополагающим в психологической помощи. В ходе его реализации может быть преодолено множество существующих проблем.
    3. Овладение новыми способами поведения и взаимодействия с окружающими людьми и их закрепление.

На сегодняшний день, психологическое сопровождение беременных женщин, является относительно новым направлением и развивается достаточно активно. Традиционно, беременные женщины находились исключительно под медицинским наблюдением, целью которого являлось выявление проблем и поддержание физического здоровья матери и ребенка. Данный этап жизни женщины, можно сказать, был монополизирован медициной, и психологическая сторона беременности практически не учитывалась. Рождение ребенка, в своем роде, стало похоже на медицинскую манипуляцию, реализацию которой, возможно было осуществить только стационарных условиях, а вынашивание беременности велось исключительно под систематичным наблюдением врача и контролем медицинских анализов [4; 25; 27].

Признавая высокую значимость психоэмоционального состояния беременных женщин, в России на Санкт-Петербургской конференции в 1994 году, впервые перинатальную психологию выделили как самостоятельную область науки и практики. Следующий важный шаг был сделан 12.02.2002 г., когда Министерство здравоохранения РФ издало указа­ние № 202-У «О создании Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях детства и родовспоможения» в целях развития медико-психологической службы в этих учреждениях и «внедрения в их работу времен­ных технологий клинической (медицинской) психологии и психотерапии». На сегодняшний день, перинатальная психология, является одной из относительно новых и еще недостаточно теоретически оформленных отраслей психологии, тем не менее, интенсивно развивается практически в виде психокоррекционных и просветительских программ для беременных женщин, рожениц, их семей [9; 18; 41].

Добряков И.В. сделал попытку разделить существующие теоретические подходы к обоснованию психологического сопровождения беременных женщин на 4 большие группы [17]:

1. Эклектически-дилетантский подход, чаще всего встречается в практической деятельности лиц, не имеющих ни психологического, ни медицинского образования. Дефицит знаний, возмещается набором случайных идей и сведений, которые абсолютно не связаны друг с другом. Для данного подхода, в связи с отсутствием объективных представления о физиологических и психологических особенностях беременных женщин, характерна склонность к сверхценным идеям, чаще религиозно-мистического содержания. Кроме этого, используя свой авторитет и повышенную внушаемость женщин, ведется активная пропаганда отказа и непринятия медицинской помощи, отрицание сотрудничества с медицинским персоналом. Эффективность проведенной работы, оценивается этими «специалистами» по субъективным критериям: собственные впечатления и положительные отзывы беременных. Кроме этого, ответственность такого вида психологического сопровождения полностью перекладывается на самих женщин.
2. Медико-редукционистский подход связан с тем, что все проблемы в репродуктивной сфере женщины объясняются только биологическими причинами, а психология воспринимается как набор тестов и техник, используемых лишь для психодиагностики. Этому подходу характерно недостаточное внимание, а иногда полного игнорирование психологического состояния пациентки. Бесед с женщинами, чаще ограничены лекциями медицинского содержания, и поэтому, внимания к личности беременной минимально. Данный подход способствует возникновению ятрогений.
3. Психолого-редукционистский подход во многом схож с эклектически-дилетантским подходом, однако отличается от него наличием хорошей теоретической базы (преимущественно психологической, социальной, но иногда и наличие философских и даже эзотерических идей). Это характерно и для медико-редукционистского подхода, но в противовес ему, делается попытка описать проживание беременности и родов посредством психологической детерминанты, поэтому при возникновении репродуктивных проблем используется попытка найти психологические причины, а физиологические, биологические и медицинские факторам недооцениваются. Кроме этого, представители этого подхода, характеризуется категоричными суждениями, излишней самоуверенностью, попыткой навязать свою точку зрения и стать для женщины незаменимым помощником.

1. Биопсихосоциальный подход, представляет собой интеграцию психологических, биологических и социальных факторов в одну теоретическую модель, которая нацелена на максимально полное осмысление закономерности и взаимосвязи процессов, связанных с репродуктивной системой.

На сегодняшний день, в практике сопровождения беременных женщин преобладает медико-редукционистский подход, осуществляемый на базе женских консультаций, который реализуется без учета индивидуально- психологических особенностей пациенток [6; 7; 10].

Л.Н. Рабовалюк в своей работе «Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности» опираясь на теорию И.В. Добрякова в осуществлении психологического сопровождения беременных в теории биопсихосоциального подхода, сформулировала некоторые условия психологического сопровождения беременных женщин [32; 34]:

* 1. Разделение беременных женщин по группам медицинского и психологического риска.
  2. Необходимость системы психопрофилактики до наступления беременности.
  3. Психологическая помощь должна быть доступной и адресной.
  4. Необходима своевременная диагностика готовности к материнству и ценностных ориентаций женщины.
  5. Оказание психологической помощи на различных уровнях беременной женщины (личностный, эмоциональный, когнитивный, операциональный, психофизический, межличностный).
  6. Оказание комплексной помощи женщине.
  7. Работа с семейным окружением женщины.

Таким образом, изучив проблему психологического сопровождения, видно, что основной акцент ставится на программы, направленные на подготовку к родам, причем без учета индивидуально-психологических особенностей беременных женщин. В основном, на базе женских консультаций, теоретико-методологичеким основанием является медико-редукционистский подход. Среди своих достоинств такого вида оказания помощи максимальный охват беременных женщин, однако, к недостаткам можно отнести ограниченность во времени, перевес в сторону медицинских аспектов подготовки, незамотивированность кадров, а иногда, даже отсутствие психологов. В таких программах используется преимущественно лекционный стиль проведения, зачастую с практически полным отсутствием к возможности рефлексии и обсуждениям. Также, выявлена проблема в том, что имеющиеся программы психологического сопровождения, в большинстве своем, теоретически не обоснованы и нет данных об их эффективности. Поэтому, в связи с изученной проблематикой, встает вопрос об актуальности научного исследования, целью которого будет выявление социально-психологических проблем у беременных пациенток для оказания психологической помощи в виде клинико-психологического сопровождения.

# Выводы по Главе 1

1. Беременность провоцирует глубокие изменения самосознания и отношения к окружающим людям, происходит трансформация ценностно-смысловых составляющих образа мира и собственной идентичности в новых условиях. Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями как физическими, так и эмоциональными, в связи с этим у женщин могут отмечаться повышенная раздражительность, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, выраженные различные страхи, сензитивность, чувство одиночества, мнительность, астеничность, неадекватная самооценка, выраженное чувство эйфории.
2. Стресс во время беременности может привести к задержке внутриутробного развития и различным аномалиям, недовесу новорожденного, преждевременным родам, а также к угрозе прерывания беременности и невынашиванию. Неадекватный тип переживания беременности часто приводит к тому, что первые и последующие шевеления могут сопровождаться длительными сомнениями, тревогой и брезгливыми ощущениями; отмечается чувство досады и некритическое отношение к возможными проблемам беременности. У женщин с повышенной тревожностью, выраженными страхами и неадекватным типом отношения к беременности к концу беременности часто появляются осложнения, возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.
3. Показателями, референтными для разработки и проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения являются: уровень тревоги, выраженность страхов и тип отношения к беременности. Значения и характеристики данных показателей определяют содержание эмоционально-волевой сферы у беременных женщин.
4. Проблема клинико-психологического сопровождения беременных женщин на базе женских консультаций заключается в том, что основным подходом к пациенткам является медико-редукционистский, недостаток которого ограниченность во времени, перевес в сторону медицинских аспектов подготовки без учета индивидуально-психологических особенностей, незамотивированность кадров, а иногда, даже отсутствие квалифицированных психологов. Также, выявлена проблема в том, что имеющиеся программы психологического сопровождения, в большинстве своем, теоретически не обоснованы и нет данных об их эффективности.

# Глава 2. Эмпирическое исследование динамики показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

## 2.1. Организация эмпирического исследования динамики показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

**Цель:** разработать и провести программу индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин.

**Эмпирические задачи:**

* 1. Выявить значения референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.
  2. Разработать и провести программу клинико-психологического сопровождения для беременных женщин.
  3. Выявить значения референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.
  4. Провести сравнительный анализ динамики референтных показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов и отношение к беременности до и после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.

**Объект:** показатели эмоционально-волевой сферы у беременных женщин.

**Предмет:** динамика показателей эмоционально-волевой сферы: уровень тревоги, выраженность страхов и тип отношения к беременности у беременных женщин в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения.

**Гипотезы исследования:**

1. В результате прохождения программы клинико-психологического сопровождения, у женщин, находящихся на втором триместре беременности, нормализуется тип отношения к беременности, но уровень тревоги и выраженность страхов изменятся незначительно.
2. В результате прохождения программы клинико-психологического сопровождения, у женщин, находящихся на третьем триместре беременности, снизятся уровень тревоги и выраженность страхов, но тип отношения к беременности не изменится.

**Методы и методики исследования:**

Эмпирические методы:

1. Анализ медицинской документации.
2. Клинико-психологическая беседа.
3. Анкетирование.

Психодиагностические методики:

1. **Шкала «реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина), 1970г.**
2. Проективная методика «Родительское сочинение», О.А. Карабанова, 2007г.
3. Тест отношений беременной (ТОБ), И.В. Добрякова, 2003г.
4. Цветовой тест отношений, А.М. Эткинда, 1980г.
5. Проективный рисунок «Моя беременность», Г.Г. Филиппова, 1999г.

Метод математической статистики:

1. U-критерий Манна-Уитни.
2. Критерий Хи-квадрат Пирсона (таблицы сопряженности).
3. Критерий Вилкоксона.

**Выборка:** исследование проводилось на базе ООО «КДФ» - «Клиника Доктора Фомина» г. Твери. Респондентами первой экспериментальной группы являлись беременные женщины, находящиеся на сроках, которые соответствуют второму триместру беременности, состоящие на учете в клинике по программе «ИВБ» - «Индивидуальное ведение беременности», в количестве 16-ти человек: у 56% женщин беременность была запланирована; у 75% женщин беременность первая, 25% - повторная; 69% женщин отмечают наличие тревожности, а 31% наличие выраженных различных страхов; 44% женщин отмечают, что сильно ощущают потребность в психологической помощи, а 56% в некоторой степени. Респондентами второй экспериментальной группы являлись беременные женщины, находящиеся на сроках, которые соответствуют третьему триместру беременности, состоящие на учете в клинике по программе «ИВБ» - «Индивидуальное ведение беременности», в количестве 18-ти человек: у 61% женщин беременность была запланирована; у 72% беременность первая, 28% - повторная; 78% женщин отмечают наличие тревожности, а 22% наличие выраженных различных страхов; 72% женщин отмечают, что сильно ощущают потребность в психологической помощи, а 28% в некоторой степени. Возрастной диапазон респондентов от 25 до 40 лет. Большинство женщин (70%) в настоящее время работают.

**Обоснование выбора психодиагностических методик для исследования показателей в эмоционально-волевой сфере у беременных женщин**

1. **Шкала «реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина), 1970г.**

Данная методика предназначена для определения уровня ситуативной (появляющейся в данный момент) и личностной тревожности личности. Может использоваться для людей старше 18 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам [40].

Шкала реактивной и личностной тревожности состоит из двух частей по 20 заданий в каждой. Первая шкала предназначена для определения того как человек чувствует себя в данный момент, т. е. для диагностики актуального состояния — оценки ситуативной тревожности. Задания второй шкалы направлены на выяснение того, как субъект себя чувствует обычно, т. е. диагностируется тревожность как свойство личности. Каждая из частей шкалы снабжена собственной инструкцией, продолжительность обследования составляет примерно 5-8 мин. Каждое высказывание, включенное в опросник, оценивается респондентами по 4-балльной шкале [40].

Результаты оцениваются обычно в градациях [40]:

1. 20 — 30 баллов – низкий уровень тревожности;
2. 31 — 45 баллов – средний уровень тревожности;
3. 46 баллов и более – высокий уровень тревожности.
4. **Проективная методика «Родительское сочинение», О.А. Карабанова, 2007г.**

Проективная методика «Родительское сочинение» О. А. Карабановой позволяет выявить особенности родительской позиции автора сочинения и реализуемый им тип семейного воспитания [22].

Данную методику мы использовали в качестве вспомогательной для создания авторского опросника. Мы сделали методику более форма­лизованной и структурированной, конкретизировав для испытуемых тему, а также разделив вопросы на 2 блока с предлагаемыми вариантами ответа. Первый блок включает в себя утверждения, которые связаны с первичными, то есть биологическими страхами беременных женщин. Второй блок состоит из предложенных утверждений, которые отражают вторичные, а именно социальные страхи беременных женщин. Инструкция предлагает испытуемым выбрать в каждом блоке те утверждения, которые им подходят. Затем производится количественный анализ полученных результатов.

1. **Тест отношений беременной (ТОБ), И.В. Добрякова, 2003г**.

С помощью «Теста отношений беременной» (ТОБ), разработанного И. В. Добряковым (2003 год), оценивается психологический компонент гестационной доминанты, а именно эмоциональные переживания беременной женщины. Тест состоит из трех блоков утверждений, которые отражают три аспекта: «A. Отношение женщины к себе беременной; Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя»; B. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих». В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются различные понятия, каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты [15].

Подсчитывается общий суммарный балл по каждому типу психологического компонента гестационной доминанты. Максимальный балл по каждому типу ПКГД равен 9, а минимальный – 0. Если в результате тестирования набрано 7 баллов и выше по одному из типов ПКГД, то он считается определяющим [15].

1. **Цветовой тест отношений, А.М. Эткинда, 1980г.**

Тест основывается на предположении о том, что невербальный компонент отношений к значимым другим и себе самому отражается в цветовых ассоциациях к ним. В соответствии с разработанной М.Люшером теорией личности каждый из цветов обладает собственным, определенным эмоционально-личностным значением. Обоснование возможности диагностики отношений с помощью ЦТО было проведено А.М. Эткиндом [47].

Проведение цветового теста отношений осуществлялось в следующем порядке [47]:

1. Испытуемому предлагается проранжировать цвета в порядке предпочтения, начиная с самого «красивого приятного для глаза» и кончая «самым некрасивым, неприятным»;
2. Исследователь составляет список понятий, для которых будут подбираться цвета (я, ребенок, муж, беременность, семья, роды, настоящее, будущее);
3. Цвета раскладываются на белом фоне в случайном порядке.  
   Затем исследователь просит испытуемого подобрать к каждому из людей и понятий, которые последовательно им зачитываются, подходящие цвета. Выбранные цвета могут повторяться. В случае возникновения вопросов исследователь разъясняет, что цвета должны подбираться в соответствии с характером людей, а не по их внешнему виду (например, цвету одежды).

В обработке и анализе результатов использовался содержательный признак, а именно – тип эмоционального отношения. Для удобства анализа автор выделяет три типа эмоционального отношения (знак ранга): положительное (1-3 место в раскладке, обозначается «+»), нейтральное (4,5 место «=» и негативное 6-8 место « - » ) [47].

1. **Проективный рисунок «Моя беременность», Г.Г. Филиппова, 1999г.**

Цель методики - выявить стиль переживания беременности и отношение к ней беременной. На основе анализа содержательных и формальных признаков (принятым в психодиагностике) выделяются типы рисунков, соответствующие стилям переживания беременности: адекватный, тревожный, амбивалентный, эйфорический, игнорирующий, отвергающий [41].

Для исследования необходимо использовать следующее: лист белой бумаги формата А4, цветные карандаши. Обработка и интерпретация результатов: данная схема обработки составлена нами на основе данных интерпретации проективных тестов, анализа содержательных и формальных признаков. В анализе рисунка нас интересовал стиль переживания беременности женщин.

В обработке использовались следующие признаки: наличие беременной женщины (растения, символа), детализация, размещение и размер рисунка, цветовое решение рисунка, качество линий (штриховка). По признакам нами были присвоены баллы, которые выставлялись за наличие или отсутствие признака. Подсчитывалась сумма баллов [41].

## 2.2. Исследование выборки для построения стратегий клинико-психологического сопровождения

Для построения стратегий клинико-психологического сопровождения беременных женщин нами было разработано и проведено анкетирование «Оценка потребности в психологической помощи» среди пациенток, состоящих на учете по беременности, а также наблюдаемых по программе «ИВБ» - «Индивидуальное ведение беременности» в ООО «КДФ» - «Клиника Доктора Фомина» г. Тверь, в количестве 50-ти женщин, находящихся на разных сроках первой или повторной беременности, использовавшие различные пути зачатия (см. Приложение №1).

Анализируя результаты анкеты «Оценка потребности в психологической помощи» у беременных женщин было установлено следующее:

* 1. 60% пациенток отмечают у себя появление повышенной тревожности и напряжения с момента начала беременности, 20% - отмечает появление выраженных страхов; 20% беременных женщин отметили, что их состояние никак не изменилось;
  2. наибольшую психологическую поддержку исследуемые женщины получают от мужа – 72%, 18% - отметили мать/отца, 10% - подруга/друг;
  3. 20% беременных женщин отмечают у себя умеренные проявления психологического дискомфорта, которые периодически им мешают, 56% - отмечают слабые и единичные проявления психологического дискомфорта, а у 24% женщин – они отсутствуют;

1. 36% респондентов отметили, что им не всегда хватает знаний и навыков, чтобы управлять своим эмоциональным состоянием, 56% - могут взять себя в руки в нужный момент, а 8% - не могут управлять своим эмоциональным состоянием;
2. 20% женщин беспокоят навязчивые мысли 3 и более раз в неделю после начала беременности, 26% - 1 раз в две недели, 18% - не чаще 1 раза в месяц, 36% - не беспокоят;
3. 42% беременных женщин достаточно информированы о психологической трансформации в период беременности, а также о  психологической готовности к родам и материнству, 32% - информированы поверхностно, 26% - выражают желание получить больше информации;
4. 14% исследуемых выражают удовлетворенность психологической поддержкой от врачей и медицинского персонала, 26% - удовлетворены частично, 38% - неудовлетворенны, 22% - не получали в учреждении психологическую поддержку;
5. 22% женщин отмечают, что сильно ощущают потребность в психологической помощи, а 54% в некоторой степени, 24% - не требуется психологическая помощь;

На рисунке 1 рассмотрим, что именно беременные женщины хотели бы получить от специалистов медицинских психологов.

Рисунок 1. Виды психологической помощи, ожидаемые беременными женщинами

Так, мы видим, что 86% пациенток хотели бы получить от клинических психологов специализированную помощь, а именно: психологическую поддержку во время беременности; психологическую работу с эмоциональным состоянием (работа с тревогой, страхами, навязчивыми мыслями, апатией, отчаянием и т.п.); психологическую работу, направленную на коррекцию самооценки, межличностных отношений, адаптацию к новым жизненным условиям. Также, по полученным результатам видно, что 14% респондентов не нуждаются в специализированной помощи от специалистов клинических психологов.

На рисунке 2 рассмотрим, с какой частотой беременные женщины готовы заниматься с медицинским психологом.

Рисунок 2. Желаемая частота встреч с медицинским психологом

Установлено, что 66% респондентов готовы посвятить своё время занятиям с клиническим психологом во время беременности, а 18% из них готовы заниматься даже после рождения ребенка; 16% опрошенных беременных женщин не изъявили желания заниматься с клиническим психологом, указывая, что в этом нет необходимости.

Таким образом, можно сделать вывод, что полученные данные в ходе проведенного анкетирования, являются подтверждением тому, что не все беременные женщины испытывают какие-либо психологические проблемы, но находятся и те, кто нуждается в специализированной психологической помощи и поддержке. Наиболее популярными запросами беременных женщин являются такие, как: появление повышенной тревожности и напряжения с момента начала беременности, а также появление выраженных страхов; умеренные или слабые проявления психологического дискомфорта, которые периодически им мешают; нехватка знаний и навыков, чтобы управлять своим эмоциональным состоянием; навязчивые мысли; недостаточная информированность о психологической трансформации в период беременности, а также о психологической готовности к родам и материнству; нехватка психологической поддержки от врачей и медицинского персонала. Также, следует отметить, что большее количество опрошенных беременных женщин хотели бы получить от клинических психологов специализированную помощь, а именно: психологическую поддержку во время беременности и психологическую работу с эмоциональным состоянием (работа с тревогой, страхами, навязчивыми мыслями, апатией, отчаянием и т.п.).

Выявленные нами психологические трудности у беременных женщин стали мишенями для разработки программы клинико-психологического сопровождения для данной категории пациентов.

## 2.3. Программа клинико-психологического сопровождения беременных женщин

Разработанная нами программа клинико-психологического сопровождения беременных женщин направлена на улучшение качества жизни пациенток, адаптацию к новому состоянию, психологическую подготовку к будущим родам и материнству. Программа клинико-психологического сопровождения осуществляется в рамках индивидуальных занятий с использованием арсенала психологических методов и методик, подобранных с учётом индивидуальных психологических особенностей пациенток. Отобранные упражнения и техники направлены на восстановление «ресурсного» состояния и эмоционального баланса, формирование и закрепление навыков самоанализа и саморегуляции, вследствие чего происходит адаптация к новому статусу и принятие беременности, что в свою очередь улучшает самочувствие пациенток, а также положительно влияет на здоровье будущего ребенка и формирование материнской позиции.

Отличительными характеристиками описываемой программы являются её краткосрочность, адаптивность под различные сроки беременности и запросы женщин, широкий охват прорабатываемых проблем и вопросов, ориентированность на достижение конкретных клинических и терапевтических эффектов.

**Задачи программы:**

1. работа с актуальными переживаниями, сопровождающими беременность (тревога, беспокойство, страх, сниженное настроение и пр.);
2. обучение техникам саморегуляции и самоанализа;
3. нормализация процесса самовосприятия;
4. обращение к глубинным переживаниям (чувство вины, обиды и т.д.);
5. формирование адекватного отношения к беременности с целью психологической адаптации к новому состоянию и подготовки к будущим родам и материнству;
6. выявление и закрепление внутренних ресурсов, обращение внимания на внешние ресурсы, анализ семейных отношений, закрепление важности семьи и близкого окружения;
7. формирование позитивных представлений об изменениях в будущем.

Программа клинико-психологического сопровождения рассчитана на беременных женщин любого репродуктивного возраста и срока первой или повторной беременности, которая наступила естественным или экстракорпоральным путём. В данной программе предполагается проведение 10-ти занятий, которые проводятся от 1-го до 3-х раз в неделю, в зависимости от состояния и срока беременности пациентки, продолжительностью 50 минут.

Программа включает в себя 4 этапа:

1. Подготовительный этап – включает в себя первую часть 1-го занятия. Цель этапа: изучение медицинского анамнеза, формирование комфортного психологического климата, первичное установление контакта, сбор информации, составление плана и стратегии исследования, заключение контракта.
2. Психодиагностический этап – включает в себя вторую часть 1-го занятия. Цель этапа: изучение психологических особенностей пациентов для дальнейшей работы по улучшению их качества жизни путём психологической поддержки и сопровождения. На данном этапе происходит выявление значений референтных показателей, оценка психоэмоционального состояния пациентки, определение мишеней психологической работы с учётом особенностей эмоциональных переживаний.
3. Психотерапевтический этап – включает в себя 8 занятий. Работа с пациентами на данном этапе направлена на облегчение эмоционального напряжения, вызванного беременностью и внешними обстоятельствами; преодоление страхов и тревоги; самоанализ и формирование навыков саморегуляции; выработку новых жизненных перспектив.
4. Завершающий этап – включает в себя 1 занятие. На данном этапе происходит подведение итогов и диагностика динамики уровня референтных психических процессов в результате апробации программы, а также выдача рекомендаций.

**Структура занятий** имеет следующий вид:

1. Начало занятия – приветствие, формирование благоприятной обстановки, оценка эмоционального состояния женщины до начала занятия, сбор информации о самочувствии, настроении, жалобах.
2. Психотерапевтический этап – включает психотерапевтические упражнения и техники, направленные на работу с актуальными психологическими переживаниями, дыхательные упражнения для снятия физического и психоэмоционального напряжения.
3. Окончание занятия – оценка эмоционального состояния женщины в конце занятия, обмен обратной связью, рекомендации, выдача домашнего задания (по необходимости), прощание.

**Ожидаемые результаты программы:** программа клинико-психологического сопровождения позволит наиболее полно учитывать индивидуально-психологические особенности женщин, находящихся на различных сроках как первой, так и повторной беременности, что поспособствует снижению уровня тревоги и выраженности страхов, принятию нового статуса и подготовке к материнству у беременных женщин после прохождения программы сопровождения, что в свою очередь приведет к улучшению психологического и физического самочувствия женщин в кратчайшие сроки.

**Занятие 1.**

Цель: установление доверительного контакта, формирование благоприятной обстановки, сбор информации, диагностика уровня референтных психических процессов, определение мишеней психологической работы с учётом особенностей эмоциональных переживаний пациентки.

План работы:

1. Приветствие.
2. Знакомство пациентки со специалистом, формирование эмоционального и доверительного контакта, первичная оценка эмоционального состояния пациентки, сбор информации о пациентке, решение организационных вопросов по поводу проведения дальнейших занятий.
3. Проведение психодиагностических методик: **шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина); родительское сочинение А. Карабановой;** тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова; цветовой тест отношений А.М. Эткинда; проективный рисунок «Моя беременность» Г.Г. Филипповой.

4. Завершение занятия.

**Занятие 2.**

Цель: исследование процесса самовосприятия.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над восприятием себя, выявление сильных сторон:

1) Проективный рисуночный тест «Автопортрет». Пациентке предлагается нарисовать себя и образом отметить на рисунке то, что тревожит ее, а затем подписать и озвучить те качества, которые ей присущи и помогают справляться с трудностями. Также, можно выделить, какие хобби, знания, навыки и занятия помогают ей снизить тревогу. Дается возможность изменить рисунок так, чтобы негативные образы пропали или нейтрализовались.

3. Завершение занятия.

**Занятие 3.**

Цель: выявление и анализ тревожных мыслей.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа с тревожными мыслями:

1) Методика «Ладошка». Пациентке дается бумажная ладошка и предлагается с одной стороны написать на каждом пальце то, что заставляет тревожиться и пугаться, а с другой стороны, также на каждом пальце соответственно написать привычные способы решения ситуаций, а затем дополнить, какие еще возможные решения существуют.

Данное упражнение позволяет обратить внимание на уже имеющиеся ресурсы для преодоления тревоги, а также расширить их.

2) Техника «СТОП». Предлагается обратиться к «ладошке» из предыдущего упражнения, а именно к написанным тревожным мыслям. При их появлении, когда они начнут изменять менять состояние в негативное, то нужно сказать «СТОП», сконцентрироваться на успокаивающих мыслях.

Рекомендуется вести дневник мыслей с применением данной техники.

3. Завершение занятия.

**Занятие 4**

Цель: выявление ведущих страхов и их преобразование.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над восприятием страха, его преобразование:

1) Упражнение «Рисунок страха»/«Образ страха». Предлагается нарисовать/представить свой самый сильный страх, обсудить его со специалистом, а затем преобразовать его образ так, чтобы он стал нейтральным или положительным.

3. Завершение занятия.

**Занятие 5.**

Цель: формирование навыков преодоления тревожности и снятия напряжения.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над тревогой:

1) Техника «Заземление 5-4-3-2-1». Пациентке предлагается первым шагом найти и обратить внимание на 5 вещей, которые она видит возле себя. Вторым шагом найти и обратить внимание на 4 вещи, которые можно потрогать. Далее обратить внимание на 3 вещи, которые можно услышать. Затем обратить внимание на 2 вещи, которые можно почувствовать по запаху. И найти одну вещь, которую можно попробовать на вкус. Завершить процесс 10 глубокими вдохами и выдохами.

Техника также рекомендуется пациентке для самостоятельного применения в ситуациях нарастающей тревожности.

2) Техника «Дыхание по квадрату». Предлагается соблюдать следующую последовательность при дыхании: четыре секунды идет вдох, потом четыре секунды — пауза (задерживаем дыхание), потом снова четыре секунды выдох и еще четыре секунды пауза. Можно при этом подключить визуальную опору, найдя глазами любой прямоугольный предмет возле себя (окно, дверь, картину), либо представляя перед собой образ квадрата.

Техника также рекомендуется пациентке для самостоятельного применения в ситуациях нарастающей тревожности.

3. Завершение занятия.

**Занятие 6.**

Цель: информирование о внутриутробном развитии ребенка и кризисных периодах, преобразование восприятия своей беременности.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над изменением образа беременности:

1) Информационный блок о внутриутробном развитии ребенка по неделям до родов и о кризисных периодах;

2) Рисунок «Моя беременность». Пациентке предлагается нарисовать новый или исправить имеющийся рисунок образа своей беременности и рассказать про нее. Затем сравнить рисунки и обсудить их.

3. Завершение занятия.

**Занятие 7.**

Цель: исследование чувства вины и его проработка.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа с чувством вины:

1) Методика «Письмо». Пациентке предлагается написать письмо тому, перед кем она чувствует вину. Это могут быть будущий или имеющейся ребенок, муж, свекровь, мама, а также сама пациентка. Важно отмечать моменты: за что чувствует вину; что сделала или делает для решений той или иной ситуации; объяснить, почему не могла по-другому поступить; выразить чувства к адресату письма; похвалить себя за принятые решения и действия; попросить прощения, простить себя и простить самой. Затем обсуждение эмоционального состояния и самочувствия, что далось сложно, а что было легко.

Рекомендуется для самостоятельного применения в ситуациях, когда захватывает чувство вины или нет возможности выговориться.

3. Завершение занятия.

**Занятие 8.**

Цель: выявление и закрепление собственных внутренних ресурсов, и обращение внимания на внешние ресурсы, а также анализ семейных отношений и закрепление важности семьи и близкого окружения.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над поиском внутренних и внешних ресурсов, закрепление важности семьи и близкого окружения:
3. Методика «Карта ресурсов». Пациентке предлагается нарисовать орбиты вокруг отметки «Я», а затем на них отметить ее сильные стороны личности, постепенно добавляя хобби, увлечения, знания, опыт и навыки, которые помогают ей справляться с трудными ситуациями. Затем, предлагается отмечать родных и близких на орбитах, которые оказывают поддержку и помощь. Отметки показателей располагаются в зависимости от значимости и эффективности. Чем ближе к отметке «Я», тем выше значимость и эффективность.

3. Завершение занятия.

**Занятие 9.**

Цель: формирование позитивных представлений об изменениях в будущем, укрепление внутренних ресурсов.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Работа над представлениями об предстоящих жизненных изменениях и укреплением внутренних ресурсов:
3. Упражнение «Лифт». Пациентке предлагается представить, что она заходит в лифт, и переместиться на этаж, где она ничего не боится, где она уже стала счастливой мамой, пройдя через все страхи и сложности. Также предлагается перемещаться на другие этажи, вспоминая, как и через что прошла пациентка, чтобы подняться на желаемый комфортный этаж.
4. Упражнение «Я знаю, что я справлюсь с…». Пациентке предлагается выписать те ситуации, которые все еще могут вызывать страх и тревогу, а затем проговорить вслух «Я знаю, что я справлюсь с…, я знаю, как я это сделаю…». Данное упражнение позволяет подкрепить позитивный настрой, а также закрепить имеющиеся навыки преодоления тревожных ситуаций.

3. Завершение занятия.

**Занятие 10.**

Цель: диагностика уровня референтных психических процессов.

План работы:

1. Приветствие. Сбор информации об актуальном самочувствии и эмоциональном состоянии.
2. Проведение психодиагностических методик: **шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина); родительское сочинение А. Карабановой;** тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова; цветовой тест отношений А.М. Эткинда; проективный рисунок «Моя беременность» Г.Г. Филипповой.

3. Подведение итогов, выдача рекомендаций.

4. Завершение занятия.

## 2.4. Описание результатов эмпирического исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

Рассмотрим полученные результаты исследования уровня тревожности беременных женщин в экспериментальных группах до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, которые представлены на рисунке 3.

Рисунок 3. Средние значения уровня тревожности у беременных женщин, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики **«Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)**

Из рисунка 3 видно, что первая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на втором триместре беременности, имеет следующие средние значения: 40 б. по шкале «Личностная тревожность»; 45,5 б. по шкале «Ситуативная тревожность».

Вторая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на третьем триместре беременности, имеет следующие средние значения: 42,6 б. по шкале «Личностная тревожность»; 46 б. по шкале «Ситуативная тревожность».

Также, о присутствии тревожности у беременных женщин в экспериментальных группах говорят полученные результаты по методике «ТОБ» И.В. Добрякова, которые представлены на рисунке 4.

Рисунок 4. Результаты исследования уровня тревожности у беременных женщин, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова

Из рисунка 4 видно, что у беременных женщин в экспериментальных группах выявлено тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению.

У женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на третьем триместре беременности, более выражено тревожное отношение к своему ребенку (56%), чем у женщин в первой экспериментальной группе (38%).

У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на втором триместре беременности, более выражено тревожное отношение к себе как к матери (38%), чем у женщин во второй группе, находящихся на третьем триместре беременности (28%).

У беременных женщин первой и второй экспериментальных групп тревожное отношение к предстоящим родам более выражено (50%; 56%), чем к грудному вскармливанию (31%; 39%).

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что личностная тревожность у беременных женщин первой и второй экспериментальных групп соответствует умеренному уровню, находясь в диапазоне от 31 до 44б. Ситуативная тревожность находится в диапазоне 45 б. и более, что говорит о ее высоком уровне у беременных женщин как на сроках второго, так и третьего триместра. У беременных женщин в экспериментальных группах выявлено тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению. По полученным результатам видно, что уровень личностной и ситуативной тревожности, тревожного отношения к своему ребенку выше у женщин, находящихся на сроках третьего триместра беременности. А также, у беременных женщин первой и второй экспериментальных групп сильно выражено тревожное отношение к предстоящим родам.

Проанализируем полученные результаты исследования выраженности страхов у беременных женщин в экспериментальных группах, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, которые представлены на рисунке 5.

Рисунок 5. Средние значения выраженности страхов у беременных женщин, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики «Родительское сочинение» О.А. Карабановой

Из рисунка 5 видно, что первая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на втором триместре беременности, имеет следующие средние значения: 2,8б. по шкале «Биологические страхи» и 0,5 б. по шкале «Социальные страхи». Наиболее встречаемые биологические страхи: осложненная беременность; рождение нездорового ребенка; трудные роды; осложнения после родов; замершая беременность; преждевременные роды. Единично встречаемые социальные страхи: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.

Вторая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на третьем триместре беременности, имеет следующие средние значения: 2,1б. по шкале «Биологические страхи» и 0,1 б. по шкале «Социальные страхи». Наиболее встречаемые биологические страхи: рождение нездорового ребенка; трудные роды; травмы во время родов; осложнения после родов; преждевременные роды. Единично встречаемые социальные страхи: изменение фигуры. В единичном случае, женщины второй экспериментальной группы отмечали выраженный страх «необходимость кесарева сечения», что связано с приближением даты госпитализации и родов.

Также, о присутствии выраженных биологических страхов, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка, у беременных женщин в экспериментальных группах говорят полученные результаты по методикам «ТОБ» И.В. Добрякова и «ЦТО» М. Эткинда, которые представлены на рисунке 6.

Рисунок 6. Результаты исследования выраженности биологических страхов у беременных женщин, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методик «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова и «Цветовой тест отношений» М. Эткиндa

Из рисунка 6 видно, что выраженные биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка, у беременных женщин в экспериментальных группах достаточно актуальны.

Однако, у женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов (56%; 44%) и здоровьем будущего ребенка (56%) более выражены, чем у женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра беременности ((50%; 31%)(38%)).

Таким образом, можно сделать вывод, что из 34-х беременных женщин, независимо от срока беременности, каждая отмечает у себя как минимум 2-3 постоянных выраженных страха. Наиболее встречаемые страхи в двух группах: рождение нездорового ребенка; трудные роды; осложнения после родов; преждевременные роды; травмы во время родов. В единичных случаях встречался страх «необходимость кесарева сечения» у женщин, которые беременные впервые и находятся на третьем триместре беременности, что связано с приближением даты родов и отсутствием информации о том, какие роды назначит врач. У женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка более выражены, чем у женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра беременности. Также, у женщин первой экспериментальной группы, находящихся на втором триместре беременности, чаще встречаются социальные страхи, а именно: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.

Нами также был исследован тип отношения к беременности с помощью стандартизованного и проективного тестов у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения. Рассмотрим полученные результаты на рисунке 7.

Рисунок 7. Результаты исследования типа отношения к беременности у женщин, находящихся в экспериментальных группах, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, полученные по данным методик

«Цветовой тест отношений» М. Эткиндa и «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова

Из рисунка 7 видно, что у женщин первой и второй экспериментальных групп, находящихся на втором и третьем триместрах беременности, по результатам стандартизованного теста «ТОБ» И.В. Добрякова преобладает адекватный (50%; 50%) тип отношения к беременности над тревожным (25%; 28%) и эйфорическим (25%; 23%), такой же результат мы видим, основываясь на данных, которые были получены с помощью проективного теста «ЦТО» М. Эткинда, где адекватный (50%; 50%) тип отношения к беременности также преобладает над тревожным (19%; 22;) и гипогестогнозическим (31%; 28%).

Исходя из полученных данных с помощью стандартизованного и проективного тестов, можно сделать вывод, что у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, преобладает адекватный тип отношения к беременности.

С целью подтверждения полученного результата, мы исследовали тип отношения к беременности с помощью проективного рисунка «Моя беременность» Г.Г. Филипповой. Рассмотрим полученные данные на рисунке 8.

Рисунок 8. Средние значения показателей типа отношения к беременности у женщин, находящихся в экспериментальных группах, до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, полученные по данным методики

«Моя беременность» Г.Г. Филипповой

Из рисунка 8 видно, что тревожный (5,5б; 5,7б) тип отношения к беременности в экспериментальных группах преобладает над адекватным (4,1б; 4,2б), а также единично встречается амбивалентный (1,8б; 1,3б) тип отношения.

Исходя из полученных данных с помощью проективной методики, можно сделать вывод, что у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, преобладает тревожный тип отношения к беременности.

Мы предполагаем, что такой результат мог получиться вследствие того, что отвечая на вопросы стандартизованной и тестовой методики «ТОБ» И.В. Добрякова, а также на вопросы проективного теста «ЦТО» М. Эткинда, беременные женщины в экспериментальных группах могли давать социально-одобряемые ответы, остерегаясь негативной оценки, что сложно сделать в проективном рисунке «Моя беременность» Г.Г. Филипповой, так как именно в рисунках нет четких и строгих правил, что позволяет в нём открыть свои настоящие переживания и не бояться сторонней оценки.

В ходе исследования референтных показателей до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения мы выявили, что в двух экспериментальных группах для большинства беременных женщин, характерно:

1. Умеренный уровень личностной тревожности и высокий уровень ситуативной тревожности. Однако, уровень личностной и ситуативной тревожности, тревожного отношения к своему ребенку выше у женщин, находящихся на сроках третьего триместра беременности. У беременных женщин в экспериментальных группах выявлено тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению.
2. Из 34-х беременных женщин, независимо от срока беременности, каждая отмечает у себя как минимум 2-3 постоянных выраженных страха, таких как: замершая беременность, осложненная беременность, рождение нездорового ребенка, трудные роды, осложнения после родов, преждевременные роды, травмы во время родов. В единичных случаях встречался страх «необходимость кесарева сечения» у женщин, которые беременные впервые и находятся на третьем триместре беременности, что связано с приближением даты родов и отсутствием информации о том, какие роды назначит врач. Однако, у женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка более выражены, чем у женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра беременности. Также, у женщин первой экспериментальной группы, находящихся на втором триместре беременности, чаще встречаются социальные страхи, а именно: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.
3. По тесту «ТОБ» И.В. Добрякова преобладает адекватный тип отношения к беременности, по проективному тесту «ЦТО» М. Эткинда также преобладает адекватный тип отношения к беременности над тревожным, а по проективному рисунку «Моя беременность» Г.Г. Филипповой тревожный тип отношения преобладает над адекватным. Мы предполагаем, что такой результат мог получиться вследствие того, что отвечая на вопросы тестовых методик «ТОБ» И.В. Добрякова и «ЦТО» М. Эткинда, беременные женщины в экспериментальных группах могли давать социально-одобряемые ответы, остерегаясь негативной оценки, что сложно сделать в проективном рисунке «Моя беременность» Г.Г. Филипповой, так как именно в рисунках нет четких и строгих правил, что позволяет в нём открыть свои настоящие переживания.

Таким образом, мы выделили следующие мишени для работы с беременными женщинами, которые находятся на сроках второго и третьего триместров: уровень тревоги, выраженность страхов, тип отношения к беременности.

## 2.5. Описание результатов эмпирического исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

Рассмотрим полученные результаты исследования уровня тревожности беременных женщин в экспериментальных группах после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, которые представлены на рисунке 9.

Рисунок 9. Средние значения уровня тревожности у беременных женщин, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики **«Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)**

Из рисунка 9 видно, что первая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на втором триместре беременности, имеет следующие средние значения: 35 б. по шкале «Личностная тревожность»; 39,6 б. по шкале «Ситуативная тревожность».

Вторая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на третьем триместре беременности, имеет следующие средние значения: 36,7 б. по шкале «Личностная тревожность»; 37,5 б. по шкале «Ситуативная тревожность».

Также, об уровне тревожности у беременных женщин в экспериментальных группах говорят полученные результаты по методике «ТОБ» И.В. Добрякова, которые представлены на рисунке 10.

Рисунок 10. Результаты исследования уровня тревожности у беременных женщин, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова

Из рисунка 10 видно, что у беременных женщин в экспериментальных группах слабо выражено тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению.

У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на втором триместре беременности, более выражено тревожное отношение к своему ребенку (25%), чем у женщин в первой экспериментальной группе (11%).

У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на втором триместре беременности, более выражено тревожное отношение к себе как к матери (19%), чем у женщин во второй группе, находящихся на третьем триместре беременности (6%).

У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на втором триместре беременности, более выражено тревожное отношение к предстоящим родам (31%), чем у женщин во второй группе, находящихся на третьем триместре беременности (17%).

У беременных женщин первой и второй экспериментальных групп одинаково слабо выражено тревожное отношение к грудному вскармливанию (12%; 6%).

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что личностная и ситуативная тревожность у беременных женщин первой и второй экспериментальных групп соответствует умеренному уровню, находясь в диапазоне от 31 до 44б. Однако, у женщин в первой экспериментальной группе ситуативная тревожность более выражена, чем у женщин во второй группе, находящихся на третьем триместре беременности. У беременных женщин в экспериментальных группах выявлено слабо выраженное тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению.

Проанализируем полученные результаты исследования выраженности страхов у беременных женщин в экспериментальных группах, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, которые представлены на рисунке 11.

Рисунок 11. Средние значения выраженности страхов у беременных женщин, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения по данным методики «Родительское сочинение» О.А. Карабановой

Из рисунка 11 видно, что первая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на втором триместре беременности, имеет следующие средние значения: 2,1б. по шкале «Биологические страхи» и 0,1 б. по шкале «Социальные страхи». Наиболее встречаемые биологические страхи: рождение нездорового ребенка; трудные роды; осложнения после родов; преждевременные роды. Единично встречаемые социальные страхи: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.

Вторая экспериментальная группа, а именно женщины, находящиеся на третьем триместре беременности, имеет следующие средние значения: 1,5б. по шкале «Биологические страхи» и 0 б. по шкале «Социальные страхи». Наиболее встречаемые биологические страхи: рождение нездорового ребенка; трудные роды; осложнения после родов. Единично встречаемые социальные страхи: изменение фигуры. В единичном случае, женщины первой экспериментальной группы отмечали выраженный страх «необходимость кесарева сечения», что связано с приближением даты госпитализации и родов.

Также, о выраженности биологических страхов, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка, у беременных женщин в экспериментальных группах говорят полученные результаты по методикам «ТОБ» И.В. Добрякова и «ЦТО» М. Эткинда, которые представлены на рисунке 12.

Рисунок 12. Результаты исследования выраженности биологических страхов у беременных женщин, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения после данным методик «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова и «Цветовой тест отношений» М. Эткиндa

Из рисунка 12 видно, что биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка, у беременных женщин в экспериментальных группах слабо выражены.

Однако, у женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов (31%; 13%) и здоровьем будущего ребенка (25%) более выражены, чем у женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра беременности ((17%; 11%)(11%)).

Таким образом, можно сделать вывод, что из 34-х беременных женщин, независимо от срока беременности, каждая отмечает у себя минимум 1-2 постоянных выраженных страха. Наиболее встречаемые страхи в двух группах: рождение нездорового ребенка, трудные роды; осложнения после родов. В единичных случаях встречался страх «необходимость кесарева сечения» у женщин, которые беременные впервые и находятся на втором триместре беременности, что связано с приближением даты родов и отсутствием информации о том, какие роды назначит врач. У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка более выражены, чем у женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра беременности. Также, у женщин первой экспериментальной группы, находящихся на втором триместре беременности, единично встречаются социальные страхи, а именно: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.

Нами также был исследован тип отношения к беременности с помощью стандартизованного и проективного тестов у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения. Рассмотрим полученные результаты на рисунке 13.

Рисунок 13. Результаты исследования типа отношения к беременности у женщин, находящихся в экспериментальных группах, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, полученные по данным методик

«Цветовой тест отношений» М. Эткиндa и «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова

Из рисунка 13 видно, что у женщин первой и второй экспериментальных групп, находящихся на втором и третьем триместрах беременности, по результатам стандартизованного теста «ТОБ» И.В. Добрякова преобладает адекватный (69%; 72%) тип отношения к беременности над тревожным (12%; 0%) и эйфорическим (19%; 28%), такой же результат мы видим, основываясь на данных, которые были получены с помощью проективного теста «ЦТО» М. Эткинда, где адекватный (62%; 78%) тип отношения к беременности также преобладает над тревожным (6%; 0;) и гипогестогнозическим (31%; 22%).

Исходя из полученных данных с помощью стандартизованного и проективного тестов, можно сделать вывод, что у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, преобладает адекватный тип отношения к беременности.

С целью подтверждения полученного результата, мы исследовали тип отношения к беременности с помощью проективного рисунка «Моя беременность» Г.Г. Филипповой. Рассмотрим полученные данные на рисунке 14.

Рисунок 14. Средние значения показателей типа отношения к беременности у женщин, находящихся в экспериментальных группах, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, полученные по данным методики «Моя беременность» Г.Г. Филипповой

Из рисунка 14 видно, что адекватный (6,5б; 6,3б) тип отношения к беременности в экспериментальных группах преобладает над тревожным (3б; 2,5б).

Исходя из полученных данных с помощью проективной методики, можно сделать вывод, что у женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, преобладает адекватный тип отношения к беременности.

В ходе исследования референтных показателей после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения мы выявили, что в двух экспериментальных группах для большинства беременных женщин, характерно:

1. Личностная и ситуативная тревожность у беременных женщин первой и второй экспериментальных групп соответствует умеренному уровню, находясь в диапазоне от 31 до 44б. Однако, у женщин в первой экспериментальной группе ситуативная тревожность более выражена, чем у женщин во второй группе, находящихся на третьем триместре беременности. У беременных женщин в экспериментальных группах выявлено слабо выраженное тревожное отношение к предстоящим родам, к себе как к матери, к своему ребенку, а также к грудному кормлению.
2. Из 34-х беременных женщин, независимо от срока беременности, каждая отмечает у себя минимум 1-2 постоянных выраженных страха. Наиболее встречаемые страхи в двух группах: рождение нездорового ребенка, трудные роды; осложнения после родов. В единичных случаях встречался страх «необходимость кесарева сечения» у женщин, которые беременные впервые и находятся на втором триместре беременности, что связано с приближением даты родов и отсутствием информации о том, какие роды назначит врач. У женщин в первой экспериментальной группе, находящихся на сроках второго триместра, биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка более выражены, чем у женщин во второй экспериментальной группе, находящихся на сроках третьего триместра беременности. Также, у женщин первой экспериментальной группы, находящихся на втором триместре беременности, единично встречаются социальные страхи, а именно: изменение фигуры, материальные трудности, холодность со стороны мужа.
3. У женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, преобладает адекватный тип отношения к беременности.

Таким образом, после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, мы можем наблюдать снижение уровня тревоги и выраженности страхов у беременных женщин, а также преобладание адекватного типа отношения к беременности и по тестовым методикам, и по проективному рисунку.

## 2.6. Сравнительный анализ референтных показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

Для выявления различий по показателям эмоционально-волевой сферы в первой экспериментальной группе, включающей в себя женщин, находящихся на сроках второго триместра беременности, и во второй экспериментальной группе, включающей в себя женщин, находящихся на сроках третьего триместра беременности, при исследовании были использованы следующие критерии: U-критерий Манна-Уитни, Хи-квадрат Пирсона (таблицы сопряженности), критерий Вилкоксона.

Для выявления отсутствия или наличия достоверных различий по показателям эмоционально-волевой сферы между экспериментальными группами до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения был произведён сравнительный анализ полученных данных по следующим критериям: Хи-квадрат Пирсона (таблицы сопряженности) – параметры (неметрического типа) «выраженность страхов» и «тип отношения к беременности»; U-критерий Манна-Уитни – параметр (метрического типа) «уровень тревоги». Было установлено, что достоверные различия между экспериментальными группами по показателям эмоционально-волевой сферы отсутствуют, что подтверждает гомогенность групп до начала проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения. Показатели эмоционально-волевой сферы у беременных женщин в экспериментальных группах, а именно уровень тревоги, выраженность страхов и тип отношения к беременности в обеих группах находятся примерно на одном уровне (см. Приложение №2).

Для исследования динамики значений показателей эмоционально-волевой сферы у беременных женщин: уровень тревоги, выраженность страхов, тип отношения к беременности в экспериментальных группах в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин, был произведён сравнительный анализ полученных данных внутри групп до и после проведения программы по следующим критериям: Хи-квадрат Пирсона (таблицы сопряженности) – параметры (неметрического типа) «выраженность биологических страхов», «выраженность социальных страхов» и «тип отношения к беременности»; критерий Вилкоксона – параметр (метрического типа) «уровень личностной тревоги» и «уровень ситуативной тревоги».

В первой экспериментальной группе, которая состоит из женщин, находящихся на сроках второго триместра беременности, наблюдаются (см. Приложение №3):

1. Достоверные значимые различия по показателю «выраженность биологических страхов» (p=0,002).
2. Тенденция к достоверным слабым различиям по показателю «уровень ситуативной тревожности» (p=0,014).
3. Достоверных значимых различий не выявлено по показателям: «выраженность социальных страхов» (p=0,256), «уровень личностной тревожности» (p=0,174), «тип отношения к беременности» (p=0,526, p=0,543, p=0,193).

Установлено, что у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения заметно снижается выраженность биологических страхов, незначительно снижается уровень ситуативной тревожности, а выраженность социальных страхов, уровень личностной тревожности и тип отношения к беременности заметно не изменились.

Во второй экспериментальной группе, которая состоит из женщин, находящихся на сроках третьего триместра беременности, наблюдаются (см. Приложение №4):

1. Достоверные значимые различия по показателям «выраженность биологических страхов» (p=0,005) и «уровень ситуативной тревожности» (p=0,004).
2. Тенденция к достоверным слабым различиям по показателям «тип отношения к беременности» по проективной методике «Моя беременность» Г.Г. Филипповой (p=0,035) и «уровень личностной тревожности» (p=0,025).
3. Достоверных значимых различий не выявлено по показателям: «выраженность социальных страхов» (p=0,070), «тип отношения к беременности» по методике «ТОБ» И.В. Добрякова (p=0,054), «тип отношения к беременности» по методике «ЦТО» М. Эткинда (p=0,074).

Установлено, что у беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения: заметно снижаются выраженность биологических страхов и уровень ситуативной тревожности, незначительно снижается уровень личностной тревожности и прослеживается тенденция к изменению типа отношения к беременности с тревожного на адекватный по результатам проективного рисунка, а выраженность социальных страхов осталась на низком уровне.

Таким образом, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, выраженность биологических страхов заметно снижается, незначительно снижается уровень тревожности, а тип отношения к беременности и выраженность социальных страхов заметно не изменились. У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, наблюдаются значительное снижение выраженности биологических страхов и уровня тревожности, а также тенденция к изменению типа отношения к беременности с тревожного на адекватный по результатам проективного рисунка.

## 2.7.Интерпретация результатов исследования референтных показателей эмоционально-волевой сферы в результате проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин

У беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения наблюдается динамика показателей эмоционально-волевой сферы, а именно: выраженность биологических страхов заметно снижается, незначительно снижается уровень тревожности, а ведущий тип отношения к беременности и выраженность социальных страхов заметно не изменились. У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения наблюдается динамика показателей эмоционально-волевой сферы, а именно: значительное снижение выраженности биологических страхов и уровня тревожности, а также тенденция к изменению преобладающего типа отношения к беременности с тревожного на адекватный по результатам проективного рисунка.

У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, более заметно снизился уровень тревоги, чем у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, что может быть связано с выраженностью ситуативной тревожности. У беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения уровень ситуативной тревожности снизился незначительно, а у беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, снижение уровня ситуативной тревожности более выражено.

Мы предполагаем, что это может быть связано с мотивацией беременных женщин, так как находясь на сроках второго триместра беременности, процесс родов и ситуация материнства воспринимаются женщинами, как отдаленные события, в то время, когда женщины, находящиеся на сроках третьего триместра беременности, готовятся к назначенной дате родов, собирая родовые сумки и подготавливая квартирное пространство для комфортной жизни ребенка.

Исходя из этого, женщины, находящиеся на сроках третьего триместра беременности, более активно включены в работу с психологом и следуют полученным рекомендациям, так как имеют сильную мотивацию отправиться на приближающиеся роды, не воспринимая родовой процесс, как психотравмирующую ситуацию, в которой неизбежны травмы, как для самой роженицы, так и для ребенка, а контролируя свое эмоциональное состояние, стремясь к скорой встречи с малышом. Также, готовясь к ситуации материнства, женщины, находящиеся на третьем триместре беременности, более активно и ответственно подходят к вопросам развития, возрастных кризисов и воспитания будущего ребенка. Для женщин, находящихся на втором триместре беременности, процесс родов и ситуация материнства вызывают тревогу, но мотивация для работы с данными вопросами низка, так как воспринимаются отдаленными событиями, к которым еще есть время подготовиться.

У беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения заметно снижается выраженность биологических страхов, а выраженность социальных страхов осталась на низком уровне.

Мы предполагаем, что такой положительный результат связан с тем, что биологические страхи являются основной проблемой беременных женщин, от которой они хотят избавиться, прилагая усилия и пробуя различные методы, как на встрече с клиническим психологом, так и дома самостоятельно.

Наиболее часто предъявляются такие страхи, как: осложненная беременность, рождение нездорового ребенка, замершая беременность, преждевременные роды, трудные роды, травмы во время родов, травмирование ребенка во время родов, осложнения после родов, необходимость кесарева сечения.

Сильная потребность у беременных женщин в психологической помощи, а именно работа со страхами, может быть связана с неизвестностью, если беременность первая, а также с большим количеством информации в интернет ресурсах, в которых не всегда содержится достоверная информация. Основываясь на данных причинах, женщины создают собирательный образ процессов протекания беременности и родов, вследствие чего страхи накладываются друг на друга, создавая для беременной женщины как психологический, так и физический дискомфорт. Также, многие беременные женщины боятся озвучить свой страх близким людям, так как опасаются быть непонятными, из-за чего внутреннее напряжение может нарастать.

Работа с клиническим психологом при установленном доверительном контакте позволяет беременной женщине, в первую очередь, выговориться, что уже способствует ослаблению физического дискомфорта, а затем отделить свои настоящие страхи от навязанных внешней средой и посмотреть на них обоснованно, действительно ли они угрожают здоровью женщины и ребенка, есть ли этому медицинское подтверждение, что можно предпринять, чтобы снизить риски появления пугающей ситуации. Такой подход помогает беременным женщинам посмотреть на свой страх со стороны и оценить его более объективно, направляя свои силы на решение имеющейся проблемы, а не на поиск ее подтверждений и поиску новых проблем.

У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, наблюдается тенденция к изменению преобладающего типа отношения к беременности с тревожного на адекватный на основе полученных данных с помощью проективного рисунка. У беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, ведущий тип отношения к беременности по результатам тестовых методик остался адекватным, а по проективному рисунку тревожный тип отношения к беременности все еще выражен.

Так как по результатам тестовых методик преобладает адекватный тип отношения к беременности у женщин на сроках второго и третьего триместров до и после прохождения программы клинико-психологического сопровождения, то основываясь на полученных данных, различий не выявляется.

Однако, наличие страхов и тревожности у женщин может говорить о преобладании неадекватного типа отношения к беременности, поэтому мы использовали проективный рисунок, с целью подтверждения результата тестовых методик. По результатам проективного рисунка тревожный тип отношения к беременности преобладает над адекватным и у женщин на сроках второго триместра беременности, и у женщин на сроках третьего триместра беременности. Мы предполагаем, что такой результат мог получиться вследствие того, что отвечая на вопросы тестовых методик, беременные женщины в экспериментальных группах могли давать социально-одобряемые ответы, остерегаясь негативной оценки, что сложно сделать в проективном рисунке, так как именно в рисунках нет четких и строгих правил, что позволяет в нём открыть свои настоящие переживания.

Можно предположить, что у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, тревожный тип отношения к беременности остался выраженным, так как уровень тревоги снизился незначительно. А у беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, в результате прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, наблюдается тенденция к изменению преобладающего типа отношения к беременности с тревожного на адекватный по полученным данным с помощью проективного рисунка, так как и уровень тревоги, и выраженность страхов значительно снизились.

Таким образом, гипотеза нашего исследования подтвердилась частично, так как у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, действительно незначительно снизился уровень тревоги, однако выраженность страхов заметно снизилась, а тип отношения к беременности значительно не изменился, в свою очередь, у беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, значительно снизились уровень тревоги и выраженность страхов, а тип отношения к беременности имеет тенденцию к изменению с тревожного на адекватный.

# Выводы по Главе 2

1. После прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, уровень личностной тревожности остался в диапазоне умеренного уровня, а уровень ситуативной тревожности снизился с высокого уровня до умеренного. Однако, ситуативная тревожность более выражена у женщин, находящихся на втором триместре беременности.
2. После прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, значительно снижается выраженность биологических страхов. Однако, биологические страхи, которые связаны с процессом родов и здоровьем будущего ребенка, более выражены у женщин, находящихся на сроках второго триместра беременности. Социальные страхи единично встречаются у женщин, находящихся на сроках второго триместра беременности, а у женщин, находящихся на сроках третьего триместра беременности, они отсутствуют.
3. После прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго и третьего триместров, тип отношения к беременности по результатам тестовых методик не изменился и остался адекватным. По проективному рисунку тип отношения к беременности у женщин, находящихся на третьем триместре беременности, имеет тенденцию к изменению с тревожного на адекватный тип, а у женщин, находящихся на втором триместре беременности, тревожный тип отношения к беременности остался выраженным.
4. После прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра, выраженность биологических страхов заметно снижается, незначительно снижается уровень тревожности, а тип отношения к беременности и выраженность социальных страхов заметно не изменились. У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, после прохождения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, наблюдаются значительное снижение выраженности биологических страхов и уровня тревожности, а также тенденция к изменению типа отношения к беременности с тревожного на адекватный. Полученные данные частично подтверждают наши гипотезы.

# Практические рекомендации клиническому психологу для работы с беременными женщинами

Главной задачей клинического психолога в перинатальных центрах и клиниках с перинатальным профилем является стабилизация эмоционального фона беременных женщин, а также диагностика психических расстройств во время беременности и после родов.

Занятия с женщинами должны строиться с учётом выявленных индивидуальных психологических особенностей личности, принимая во внимание тот факт, что беременными женщинам в большинстве случаев свойственны выраженная эмоциональность и чувствительность, внутреннее напряжение, проявляющееся в повышенном беспокойстве, а также высокий уровень личностной и ситуативной тревожности.

Работа с беременными женщинами должна включать в себя психотерапевтические упражнения и техники, направленные на работу с актуальными психологическими проблемами, обращая внимание на собственные внутренние ресурсы и внешние, особенно семейные. Важно прорабатывать страхи и переживания беременных женщин очень аккуратно и мягко, используя упражнения для снятия психоэмоционального напряжения, например, дыхательные техники, не стараясь быстро открыть внутренние глубокие переживания, так как это может усугубить эмоциональное состояние женщин. Также, необходимо обращать внимание беременных женщин на будущую жизненную перспективу, подчеркивая ценность материнства и будущего ребенка.

Так как работа клинического психолога должна быть экологичной для женщины, находящейся на любом сроке беременности, то и направления работы должны быть соответствующими: арт-терапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, позитивная психотерапия, применение расслабляющих дыхательных упражнений и техник.

Эффективность работы клинического психолога с беременными женщинами зависит от установленного доверительного контакта и комплаенса, а также от эмпатии и конгруэнтности специалиста.

Необходимо активное социальное взаимодействие клинического психолога с беременными женщинами, в результате которого они бы смогли открыто выражать свои мысли и пугающие их чувства, получая при этом абсолютное принятие и поддержку от специалиста.

# Заключение

В рамках данной работы нами было организовано эмпирическое исследование динамики показателей эмоционально-волевой сферы у беременных женщин на сроках второго и третьего триместров, с целью разработки и проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения беременных женщин.

Теоретический анализ поставленной проблемы исследования позволил нам подробно описать психологические особенности беременных женщин и выявить показатели в эмоционально-волевой сфере, референтные для разработки и проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения, а именно: уровень тревоги, выраженность страхов, тип отношения к беременности. Также, анализ проблемы клинико-психологического сопровождения беременных женщин позволил сделать вывод, что на базе женских консультаций основным подходом к пациенткам является медико-редукционистский, недостаток которого ограниченность во времени и перевес в сторону медицинских аспектов без учета индивидуально-психологических особенностей. Поэтому, в связи с изученной проблематикой, подтверждается актуальность нашего научного исследования, целью которого является составление и проведение программы клинико-психологического сопровождения для беременных женщин с учетом их индивидуально-психологических особенностей.

Составленная нами программа клинико-психологического сопровождения беременных женщин включает в себя 10-ть занятий, которые проводятся от 1-го до 3-х раз в неделю, в зависимости от состояния и срока беременности пациентки, продолжительностью 50 минут. Прорабатываются такие темы, как: самовосприятие, с целью выявления сильных сторон личности; тревожные мысли, их анализ и купирование; страхи, с целью их преобразования и купирования; формирование навыков преодоления тревожности и напряжения; информирование о внутриутробном развитии, с целью преобразования восприятия беременности; проработка чувства вины; выявление и закрепление собственных внутренних ресурсов, обращение внимания на внешние ресурсы, а также анализ семейных отношений и закрепление важности семьи и близкого окружения; позитивные изменения в будущем.

После прохождения разработанной нами программы индивидуального клинико-психологического сопровождения у беременных женщин, находящихся на сроках второго триместра: выраженность биологических страхов заметно снижается, незначительно снижается уровень тревожности, а тип отношения к беременности и выраженность социальных страхов заметно не изменились. У беременных женщин, находящихся на сроках третьего триместра, после прохождения разработанной нами программы индивидуального клинико-психологического сопровождения наблюдаются: значительное снижение выраженности биологических страхов и уровня тревожности, а также тенденция к изменению типа отношения к беременности с тревожного на адекватный.

Таким образом, данное исследование является актуальным на сегодняшний день, так как до сих пор не было описано аналогов данной программы индивидуального клинико-психологического сопровождения для беременных женщин, которые находятся в состоянии стресса и неизвестности. Разработанная нами программа способствует снижению уровня тревоги и выраженности страхов, а также нормализации типа отношения к беременности, что в свою очередь способствует созданию оптимальных условий для течения беременности, благоприятного внутриутробного развития ребенка и протекания процесса родов, что также способствует повышению качества жизни беременных женщин.

# Список литературы

1. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт //СПб.: Изд-во СПбГУ, 2001. – 348с.
2. Абдурахманов Ф. М., Мухамадиев И. М., Рафиева З. Х., Надырова А. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - №3. - С. 38 – 41.
3. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство //СПб.: Сотис. – 2001. – С. 105-109.
4. Агарков В. А. Психоаналитический подход к проблемам фертильности: бессознательные корреляты вспомогательных репродуктивных технологий //Человек как открытая целостность. – 2022. – №. 1. – С. 143-167.
5. Александрова Н. В. Состояние системы мать-плацента-плод, течение и исходы беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий : дис. – 2013.
6. Алиева Д.Н., Доброхотова Ю. Э. и др. Современные аспекты седативной терапии в комплексном лечении гестоза //Лечебное дело. – 2007. – №. 3. – С. 68-72.
7. Айламазян Э. К., Оселаишвили М. Н., Спивак Д. Л. Психические состояния у беременных и их коррекция методом биологической обратной связи //Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Т. 53. – №. 3. – С. 3-10.
8. Архангельский А. Е. Неврозы, неврозоподобные состояния и психозы при беременности, в родах и в раннем послеродовом периоде //Календарь психотерапевта. – 1996. – Т. 1. – С. 17-35.
9. Беляевских В. С., Зарипова Л. З. Актуальные проблемы перинатальной психологии: обзор исследований //Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2017. – №. 1. – С. 537-545.
10. Блох М. Е., Добряков И. В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья //Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. 62. – №. 3. – С. 16-19.
11. Брессо Т. И. Влияние степени сформированности материнской доминанты на протекание родов //Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области Академия социального управления, 2020. – №. 4. – С. 6-6.
12. 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.
13. Васильева В. В., Авруцкая В. В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения //Психологический журнал. – 2008. – Т. 29. – №. 3. – С. 110-119.
14. Гопурова Г. Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности //  Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. Уфа, 2014.
15. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты //Хрестоматия по перинатальной психологии. – 2005. – С. 93-102.
16. Добряков И. В. Перинатальная психология. – Издательский дом" Питер", 2009.
17. Добряков И. В., Никольская И. М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии //Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №. 2. – С. 104-108.
18. Дубоссарская З. М. Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологии //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №. 1 – С. 21-29.
19. Захаров А. И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов //Сб. матер, конф.«Перинатальная психология в родовспоможении». С.-Пб. – 1997. – С. 54-56.
20. Зинченко В. П., Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь //М.: АСТ. – 2008. – Т. 409. – С. 361.
21. Золотова И. А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе" мать-дитя" у женщин различных возрастных категорий //Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021. – Т. 27. – №. 2. – С. 135-142.
22. Карабанова О. А. Методика «Родительское сочинение» //Справочник педагога-психолога Детский сад. – 2012. – №. 3. – С. 22–28.
23. Касьянова О. А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству: дис. – Ярославский государственный университет им. ПГ Демидова, 2005.
24. Коваленко Н. П. Перинатальная психология //СПб: Издательство “Ювента. – 2000.Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов (Медико-социальные проблемы). – 2002.
25. Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. – 2021.
26. Крамаренко Е. А. Эмоциональное состояние женщины в течение беременности // Научные тенденции: Педагогика и психология. Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции (Москва, 04 ноября 2016 г.). – М.: ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2016. – Ч. 2. – С. 26–29.
27. Кузмицкая Ю. Л. Перинатальная психология: проблемы и перспективы развития психологической отрасли и организационные аспекты обучения. – 2020.
28. Мальгина Г. Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты //Екатеринбург: Чароид. – 2002.
29. Могилевская Е. В. Профессиональная подготовка специалистов в сфере перинатальной психологии //Северо-Кавказский психологический вестник. – 2008. – Т. 6. – №. 3. – С. 74-77.
30. Нечаева М. А. Отношение к беременности и его психологическая диагностика у женщин с различными вариантами репродуктивного статуса : дис. – защищена 28.03. 2013/Нечаева Марина Андреевна.–СПб.: РГПУ им. АИ Герцена, 2013.–240 с, 2013.
31. Осипенко И. М. Психологические особенности женщин, беременность которых наступила с помощью метода экстракорпорального оплодотворения //Ярославский педагогический вестник. – 2020. – №. 6 (117). – С. 105-113.
32. Рабовалюк Л. Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной ИВ Добрякова //Сборники конференций НИЦ Социосфера. – Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ sro, 2012. – №. 18. – С. 124-136.
33. Рожкова Е. Н., Шилович Л. Л. Стресс во время беременности. – 2023.
34. Ротова И. А., Куприянова И. Е., Ротова Н. А. Способ психотерапии женского бесплодия. – 2019.
35. Рудыка Т. Ю. Влияние психоэмоционального состояния женщины на протекание процесса беременности. – 2021.
36. Сафиянова А. Ф., Маринина А. Е., Васичева А. Н. Психологическое сопровождение протекания беременности //Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – №. 67-3. – С. 315-317.
37. Скрицкая Т. В., Дмитриева Н. В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности //Новосибирск: НГПУ. – 2002.
38. Слюсарев Ю. В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития личности : дис. – СПб. : ЮВ Слюсарев, 1992.
39. Соколова О. А. Личностный кризис женщины в период беременности //Личность и бытие: субъектный подход. Психология субъекта и гендерные аспекты личности. Материалы III Всероссийской научнопрактической конференции. – 2005. – С. 80.
40. Спилбергер Ч. Д., Ханин Ю. Л. Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности //Карелин АА Психологические тесты. – 2000. – Т. 1. – С. 39-45.
41. Филиппова Г. Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности //Хрестоматия по перинатальной психологии. М. – 2005. – С. 166-169.
42. Филиппова Г. Г. Психологическая готовность к материнству //Перинатальная психология и психология родительства.–2004. – 2005. – Т. 2. – С. 108.
43. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России //Психологические проблемы современной семьи. – 2015. – С. 509–514.
44. Чижова В. Ф. Психологическая готовность к материнству и особенности психического развития ребенка //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2010. – №. 4. – С. 146-152.
45. Чумакова Г. Н., Сидоров П. И., Щукина Е. Г. Перинатальная психология–СПб // Специальная литература. – 2022.
46. Шварц Д. Фертильность через взаимодействие ума и тела: истинный путь к зачатию. – Litres, 2019.
47. Эткинд А. М., Бажин Е. Ф. Цветовой тест отношений //Общая психодиагностика. М. – 1987. – С. 221-227.
48. Melender H.L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: а study of 329 pregnant women // Birth: Issues in Perinatal Care. 2002
49. Ross L.E., McLean L.M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67. № 8. P. 1285–1298.
50. Ross L.E., Murray B.J., Steiner M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review // J. Psychiatry Neurosci. 2005. Vol. 30. № 4. Р. 247–256.

**Приложение 1**

**Анкета «Оценка потребности в психологической помощи», разработанная Карасевой Е.А. и Сиволап В.Г.**

***Инструкция:*** перед Вами ряд вопросов, ответьте на них, выбрав один или несколько вариантов ответа. Если ни один из предложенных вариантов Вам не подходит, Вы можете предложить свой в графе «другое».

1. **Ваш возраст: ;Ваш род деятельности:**
2. **Укажите, Ваше образование:**

* Среднее профессиональное
* Полное высшее
* Неполное высшее

**Другое**

1. **Является ли Ваша беременность запланированной?**

* Да
* Нет

**Другое**

1. **Укажите, Ваша беременность:**

* Первая
* Повторная
* Повторная, т.к. первая беременность была неудачной
* ЭКО беременность
* Поздняя беременность

**Другое**

1. **Ваш срок беременности?**

* Первый триместр
* Второй триместр
* Третий триместр

**Другое**

1. **Заметили ли Вы изменения в своём эмоциональном состоянии с момента начала беременности?**

* Часто чувствую повышенную тревожность, напряжение, усталость
* Появились страхи и беспокойство
* Иногда бывают панические атаки
* В целом эмоциональное состояние не изменилось

**Другое**

1. **Кто из близких Вам людей оказывает наибольшую психологическую поддержку?**

* Мать/отец
* Бабушка/дедушка
* Брат/сестра
* Муж
* Подруга/друг

**Другое**

1. **Отмечаете ли Вы у себя явления психического дискомфорта?**

* единичные, слабо выраженные и не мешающие работе и социальной жизни изменения психической деятельности (сообразительность, память, внимание)
* умеренно выраженные, периодически мешающие работе нарушения со стороны психической деятельности (сообразительность, память, внимание)
* резко выраженные, многочисленные и серьёзно мешающие работе нарушения со стороны психической деятельности (сообразительность, память, внимание)
* отсутствие каких-либо неприятных ощущений и переживаний со стороны психической сферы в целом

**Другое**

1. **Можете ли Вы управлять своим эмоциональным состоянием?**

* Да, когда нужно могу взять себя в руки и успокоиться
* Мне не всегда хватает знаний и навыков, чтобы контролировать свое эмоциональное состояние
* Нет, не могу

**Другое**

1. **Беспокоят ли Вас навязчивые мысли после начала беременности?**

* Да, 3 и более раз в неделю
* Да, 1 раз в неделю
* Да, 1 раз в две недели
* Да, но не чаще 1-го раза в месяц
* Не беспокоят

**Другое**

1. **Как считаете, достаточно ли Вы информированы о психологической трансформации в период беременности, а также о психологической готовности к родам и материнству?**

* Да, достаточно
* Владею информацией поверхностно
* Нет, хотелось бы узнать больше о психологических изменениях в период беременности, а также о психологической готовности к родам и материнству

**Другое**

1. **Удовлетворены ли Вы оказанием психологической поддержки, которую предоставляют Вам врачи/персонал?**

* Да, удовлетворена полностью
* Удовлетворена частично
* Неудовлетворенна

**Другое**

1. **Насколько Вы ощущаете потребность в оказании Вам психологической помощи?**

* Ощущаю сильно
* Ощущаю в некоторой степени
* Мне не требуется психологическая помощь

**Другое**

1. **Что бы Вы хотели получить от специалистов медицинских психологов?**

* Психологическую поддержку
* Психокоррекцию эмоционального состояния (работа с тревогой, страхами, навязчивыми мыслями, снятие эмоционального напряжения и т.п.)
* Психологическую работу, направленную на коррекцию самооценки, межличностных отношений, адаптацию к новым жизненным условиям

**Другое**

1. **Что Вы готовы вложить в желаемые изменения?**

* Готова заниматься с медицинским психологом в период беременности 1 раз в неделю
* Готова заниматься с медицинским психологом в период беременности не более 1 раза в две неделю
* Готова заниматься с медицинским психологом по потребности в психологической поддержке (***нужное подчеркнуть:*** 1) 1 раз в неделю; 2) 1 раз в месяц; 3) 1 раз в триместр)
* Готова заниматься с медицинским психологом даже после рождения ребенка

**Другое**

**Приложение 2**

**Сравнительный анализ показателей эмоционально-волевой сферы в экспериментальных группах до проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Био.страхи)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 14,299a | 2 | ,001 |
| Отношения правдоподобия | 15,730 | 2 | ,000 |
| Линейно-линейная связь | 13,245 | 1 | ,000 |
| Количество допустимых наблюдений | 34 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Соц.страхи)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 3,394a | 2 | ,183 |
| Отношения правдоподобия | 3,804 | 2 | ,149 |
| Линейно-линейная связь | 3,290 | 1 | ,070 |
| Количество допустимых наблюдений | 34 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ТОБ» И. В. Добрякова)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | ,052a | 2 | ,974 |
| Отношения правдоподобия | ,052 | 2 | ,974 |
| Линейно-линейная связь | ,009 | 1 | ,925 |
| Количество допустимых наблюдений | 34 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ЦТО» М. Эткинда)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | ,084a | 2 | ,959 |
| Отношения правдоподобия | ,084 | 2 | ,959 |
| Линейно-линейная связь | ,016 | 1 | ,899 |
| Количество допустимых наблюдений | 34 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по проективному рисунку «Моя беременность» Г.Г. Филипповой)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | ,142a | 2 | ,932 |
| Отношения правдоподобия | ,142 | 2 | ,931 |
| Линейно-линейная связь | ,125 | 1 | ,724 |
| Количество допустимых наблюдений | 34 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Статистические критерииa**  **(Уровень тревоги)** | | |
|  | Тревога (личн) | Тревога (ситуат) |
| U Манна-Уитни | 91,000 | 70,000 |
| W Вилкоксона | 262,000 | 241,000 |
| Z | -2,249 | -2,920 |
| Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | ,025 | ,014 |
| Точная знч. [2\*(1-сторон. знач.)] | ,024b | ,003b |

**Приложение 3**

**Сравнительный анализ показателей эмоционально-волевой сферы в первой экспериментальной группе до и после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Био.страх)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 12,650a | 2 | ,002 |
| Отношения правдоподобия | 13,907 | 2 | ,001 |
| Линейно-линейная связь | 11,759 | 1 | ,001 |
| Количество допустимых наблюдений | 32 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Соц.страх)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 2,727a | 2 | ,256 |
| Отношения правдоподобия | 3,137 | 2 | ,208 |
| Линейно-линейная связь | 2,627 | 1 | ,105 |
| Количество допустимых наблюдений | 32 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ТОБ» И. В. Добрякова)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 1,283a | 2 | ,526 |
| Отношения правдоподобия | 1,299 | 2 | ,522 |
| Линейно-линейная связь | 1,228 | 1 | ,268 |
| Количество допустимых наблюдений | 32 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ЦТО» М. Эткинда)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 1,222a | 2 | ,543 |
| Отношения правдоподобия | 1,269 | 2 | ,530 |
| Линейно-линейная связь | ,976 | 1 | ,323 |
| Количество допустимых наблюдений | 32 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по проективному рисунку «Моя беременность» Г.Г. Филипповой)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 3,286a | 2 | ,193 |
| Отношения правдоподобия | 4,070 | 2 | ,131 |
| Линейно-линейная связь | 2,937 | 1 | ,087 |
| Количество допустимых наблюдений | 32 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Статистические критерииa**  **(Уровень тревоги)** | | |
|  | Тревога (личн) | Тревога (ситуат) |
| U Манна-Уитни | 92,000 | 63,000 |
| W Вилкоксона | 228,000 | 199,000 |
| Z | -1,359 | -2,453 |
| Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | ,174 | ,014 |
| Точная знч. [2\*(1-сторон. знач.)] | ,184b | ,014b |

|  |
| --- |
| a. Группирующая переменная: измерение |
| b. Не скорректировано на наличие связей. |

**Приложение 4**

**Сравнительный анализ показателей эмоционально-волевой сферы во второй экспериментальной группе до и после проведения программы индивидуального клинико-психологического сопровождения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Био.страх)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 10,487a | 2 | ,005 |
| Отношения правдоподобия | 12,616 | 2 | ,002 |
| Линейно-линейная связь | 10,107 | 1 | ,001 |
| Количество допустимых наблюдений | 36 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(Соц.страхи)** | | | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | Точная знч. (2-сторонняя) | Точная значимость (1-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 3,273a | 1 | ,070 |  |  |
| Поправка на непрерывностьb | 1,455 | 1 | ,228 |  |  |
| Отношения правдоподобия | 4,432 | 1 | ,035 |  |  |
| Точный критерий Фишера |  |  |  | ,229 | ,114 |
| Линейно-линейная связь | 3,182 | 1 | ,074 |  |  |
| Количество допустимых наблюдений | 36 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ТОБ» И. В. Добрякова)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 5,838a | 2 | ,054 |
| Отношения правдоподобия | 7,774 | 2 | ,021 |
| Линейно-линейная связь | 4,151 | 1 | ,042 |
| Количество допустимых наблюдений | 36 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по «ЦТО» М. Эткинда)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 5,198a | 2 | ,074 |
| Отношения правдоподобия | 6,752 | 2 | ,034 |
| Линейно-линейная связь | 4,640 | 1 | ,031 |
| Количество допустимых наблюдений | 36 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии хи-квадрат**  **(тип отношения к беременности по проективному рисунку «Моя беременность» Г.Г. Филипповой)** | | | |
|  | Значение | ст.св. | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Хи-квадрат Пирсона | 6,722a | 2 | ,035 |
| Отношения правдоподобия | 7,959 | 2 | ,019 |
| Линейно-линейная связь | 6,530 | 1 | ,011 |
| Количество допустимых наблюдений | 36 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Статистические критерииa**  **(Уровень тревоги)** | | |
|  | Тревога (личн) | Тревога (ситуат) |
| U Манна-Уитни | 91,000 | 70,000 |
| W Вилкоксона | 262,000 | 241,000 |
| Z | -2,249 | -2,920 |
| Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | ,025 | ,004 |
| Точная знч. [2\*(1-сторон. знач.)] | ,024b | ,003b |

|  |
| --- |
| a. Группирующая переменная: измерение |
| b. Не скорректировано на наличие связей. |