

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Коррекция негативных эмоциональных состояний беременных женщин
с использованием арт-терапевтических методов

Обучающийся

Ю.В. Немировская

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, Т.А. Бергис

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2024

Содержание

Введение.....	3
1 Теоретические аспекты оказания психологической помощи беременным женщинам посредством применения арт- терапевтических методов.....	12
1.1 Особенности психологического состояния беременных женщин в дородовой период.....	12
1.2 Арт-терапевтические методы в работе перинатального психолога.....	21
1.3 Особенности оказания психологической помощи в работе психолога женской консультации.....	33
2 Исследование влияния арт-терапевтических методов на эмоциональное состояние женщин в период беременности.....	41
2.1 Организация и методы исследования.....	41
2.2 Результаты эмпирического исследования эмоционального состояния беременных женщин.....	50
2.3 Программа психологической коррекции негативных состояний беременных женщин методами арт-терапии.....	57
2.4. Результаты реализации программы психокоррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин с использованием арт-терапевтических методов.....	64
Заключение.....	76
Список используемой литературы.....	79
Приложение А Анкета – опросник для беременных женщин.....	84

Введение

Сегодня, не смотря на ряд значительных социально-медицинских и экономических мер со стороны руководства РФ и Саратовской области уровень рождаемости в области и стране остается низким, т.е. можно проследить отрицательный естественный прирост населения. В данной ситуации очень важно, чтобы новорожденные дети, рождались здоровыми. Одним из факторов, оказывающим значительное влияние на течение беременности и здоровье будущего ребенка, является благоприятное эмоциональное состояние беременной женщины, ее готовность к Материнству.

Анализ научной литературы показывает, что проблема изучения эмоционального состояния женщины в период беременности рассматривается исследователями в большей степени с психофизиологической стороны. Среди научных работ, посвященных вопросам влияния эмоционального состояния женщины, обусловленным ее принятием себя в новой социально - психологической роли – роли Матери, на общее течение беременности и здоровье будущего ребенка, значительный интерес вызывают работы следующих авторов: Г.Г. Филипповой, В.И. Брутман, Н.В. Коваленко, И.В. Добрякова, Т.Т. Сорокиной и других.

Во многом благодаря работам данных авторов, в России получила практическое развитие такая отрасль психологического знания, как перинатальная психология. В структуру организации работы женских консультаций были введены ставки психологов и специалистов по социальной работе в функциональные обязанности, которых было включено психологическая диагностика, психологическая коррекция, психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам.

Психологическая коррекция – это «направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного функционирования и развития индивида» [28].

Психологическая коррекция как вид психологической помощи ориентирована на психически здоровых людей, имеющих психологические проблемы и связанные с ними изменения в эмоциональной сфере и в поведении. Она направлена на изменение и формирование новых личностных качеств и моделей поведения, гармонизацию и развитие личности в целом.

На сегодняшний день уровень психологической коррекции и психопрофилактической профилактики негативных эмоциональных состояний беременных женщин в структуре женских консультаций остается весьма низким. Существующие программы психокоррекции и психопрофилактической подготовки к родам не находят востребованности у современных женщин и часто просто игнорируются ими.

Не смотря на существенное развитие перинатальной психологии за последние десятилетия, проблема оказания эффективной психологической помощи беременным остается актуальной, так как с нашей точки зрения сегодня не хватает достаточной методической базы при разработке программ психологического сопровождения, психологической коррекции и профилактики беременных женщин. Данные программы направлены на непосредственную психофизио-профилактическую подготовку родам и основываются в большей степени на методах мышечной релаксации и телесноориентированной терапии. Психологические проблемы женщин, которые очень часто связаны с изменением ее личностного, внутрисемейного, производственного статуса, переживание ее новых эмоций, данным статусом обусловленных, часто остаются без внимания. Данные переживания даже на фоне социально – бытового и внутрисемейного благополучия могут приводить к негативно окрашенным эмоциональным состояниям: высокому уровню тревожности, страхам, эмоциональному напряжению, состоянию общей усталости, повышенной мнительности, тоске, снижению общего фона настроения, повышенной сензитивности, проявляющейся плаксивостью, раздражительностью, агрессией,

конфликтностью. Особенно часто негативно окрашенные эмоции проявляются у женщин во время беременности с изначально повышенной личностной тревожностью. Поэтому, очень важно проведение своевременной психокоррекционной работы с беременными женщинами, особенно из «группы риска», которые не планировали беременность и психологически были не готовы к Материнству.

В этой связи актуальным становится вопрос поиска новых практических методов психологической работы с беременными женщинами, которые были бы доступны в работе перинатального психолога обычной женской консультации.

По нашему мнению методы арт-терапии прекрасно подходят для данной работы и могут стать более востребованы психологами при работе именно с беременными женщинами. Так, использование творческой деятельности при подготовке к материнству берет свое начало еще в славянской Руси, сюда можно отнести и коллективное и индивидуальное пение, подготовка приданного для младенца посредством рукоделия (шитье вышивание). Подобная деятельность зачастую приводила к установлению контакта между матерью и ребенком еще на стадии беременности, снижала общую тревожность женщины. Очень интересен и символичен, с точки зрения снижения негативных переживаний беременной за здоровье ребенка и успешность предстоящих родов, обряд шитья тряпичной куклы – «оберега» для новорожденного. Подобная забота приводила к уверенности женщины в благоприятном разрешении беременности.

Однако, несмотря на длительную историю использования творческих способностей женщины для гармонизации ее физического и эмоционального состояния в период беременности, опыт арт-терапевтической работы с беременными сегодня не достаточно изучен и во многом ограничен.

Применительно к работе с женщинами, ожидающими ребенка, на первый план выдвигаются следующие общеметодологические вопросы, касающиеся арт-терапии:

– насколько психологически безопасным и эффективным является включение изобразительных и иных форм творческого самовыражения в процесс групповой работы и индивидуальной работы с беременными?

– какие арт-терапевтические техники можно включать в работу с беременными женщинами?

– как должны быть организованы групповые занятия и курс занятий в целом в рамках работы перинатального психолога женской консультации?

Значительный интерес представляют публикации А.И. Копытина, М.В. Киселевой, О. Горбенко, Т.В. Герасимовой, К.С. Новиковой, посвященные преимущественно вопросам применения арт-терапевтических методов в коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин, однако они не полностью отвечают на поставленные выше вопросы.

Между тем ощущается явная нехватка практических исследований, которые давали бы комплексную оценку эффективности воздействия арт-терапевтических методов на психоэмоциональное состояние женщины в период беременности, определяли возможности их применения в работе психолога в женской консультации для психологической коррекции негативных эмоциональных проявлений беременных женщин.

Объектом исследования являются эмоциональные состояния беременных женщин.

Предметом исследования является психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний беременных женщин с использованием методов арт-терапии.

Цель исследования: выявление особенностей эмоциональных состояний беременных женщин и психологическая коррекция негативных состояний при помощи методов арт-терапии в практике перинатального психолога женской консультации.

Для достижения цели исследования необходимо было решить следующие задачи:

- проанализировать научную литературу по теме исследования;
- выяснить какие из арт-терапевтических методов и техник максимально «экологичны», безопасны и эффективны, а, следовательно, более всего подходят для психокоррекционной работы с беременными женщинами;
- разработать и апробировать в ходе психологического исследования программу, основанную на использовании арт-терапевтических методов по оказанию психологической помощи беременным женщинам; данная программа должна быть направлена на психологическую коррекцию проявлений негативных эмоциональных состояний, возникающих в ходе беременности;
- провести сравнительный анализ эффективности арт-терапевтических методик, использованных в ходе исследования;
- выявить какое влияние оказывает психокоррекционная работа перинатального психолога, построенная на использовании арт-терапевтических методов на эмоциональное состояние беременных женщин, общее течение беременности;
- разработать рекомендации, направленные на расширение представлений об использовании арт-терапевтических методов в работе перинатального психолога женской консультации.

Гипотеза исследования. Мы предполагаем, что использование арт-терапевтических методов в психокоррекционной работе с беременными женщинами будет способствовать позитивному изменению их эмоционального состояния: снижению уровня реактивной тревожности, фрустрации, повышению фона настроения, улучшению общего самочувствия, принятию будущего ребёнка.

Теоретико-методологическая основа исследования.

Методологической основой исследования являются:

- фундаментальные положения личностной, социальной и перинатальной психологии;
- интегрированный психосоциальный подход, рассматривающий взаимосвязь биологического, психологического и социального аспектов репродуктивного процесса у человека, отражённый в трудах И.В. Добрякова, Н.В. Коваленко, В.И. Брутман.
- онтогенетическая концепция материнства Г.Г. Филипповой.
- системная арт-терапия, как метод лечебно-коррекционного воздействия, отраженный в трудах А.И. Копытина.

Методы исследования:

- психодиагностические методы: метод наблюдения; анкетирование;
- стандартизированные психодиагностические методики:
 - тест тревожности Ч.Д. Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина (1978);
 - методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков, 2003);
 - проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2004г.);
 - методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку);
 - опросник САН: самочувствие, активность, настроение (В. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников);
- описательно-аналитический метод с привлечением данных теории и практики современной социально-психологической системы поддержки беременных женщин;
- методы системного анализа, метод обобщений, математический и статистический.

Опытно-экспериментальная база исследования. Исследование проводилось на базе женской консультации Государственного учреждения здравоохранения Саратовской области «Петровская районная больница ».

Научная новизна исследования заключается в том, что выявлено значение арт-терапевтических методов в психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин:

Беременность как медико-психолого-социальная ситуация имеет сложную структуру, представляющую собой взаимосвязь физиологических, психологических и социальных сторон жизни женщины и требует комплексного психологического сопровождения, в процессе которого применение методов системной арт-терапии снижает проявление негативных эмоциональных реакций у женщин с изначально желанной и нежеланной беременностью;

Арт-терапевтические методы – разнообразны, «экологичны», просты в использовании и могут выполнять диагностическую, коммуникативную, регулятивную, когнитивную, коррекционную, развивающую функции при психологическом сопровождении беременности.

Арт-терапевтическое воздействие, направлено на гармонизацию внутреннего состояния беременной женщины, то есть восстановление способности находить оптимальное состояние равновесия, способствующее активному взаимодействию, как с будущим ребенком, так и с собственным социальным окружением. Основанное на проявление внутреннего творческого потенциала оно необычайно «экологично» и безопасно для самой женщины, поскольку не несет в себе внешних влияний и в то же время позволяет выразить и осознать весь комплекс переживаний, обусловленных самим состоянием беременности, приводит к саморегуляции эмоционального состояния.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в возможности использования его результатов в качестве базы для дальнейших теоретических и прикладных изысканий в области психологии, изучающей беременность, а также расширяет представления о возможностях применения методов арт-терапии в практической работе перинатального психолога в структуре женской консультации.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались:

- опорой на фундаментальные психологические и методологические подходы при разработке авторской программы, основанной на использовании арт-терапевтических методов по оказанию психологической помощи беременным женщинам в рамках проведения групповой психологической коррекции и психопрофилактики;
- историческим подходом, критическим анализом и учетом состояния исследуемой проблемы в существующей психологической теории и практике;
- комплексным применением методов научно-психологического исследования;
- непрерывным исследованием в течение 2 лет, в которое вошли 50 беременных женщин, как с изначально запланированной и желанной беременностью, так и женщин для которых беременность не являлась запланированной, соответственно их психоэмоциональное состояние на момент включения в программу психологической помощи было различным.

Результаты заключительной психологической диагностики психоэмоциональной сферы, принимавших участие в программе женщин, позволили выявить эффективность применения программы.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в определении цели работы, постановке и решении задач, выборе объекта и предмета исследования, а также в поиске, сборе, обработке необходимой информации, которая сформировала базу исследования.

Апробация и внедрение результатов работы велись в течение всего исследования.

На защиту выносятся следующие положения:

- беременность – является для женщины ситуацией психологического и биологического кризиса, который проявляется изменением ее

эмоционального, физиологического состояния. У женщин в период беременности могут наблюдаться амбивалентный фон настроения, повышенный уровень тревожности, страх за собственное здоровье, исход родов, повышенная утомляемость, сензитивность к внешним воздействиям, проявляющиеся повышенной раздражительностью, конфликтностью, иногда даже проявлениями гнева, агрессией в отношении окружающих. В этот период женщины нуждаются в оказании психологической помощи, которая может осуществляться в рамках внедрения групповых занятий с психологом, направленных на психопрофилактику негативных эмоциональных состояний и проводимых на базе женских консультации;

– арт-терапевтические методы: изо-терапия, музыкотерапия, куклотерапия, сказкотерапия – являются безопасными и эффективными, просты в использовании и могут быть включены в комплексные программы психологического сопровождения беременных женщин;

– разработанная и апробированная в ходе психологического исследования программа, по оказанию психологической помощи беременным женщинам, основанная на использовании арт-терапевтических методов, показала высокую эффективность и может применяться в практике перинатального психолога для проведения психологической коррекции и профилактики негативных эмоциональных состояний беременных женщин.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав (разделов), заключения, содержит 7 рисунков, 16 таблиц, список использованной литературы (40 источников), 1 приложения. Основной текст работы без списка литературы и приложения изложен на 78 страницах.

1 Теоретические аспекты оказания психологической помощи беременным женщинам посредством применения арт-терапевтических методов

1.1 Особенности психологического состояния беременных женщин в дородовый период

На сегодняшний день существует несколько подходов к изучению состояния беременности.

Сугубо медицинский подход, когда беременность рассматривается исключительно на биологическом и физиологическом уровне, социально-психологические проблемы женщины практически не учитываются. Данный подход характерен для ряда врачей «советской школы» акушер – гинекологов, когда беременность рассматривается исключительно как «физиологическое состояние, предшествующее родам» [4]. Представители данного подхода зачастую формально или даже скептически относятся к психологической, личностной проблематике беременности.

Психолого-редукционистский подход, возникший в период становления перинатальной психологии как «естественная реакция на игнорирование врачами психологических проблем, связанных с репродуктивными процессами» [10], напротив, рассматривает беременность и всю репродуктивную проблематику исключительно в психологическом, а иногда даже в эзотерическом русле.

По мнению И.В. Добрякова, «при этом подходе считается, что течение репродуктивного процесса определяется преимущественно психологическим состоянием партнеров, а значит, при возникновении проблем требует, прежде всего, психокоррекции» [10]. «Биологически обусловленные проблемы минимизируются или вообще игнорируются» [10].

С нашей точки зрения ни один из перечисленных выше подходов не раскрывает в полной мере психофизиологические особенности женщины в

состоянии беременности. Наиболее полно изменения женщины в период беременности отражает интегрированный био-психосоциальный подход.

«Сутью био-психосоциального подхода к перинатальной психологии является соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей» [10].

В рамках данного подхода В.Д. Менделевич, Н.В. Коваленко, Т.Т. Сорокина, Н.В. Боровикова, Г.Г. Филиппова, И.В. Добряков выделяют ряд факторов физиологических, психологических, социальных факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние женщины на различных сроках беременности.

Так, В.Д. Менделевич рассматривает психологические особенности женщины во время беременности «как проявление адаптации организма и личности к наступившей беременности. Он отмечает несколько уровней адаптации.

На биологическом уровне скачкообразное повышение тонуса нервной системы с обнаружением своеобразных критических периодов. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатoadренальной системы. Во второй половине беременности (28-30 недель) повышается тонус обоих отделов нервной системы, но с преобладанием холинергических реакций.

На нейрофизиологическом уровне происходит повышение порога болевой чувствительности.

На психологическом уровне в первые месяцы беременности отмечается амбивалентное отношение к будущему ребенку и материнству, что может выразиться подавленностью настроения. Имеют место два противоборствующих качества – инфантильности и взрослости. Во втором триместре беременности наблюдается относительное спокойствие. Основная черта третьего триместра – «погружение в ребенка», который становится

средоточением интересов и занятий будущей матери. Перед родами нарастает тревога, которая может проявиться гиперактивностью беременной. Частота психических расстройств достигает 60-80%» [23].

«Уровень распространенности психических расстройств у беременных колеблется от 6% до 34%. Они представлены как донозологическими проявлениями нарушения психофизиологической адаптации, так и клиническими психопатологическими симптомами. Выраженные перепады настроения и другие эмоциональные изменения долгое время рассматривались как характерные физиологические особенности беременных, в то время как эти проявления есть психические расстройства» [23].

В исследовании, проведенном Ю.И. Буйновой, в котором принимали участие 187 здоровых беременных женщин (г. Берлин, Германия) выявилось, что у «примерно 17% (32) женщин обнаружались признаки психологического стресса: у них были клинически значимые высокие уровни депрессии и тревоги» [7]. При этом сообщается, «что эмоциональные расстройства, особенно симптомы депрессии и тревоги, повышают риск осложнений беременности и родов, плохого состояния новорожденных, низкого веса при рождении, недоношенности и задержки внутриутробного роста» [7].

В.Д. Менделевич показывает, что у женщин на поздних сроках беременности имеют место «интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах и страх перед будущим материнством» [23].

В.Д. Менделевич выделяет следующие «виды тревоги, которые испытывает женщина перед приближением родов:

- генерализованная;
- физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности;
- страх за судьбу плода;

- страх перед необходимостью ухода за новорожденным;
- страх перед родами;
- страх перед кормлением новорожденного;
- психопатологические феномены тревоги; тревога по поводу предстоящего родительства более характерна для старших женщин» [23].

Кроме того, В.Д. Менделевич отмечает, что частота депрессивных расстройств различной степени выраженности может составлять от 10% до 14%. Депрессивные расстройства беременных, по мнению данного автора, связаны с наличием психотравмирующих факторов, нарушениями супружеских отношений, наличием психического заболевания женщины в анамнезе.

По мнению Т.П. Зефировой и Р.Р. Мухаметовой, «большинство беременных женщин испытывают влияние разнообразных стрессовых факторов, и около 30% из них на разных этапах гестации отмечают клинические проявления психологического стресса» [11]. Данные исследователи выявляют такие проявления стресса как «повышенную тревожность, раздражительность, снижение памяти и работоспособности, подавленность, апатию, нарушение сна, хроническую усталость, а также болевые синдромы различной локализации (головную боль, боль в груди, шее, мышцах плеч и спины и другие)» [11]. По результатам эмпирических данных, психологический стресс у беременных женщин может привести к развитию клинической депрессии и соматических заболеваний.

И.В. Добряков считает, что «в начале беременности важными изменениями функционирования центральной нервной системы женщины являются понижение возбудимости коры головного мозга и относительное повышение возбудимости подкорковых образований» [10]. Следствием данных изменений является некоторая сонливость, которая возникает у беременных женщин в первом триместре беременности, снижение общей активности. Возможно, эти изменения носят защитный характер, организм

беременной бессознательно пытается оградить зародившийся плод от излишних воздействий, поскольку именно в период до 12 недель беременности происходит формирование, закладка основных органов и систем будущего ребенка.

«Физиологические изменения, связанные с беременностью, влияют на эмоции женщины и в то же время частично обусловлены переменами в аффективной сфере, характеризующимися лабильностью и нередко противоречивостью. С одной стороны, женщина испытывает радость, удовлетворение и чувство гордости в связи с состоявшимся материнством, с другой – страх взросления, опасения осложнений течения беременности и родов, сомнения в своей материнской компетенции и состоятельности. Понимание особенностей и динамики аффективной сферы беременной женщины необходимо перинатальному психологу для успешной коррекции» [9]. В зависимости от триместра беременности изменяется и настроение женщины. Если в первом триместре беременности отмечается амбивалентное отношение к материнству, поэтому наблюдаются колебания фона настроения от тоски и подавленности до состояния эйфории, то во втором и третьем триместре при благоприятном течении беременности для женщины характерно преобладание позитивного и стабильного фона настроения.

По мнению И.В. Добрякова, «второй триместр может быть назван триместром испытаний сформированных органов и систем пренейта»[10]. У беременных женщин на сроке гестации от 13 до 27 недель «возбудимость коры больших полушарий головного мозга и подкорковых центров имеет примерно одинаковый уровень»[10], поэтому отмечается некоторая стабилизация психоэмоционального состояния. Женщина начинает осознавать и постепенно привыкать к новой для себя роли – роли матери, происходит окончательное принятие беременности, формируется привязанность к будущему ребенку. Чаще всего данные изменения происходят в 18-20 недель и сопровождаются первыми шевелениями плода.

В третьем триместре беременности отмечается появление повышенной эмоциональной возбудимости, тревожности, которые обычно нарастают к моменту приближения родов. Во много данные изменения связаны с повышением возбудимости коры больших полушарий головного мозга, которая, по мнению И.В. Добрякова «остается высокой до 38-39-й недели, после чего снижается» [10].

Одним из симптомов третьего семестра, описываемых Н. В. Боровиковой, является «симптом нетерпения» [5]. «Женщина жалуется на то, что беременность ей надоела, выражает стремление к ее скорейшему окончанию. Это происходит на фоне выраженных колебаний эмоций от радостных переживаний, связанных с предстоящим материнством, до тревожно-депрессивных сомнений в благоприятном исходе родов. На этом фоне может возникнуть или обостриться наблюдавшийся уже в прошлом триместре симптом страха пред родами. Женщина начинает мечтать о том, чтобы избежать родов, хотя, с другой стороны, мечтает о благополучном завершении беременности» [5]. Описанные выше переживания женщины испытывают при благоприятном течении беременности.

Если же нарушается адаптация к беременности, за счет ряда социальных, внутрисемейных, психологических, физиологических факторов то у женщины повышается уровень тревожности, негативно изменяется общее состояние.

И.В. Добряков выделяет 5 вариантов «психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный» [10]. Во много данные варианты соответствуют 4 стилям переживания беременности, предложенным Г.Г. Филипповой [33], которая, выделяет «адекватный, игнорирующий, эйфорический, тревожный стили переживания беременности» [34].

Наиболее важно при работе с беременными умение выявить и провести коррекционную работу с женщинами, имеющими тревожный стиль

переживания беременности, или тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты.

Но сначала необходимо дать определение самой тревожности.

И.В. Добряков различает такие понятия как тревога, тревожность, страх и дает им весьма емкие определения.

«Тревога – эмоция, отражающая переживания ожидания, возникающие в ситуации неопределенности, допускающей неблагоприятное развитие событий. Именно в такой ситуации оказывается беременная женщина. Чем больше неопределенность будущего, тем выше тревога» [10].

«Тревожность – это черта личности, проявляющаяся в том, что объективно безопасные обстоятельства воспринимаются как содержащие угрозу»[10].

По мнению И.В. Добрякова, «закономерно и нормально некоторое повышение уровня тревоги и возникновение страхов, отмечающиеся у большинства женщин, испытывающих во время беременности дефицит информации о том, как будет протекать беременность, идти развитие пренейта»[10].

Повышение тревоги включает определенный адаптационный механизм в организме женщины, который позволяет более ответственно и бережно относиться к собственному здоровью и здоровью будущего ребенка.

Однако если уровень тревоги повышается значительно, то мы видим негативные ее последствия в виде истощаемости психоэмоционального состояния, наличия физиологических проявлений в виде повышения тонуса матки, преждевременной угрозы прерывания беременности и других, негативных психофизиологических состояний.

Интересно исследование Г.Ф. Азизовой, которая считает, что «нарушение психической адаптации, которое наблюдается у всех беременных женщин, является многофакторным образованием, связанным как с проявлениями самой беременности, так и с особенностями личности, структурой невротоподобных расстройств и различными психосоциальными

характеристиками» [1]. Стрессовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства являются одной из причин угрозы прерывания как в 1-й, так и во 2-й половине беременности. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности является одним из серьезных факторов риска перинатальной патологии. Возрастает угроза прерывания беременности. У обследуемых женщин, был выявлен «высокий уровень личностной тревожности, проявляющийся в эмоциональном дискомфорте (83,4%), астении (78,8%), ощущении непонятной угрозы и неуверенности в себе, тревожной оценке перспективы (63,4%). При нервно-психическом напряжении при любом сроке беременности появляется агрессивность, раздражительность, вспыльчивость. У учащих девушек снижается успеваемость (20 %), возникают конфликты с друзьями, коллегами (27 %)» [1].

«На степень и своеобразие выраженности симптомов влияют определенные психосоциальные факторы. Чем старше женщина, тем более выражены у нее невротоподобные расстройства. Чем менее благоприятен общий радикал психосоциальных факторов, тем более выражены невротоподобные расстройства, присутствует больший процент наличия невротической астении, повышен уровень невротизации и тревоги» [1].

Анализ особенностей психоэмоциональных расстройств выявили следующие результаты: «эмоциональная лабильность (83 %), раздражительность (88 %), возбуждение (25 %), депрессия (43 %), плаксивость (79 %), апатия (18 %), ухудшение памяти (29 %), нарушение сосредотачиваемости (38 %), утомляемость (69 %), слабость (60 %), нарушения формулы сна (бессонница / летаргия) (42 %), чувство страха (24 %), ощущение тоски (16 %), нарушения либидо (4 %), гиперчувствительность к звукам и запахам (10 %), обонятельные и слуховые галлюцинации (2 %)» [1].

Приведённая выше клиническая симптоматика, по мнению автора, варьирует в зависимости от триместра беременности. Наибольшие

негативные проявления наблюдаются в первом и третьем триместре беременности.

Т.Т. Сорокина, анализируя особенности психики беременных, делает вывод о том, что «для беременности характерны неустойчивость настроения с легким возникновением плаксивости, раздражительности, усиление ранимости, обидчивости, тревоги, особенно к концу срока, за исход беременности и состояние будущего ребенка, повышенная физическая и психическая утомляемость, истощаемость и неустойчивость активного внимания, сонливость днем, удлинение в половине наблюдений ночного сна, реже другие изменения сна» [32].

Результаты исследования психики беременных женщин, описанные Т.Т. Сорокиной, во многом схожи с результатами Т.Г. Герасимовой, полученными в ходе исследования в Иркутском центре репродуктивного здоровья. По мнению Т.Н. Герасимовой, «тревожность является ключевым компонентом эмоционального состояния беременных женщин» [9]. Помимо тревожности беременные женщины под воздействием демобилизирующих компонентов испытывали такие негативные эмоциональные состояния, как тоска, подавленность, депрессия, импульсивная реактивность, снижение уровня активности.

К.В. Новикова в своем исследовании отмечает, «что в исследуемой группе беременных девушек наблюдается напряженный эмоциональный фон, преобладает повышенный уровень тревожности, агрессивности, страха, подавленности, чувство беспомощности, испытываемые не чувствуют уверенности в себе, имеют беспокойный сон, легко впадают в уныние, мнительны, их легко вывести из себя, с трудом сдерживают раздражение; доминирует сниженное самочувствие и активность, исследуемые беременные девушки чувствуют себя слабыми, пассивными, медлительными, утомленными, желающими отдохнуть» [23].

Таким образом, большинство исследователей эмоционального состояния беременных женщин отмечают, что даже при благоприятно

протекающей беременности у ряда женщин отмечается повышение реактивной тревожности, особенно в 1 и 3 триместре беременности. Тревожность, по сути, является основным компонентом эмоционального состояния беременных женщин, маркером данного состояния. И если при низких и средних показателях, например, при оптимальном стиле переживания беременности, тревожность, по мнению И.В. Добрякова, не требует значительной коррекции. В других случаях, когда адаптационный механизм беременности под влиянием ряда факторов нарушается, а уровень тревожности повышается значительно, тревожность, да и эмоциональное состояние женщины в целом, требует психопрофилактической и психокоррекционной работы. Помимо повышения уровня тревожности, большинство исследователей отмечают проявление у беременных женщин следующих негативных эмоциональных реакций: тоски, подавленности, депрессии, импульсивной реактивности, эмоциональной лабильности, раздражительности, снижения уровня активности, общего самочувствия.

Своевременная психокоррекционная работа по результатам приведенных выше исследователей [9], [10], [11], [23], [24] приводит к положительному изменению эмоционального состояния женщин.

1.2 Арт-терапевтические методы в работе перинатального психолога

В последние годы практические психологи все чаще проявляют интерес к одному из самых простых и «экологичных» направлений психокоррекционной работы – арт-терапии.

«Арт-терапия в буквальном значении этого термина означает лечение изобразительным искусством» [8].

«Арт-терапия — это направление в психотерапии, психокоррекции и реабилитации, основанное на занятиях клиентов (пациентов) изобразительным творчеством. Арт-терапия может рассматриваться как одно из

ответвлений так называемой психотерапии искусством наряду с музыкальной терапией, драматерапией и танцедвигательной терапией. Слово «арт-терапия» впервые начало использоваться в англоязычных странах примерно в 40-е годы XX века. Им обозначались разные по форме и теоретическому обоснованию варианты лечебной и реабилитационной практики. Одни были инициированы художниками и реализовывались преимущественно в студиях, организованных в крупных больницах (например, художественная мастерская Адриана Хилла в Великобритании). Другие допускали элементы психоаналитической трактовки изобразительной продукции пациентов и акцентировали внимание на их отношениях с аналитиком (работы Маргарет Наумбург в США)» [8].

«Сегодня арт-терапия – это очень пластичное, непрерывно развивающееся направление психотерапии, она постоянно расширяет сферу своего применения. Основная цель арт-терапии – гармонизация внутреннего состояния клиента, то есть восстановление способности человека находить оптимальное, способствующее активному продолжению жизни состояние равновесия» [8].

А.И. Копытин берет за основу доминирующее с его точки зрения в современной литературе определение арт-терапии, в соответствии с которым она представляет собой «лечебное применение изобразительного творчества клиента (пациента), предполагающее взаимодействие между автором художественной работы, самой работой и специалистом» [3].

Создание визуальных образов рассматривается при этом как важное средство межличностной коммуникации и как форма познавательной деятельности клиента, позволяющая ему выразить ранние либо актуальные «здесь – и – сейчас» переживания, которые ему бывает непросто выразить словами.

«Несмотря на тесную связь с лечебной практикой, арт-терапия во многих случаях приобретает преимущественно психопрофилактическую, социализирующую и развивающую направленность, отсюда — много-

численные попытки ее использования при работе с детьми, в образовательных учреждениях.

За время своего существования арт-терапия ассимилировала достижения психологической науки и практики, теоретические разработки приемы разных направлений психотерапии, опыт и стратегии изобразительного искусства, методы педагогики, отдельные представления теории культуры, социологии и других наук» [3]. В настоящее время мы видим, что арт-терапия активно развивается, осваивая новые сферы практического применения, одной из которых является применение ее методов в перинатальной психологии в психокоррекционной и психопрофилактической работе с беременными женщинами.

А.И. Копытин в своих трудах отмечает наиболее значимые преимущества арт-терапии, которыми она обладает по сравнению с другими видами психотерапии. По мнению А.И. Копытина, «практически каждый человек, независимо от своего возраста, культурного опыта и социального положения, может участвовать в арт-терапевтической работе, которая не требует от него каких-либо способностей к изобразительной деятельности или художественных навыков» [26]. Каждый, будучи ребенком, рисовал, лепил и играл. Поэтому арт-терапия не имеет ограничений в использовании. Нет оснований говорить и о наличии каких-либо противопоказаний к участию тех или иных людей в арт-терапевтическом процессе.

«Арт-терапия является средством преимущественно невербального общения. Это делает ее особенно ценной для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний, либо, напротив, чрезмерно связан с речевым общением (что характерно, например, для представителей западной культуры). Символическая речь является одной из основ изобразительного искусства, позволяет человеку зачастую более точно выразить свои переживания, по-новому взглянуть на ситуацию и житейские проблемы и найти благодаря этому путь к их решению» [26].

Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным «мостом» между специалистом (психотерапевтом, психологом, педагогом) и клиентом. Это особенно ценно в ситуациях взаимного отчуждения, при затруднении в налаживании контактов, в общении по поводу слишком сложного и деликатного предмета.

Изобразительная деятельность во многих случаях позволяет обходить «цензуру сознания», поэтому предоставляет уникальную возможность для исследования бессознательных процессов, выражения и актуализации латентных идей и состояний, тех социальных ролей и форм поведения, которые находятся в «вытесненном» виде либо слабо проявлены в повседневной жизни;

Арт-терапия является средством свободного самовыражения и самопознания. Она имеет «инсайт-ориентированный» характер; предполагает атмосферу доверия, высокой терпимости и внимания к внутреннему миру человека;

«Продукты изобразительного творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей человека, что позволяет использовать их для ретроспективной, динамической оценки состояния, проведения соответствующих исследований и сопоставлений;

Арт-терапевтическая работа в большинстве случаев вызывает у людей положительные эмоции, помогает преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию;

Арт-терапия основана на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Она отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации — раскрытии широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально-неповторимого способа бытия-в-мире» [26].

А.И. Копытин не видит оснований в противопоказании к участию тех или иных людей в арт-терапевтическом процессе. «Арт-терапия задействует преимущественно средства невербального общения. Символическая

коммуникация является одной из основ изобразительного искусства, позволяет человеку зачастую более точно выразить свои переживания, по-новому увидеть конкретную жизненную ситуацию, осознать свои житейские и профессиональные проблемы и найти благодаря этому путь к их решению» [18].

По мнению А.И. Копытина, методы арт-терапии помогают:

- «развивать и совершенствовать когнитивную сферу личности;
- снимать напряжение, выплеснуть негативные мысли и чувства в безопасном пространстве, понять свои чувства и чувства других людей;
- развивать важные социальные навыки: научиться конструктивному общению, используя изобразительные, двигательные, звуковые средства;
- освоить новые роли и проявлять разные качества личности, а также наблюдать за тем, как изменения собственного поведения влияют на окружающих;
- повышать самооценку;
- развивать навыки принятия моральных и нравственных решений;
- реализовать свои способности к творчеству» [18].

Таким образом, большинство из вышеперечисленных преимуществ арт-терапевтического воздействия удобны и безопасны при работе с беременными женщинами, испытывающим, как было отмечено ранее, значительный сенсорный голод, повышенный уровень тревожности, эмоционального напряжения, эмоциональную неустойчивость, осваивающим новую социально-психологическую роль – роль Матери.

Арт-терапия может выполнять диагностическую, коммуникативную, регулятивную, когнитивную, коррекционную, развивающую функции.

«Диагностическая функция арт-терапии позволяет, определить не только особенности психоэмоционального состояния беременной, но и выделить ряд психологических проблем, как во внутрисемейных отношениях, так и в отношении еще не родившегося ребенка. Примером

удачного использования арт-терапевтической методики для диагностики беременных может являться рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой. Средствами арт-терапии открывается проекция личности женщины, ее базовые и ситуативные потребности, эмоциональные переживания, самооценка, общий уровень благополучия.

Коммуникативная функция арт-терапии восполняет нехватку общения беременных женщин в процессе жизнедеятельности. Многие женщины стараются «восполнить данный пробел» общением внутри группы, где участники, испытывающие сходные ощущения, связанные с состоянием беременности, готовы обсуждать свои переживания и получать необходимую групповую поддержку;

Регулятивная функция арт-терапии предполагает снижение утомления, причем не только в момент деятельности, но и общего утомления, связанного непосредственно с ситуацией переживания беременности. Поскольку в третьем триместре беременности наблюдается ситуация некоего нетерпения в отношении беременности, желание скорейшего ее завершения. Использование музыкотерапии и изотерапии в работе с беременными дает возможность снижения эмоционального напряжения и усталости в целом;

Когнитивная функция арт-терапии помогает осознать изменения с собственной личности, трансформацию, обусловленную формированием материнской привязанности. Открывается возможность реализации творческих способностей, происходит развитие эмоционально-волевой и познавательной сфер личности женщины.

Коррекционная функция арт-терапии предполагает психологическую работу с самооценкой, «Я – образом», состоянием тревоги, страха, агрессии и так далее. Как отмечают М.В. Киселева и В.А. Кулганов, «механизм психологического коррекционного воздействия арт-терапии состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через

переструктурирование этой ситуации с помощью творческих способностей клиента» [14];

«Развивающая функция арт-терапии предполагает развитие индивидуальности, способствует личностному росту, усилению саморегуляции чувств и поведения в целом. Занятия арт-терапии повышают социальную компетентность, коммуникативность, что весьма важно для женщины. С рождением ребенка ей необходимо будет научиться решать социальные вопросы, связанные с оформлением документов, пособий, отпуска по уходу за ребенком» [14].

Таким образом, многофункциональность арт-терапии позволяет использовать её в работе с беременными женщинами, поскольку деятельность перинатального психолога в структуре женской консультации по социально-психологическому сопровождению беременных женщин осуществляется в очень сходных направлениях, а именно: прикладная психодиагностика, психологическая коррекция, психологическое просвещение, психологическое консультирование, социальная работа.

Остановимся подробнее на изучении направлений арт-терапии. Поскольку в настоящее время арт-терапия трактуется не только как изотерапия, а понимается как «терапия искусством», то и количество направлений соответственно значительно расширяется.

К современной арт-терапии относят: изотерапию, музыкотерапию, театр-терапию, сказкотерапию, оригами, библиотерапию – лечебное воздействие чтением, маскотерапию, драматерапию, цветотерапию, песочную терапию, танцевально-двигательную терапию. Какие из данных направлений терапии с нашей точки зрения удобны и эффективны при работе с беременными?

Безусловно, это использование изотерапии, музыкотерапии, куколотерапии, сказкотерапии. Остановимся подробнее на каждом из предложенных направлений.

«Изотерапия – терапия изобразительным творчеством, в первую очередь рисованием» [15].

«В настоящее время изотерапия используется для психологической коррекции клиентов с невротическими, психосоматическими нарушениями, поэтому вполне подходит к работе с беременными о психоэмоциональном состоянии которых часто характеризуется высокой тревожностью и эмоциональной неустойчивостью» [15].

Изо-терапия может использоваться в ходе групповой терапии, например, в процессе психопрофилактической подготовки к родам, поскольку имеет ряд преимуществ, описанных М.В. Киселевой:

«Групповая арт-терапия:

- позволяет развивать ценные социальные навыки;
- связана с оказанием взаимной поддержки членами группы и позволяет решать общие проблемы;
- дает возможность наблюдать результаты своих действий и их влияние на окружающих;
- позволяет осваивать новые роли и проявлять латентные качества личности, а также наблюдать, как модификация ролевого поведения влияет на взаимоотношения с окружающими;
- повышает самооценку и ведет к укреплению личностной идентичности;
- развивает навыки принятия решений» [15].

В психопрофилактической и психокоррекционной работе с беременными женщинами с успехом можно использовать метод свободного рисунка или рисунка на свободную тему. Женщина при помощи карандашей, красок, фломастеров воспроизводит на бумаге в произвольной технике, совершенно любые образы, стараясь двигаться за порывами собственных эмоций и переживаний. К данному виду творчества можно отнести и технику «каракули», которая широко используется для снятия эмоционального напряжения в работе арт-терапевтов.

Интересен и «Метод центрированного рисунка» [22]. Беременным женщинам предлагаются все необходимое для рисования: бумага, набор цветных карандашей (12-18 цветов), циркуль. В начале, женщинами определяется символика цвета, в процессе ответа на вопросы: «Что для Вас значит этот цвет?», «С чем ассоциируется этот цвет?» [22]. Затем на другом листе женщинам «предлагается выбрать центральную точку и с помощью циркуля заполнить пространство листа концентрическими или пересекающимися окружностями в произвольном порядке. Затем предлагается заполнить образовавшийся рисунок цветами, применяя их как пожелание или дар своему ребенку при прохождении родового пути, сочетая цвета по усмотрению беременной. После этого предлагается внести в рисунок любые позитивные символы, помогающие дополнить план родов резервами (религиозные, семейные, национальные символы)» [22].

Фактически данная техника схожа с техникой рисования циркулярных композиций - Мандал, описанной А.И. Копытиным и М.В. Кисилевой.

Слово «мандала» имеет санскритское происхождение и означает «магический круг».

«Понятие мандалы было внесено в западную психологию К. Юнгом. Он открыл его, занимаясь собственным психоанализом. Круг является символом планеты Земля, а также символом защищенности материнского лона. Таким образом, создавая круг, очерчивается граница, защищающая физическое и психологическое пространство. Спонтанная работа с цветом и формой внутри круга способствует изменению состояния сознания человека, вызывает разнообразные психосоматические феномены и открывает возможность для духовного роста личности» [15].

Создавая мандалу, клиент создает символ собственной личности, который помогает ему понять, что он собой представляет в данный момент, и помогает освободиться от напряжения и достичь своей целостности.

Создание мандалы помогает клиентам стимулировать основные внутренние источники энергии, запечатленные на глубинных уровнях

разума, включая механизмы саморегуляции. Это «психологический преобразователь», помогающий человеку установить связь с самим собой» [15].

Также в формате изотерапии с беременными женщинами широко используется техника лепки из глины, пластилина.

Также как в ситуации с рисунком, может использоваться метод свободной лепки или скульптура на заданную тему, например, «моя семья». Техника лепки помимо диагностической функции великолепно выполняет корректирующую функцию, поскольку, кроме творческого компонента стимулирует мелкую моторику рук.

Музыкотерапия – один из видов арт-терапевтического воздействия, может быть как активной, когда сам клиент воспроизводит те или иные звуки, и пассивной, когда он эти звуки воспринимает. По мнению М.В. Киселевой: «музыка вызывает в нас определенную вибрацию, которая влечет за собой психическую реакцию. Основа музыки – звук. Звук – это акустический сигнал, имеющий волновую структуру. Из специальной литературы известно, что акустический сигнал воздействует на клетки живого организма, изменяя их активность. Звук оказывает влияние на электромагнитную проводимость клеточных структур, на их электрохимическую активность. Это влияние названо «неспецифическим акустико-биорезонансным эффектом», являющимся одной из реакций организма человека на музыкальное, звуковое воздействие, а также на слуховую и вибротактильную рецепции» [15].

По наблюдению Л.П. Харитоновой [36], проводившей психологическую коррекцию беременных женщин методом мышечной релаксации и музыкотерапии, беременные которые слушали произведения классической музыки Моцарта и Вивальди, отмечали улучшение самочувствия. У женщин полностью прошедших курс занятий, отмечались физиологическое, без осложнений, течение родов, высокая оценка состояния новорожденных по шкале АПГАР (9-10 баллов), отсутствие проблем с

лактацией. Положительный эффект музыкотерапии отмечают и ряд зарубежных авторов. Так, положительные результаты применения музыкотерапии отмечены в клинических исследованиях F. Fahimuddin, которая считает, что «музыкальная терапия - это известное вмешательство, связанное с улучшением результатов у женщин, проходящих процедурные вмешательства, включая роды» [40], а использование арт-терапии снижает риск возникновения послеродовых депрессий, частота которых составляет 10-20% в США.

Куклотерапия – это вполне самостоятельная ветвь арт-терапии.

Причем куклы могут выступать не только атрибутом детской культуры. Достаточно заглянуть в славянское прошлое нашей культуры и можно увидеть богатый мир кукол – оберегов, представленный куклами.

О. Горбенко в своей книге также указывает на важность создания кукол – оберегов беременными женщинами, совместно с пением народных песен.

«В традициях многих народов период ожидания ребенка часто сопровождался коллективным и индивидуальным пением, рукоделием. Такое заполнение дородового периода способствовало снижению тревоги женщины, ее позитивному настрою на общение с ребенком и материнство. Примером подобных обрядов является вышивание оберега для новорожденного. Эта традиция помогала матери установить связь с ребенком и начать заботиться о нем еще до рождения; позволяла в творческой, символической форме дать ему защиту и предопределить счастливую судьбу, что в свою очередь делало гармоничнее и позитивнее состояние самой женщины»[2]. Действительно, изготовление куклы – оберега несет в себе поистине сакральное значение, мать уже заботиться о своем ребенке, пытается уберечь его влияния негативных сил. Шитье кукол – оберегов помимо символического значения действия, вело к снижению общей тревожности женщины, помогало ей установить эмоциональную связь с будущим ребенком, то есть налицо терапевтический эффект данной ветки

изотерапии. Кроме того, такая трогательная забота свидетельствует о формировании материнской любви и ответственности у женщины.

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром.

Функции сказок разнообразны. «Тексты сказок вызывают интенсивный эмоциональный резонанс, как у детей, так и у взрослых. Образы сказок обращаются одновременно к двум психическим уровням – к уровню сознания и подсознания, что создает особые возможности при коммуникации» [12].

«Концепция сказкотерапии основана на идее ценности метафоры как носителя информации:

- о жизненно важных явлениях;
- о жизненных ценностях;
- о внутреннем мире автора (как в случае авторской сказки)»[15].

Сказки, по мнению М.В. Киселевой формируют «нравственного иммунитета» человека»[15]. «Нравственный иммунитет» – способность человека к противостоянию негативным воздействиям духовного, ментального и эмоционального характера, исходящим из социума»[15].

Сказки помогают человеку, как ребенку, так и взрослому, вернуться в гармоничное состояние единения с существующим миром, учат позитивному его восприятию. «Они дают возможность мечтать, активизируют творческий потенциал, передают знания о мире и человеческих взаимоотношениях» [15].

Исходя из вышеприведённых функции, можно отметить, что данное направление арт-терапии как нельзя лучше подходит в работе с беременными, которые не только осваивают в процессе беременности роль Матери, но и погружаются в мир собственного «внутреннего» ребенка. Иносказательный язык сказок помогает выявить и проработать ряд внутриличностных проблем, в том числе, связанных со своим детством,

отношениями с собственными родителями, что дает энергию для формирования гармоничных отношений с будущим ребенком.

Использование арт-терапевтических методов в работе с беременными безопасно и эффективно, поскольку решает главную с нашей точки зрения проблему женщин в период ожидания ребенка – дает им возможность выразить чувства и снять сенсорный голод обусловленный данным состоянием. Значительный потенциал несет в себе и сама арт-терапевтическая группа, поскольку помимо коммуникации происходит осознание схожести переживаний участников группы. Сама по себе изобразительная деятельность обеспечивает эмоциональное отреагирование, а благодаря рефлексии и обсуждению рисунков, активизируется эмпатический потенциал группы и выявляется сходство переживаний участников и волнующих их тем. Психологические особенности беременных женщин дают основание полагать, что использование арт-терапии в психокоррекционной работе с данной группой женщин может быть особенно полезно.

1.3 Особенности психопрофилактической работы психолога в структуре женской консультации

Несмотря на активное использование термина психологическая коррекция, на сегодняшний день не сложился единый методологический подход к определению данного понятия. Ряд авторов считают, что понятие «психокоррекции» идентично понятию «психотерапии» и практически отождествляют данные понятия [28]. Ю.А. Алешина считает, что различие в данных понятиях связано со сложившимся в нашей стране мнением, что психотерапию должен оказывать только врач, то есть специалист с медицинским образованием, а не психолог. Психолог может оказывать только психокоррекцию. Хотя методы оказания данных видов помощи практически идентичны и входят в практический инструментарий, как врачей

психотерапевтов, так и практикующих психологов. За рубежом термин «психотерапия» используется по отношению к методам работы, как врачей психотерапевтов, так и профессиональных психологов. По мнению Р.С. Немова, «психотерапия – это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний. Психокоррекция – совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека»[25].

А.А. Осипова считает, что «психокоррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. Психокоррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются»[25].

Другие авторы относят психокоррекцию к области психопрофилактики и рассматривают данное понятие как «коррекционно-развивающую деятельность»[37]. В этой связи необходимо более подробно рассмотреть само понятие психопрофилактики.

Для начала обратимся к Большой Медицинской Энциклопедии, которая трактует психопрофилактику как «отрасль психиатрии, занимающаяся разработкой и внедрением в практику мер по предупреждению психических болезней, переходу их в хроническую форму, а также по реабилитации психически больных»[6]. «Психопрофилактика тесно связана с психогигиеной. Эти понятия можно разграничивать только условно, так как сохранение и укрепление психического здоровья невозможно без предупреждения психических болезней. Психогигиена в отличие от психологической профилактики имеет главную цель — сохранение, укрепление и улучшение здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа

жизни. Психопрофилактика — деятельность, цель которой предупреждение психических расстройств»[6].

Н.Д. Лакосина и Г.К. Ушаков (1984) в своем совместном учебном пособии по медицинской психологии рассматривают психопрофилактику как «раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний» [21] и описывают все три вида психопрофилактики. Под психопрофилактикой, по их мнению, «принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней. Это первичная профилактика, которая включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, раннее выявление пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития» [21].

«Вторичная профилактика - это система мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания» [21]. Выделяют они и дают определение еще одного вида - третичную профилактику.

«Третичная профилактика - система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение лечебной и педагогической коррекции и систематическое использование мер реадaptации» [21].

Г.И. Колесникова характеризует данное понятие с позиции психологии здоровья: «психопрофилактика – область медицинской психологии, основная задача которой заключается в предоставлении «специализированной помощи практически здоровым людям для предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также для облегчения острых

психотравматических реакций» [17]. Она выделяет несколько уровней психопрофилактики, каждому из которых соответствуют свои цели и методы. Так, на первичном уровне психологической профилактики, целью является предупреждение возникновения психоэмоциональных расстройств. Методами психологической профилактики здесь будет являться в основном информирование населения (статьи, брошюры, видеоролики, выступления специалистов по радио и телевидению.), то есть на данном этапе психологической профилактики основным методом воздействия, по сути, является психологическое просвещение. По мнению Л.В. Чупрова «психологическое просвещение – основной способ и одновременно одна из активных форм реализации задач психопрофилактической работы в деятельности практического психолога независимо от того, в какой из систем (образование, здравоохранение, промышленность, правоохранительные органы) он работает» [38].

«На вторичном уровне целью психологической профилактики является предупреждение неблагоприятной динамики уже имеющихся расстройств, методом массового обследования населения и для выявления «групп риска» и профилактической работы с ними. На третичном уровне целью психологической профилактики является предупреждение рецидивов нервно-психических и психосоматических заболеваний методами психологической поддержки («телефоны доверия», консультативные центры)» [17].

Таким образом, целью психологической профилактики первичной, вторичной, третичной является предупреждение возникновения психоэмоциональных расстройств у изначально здоровых людей либо предупреждение развития данных расстройств в ситуации, когда они уже выявлены.

Интересен подход И.В. Дубровиной, В.Э. Пахальяна, Т.Г. Харитоновой, которые рассматривают психологическую профилактику как специальный, системообразующий вид деятельности.

Т.Г. Харитоновна рассматривает психологическую профилактику «с одной стороны, как самостоятельный, интегрирующий вид деятельности практического психолога, нацеленный на предупреждение, предотвращение и преодоление проблем в психологическом здоровье личности; с другой – смыслообразующий компонент всей его деятельности, заключающийся в обеспечении условий гармоничного развития личности на основе ее способности к саморегуляции и потребности в самоактуализации» [37].

Поэтому «психопрофилактика, как интегрирующий вид деятельности», по мнению данного автора, «включает в себя психодиагностику, просвещение, консультативную и коррекционно-развивающую работу» [37].

Психопрофилактическая работа перинатального психолога женской консультации также включает в себя мероприятия первичной и вторичной психопрофилактики. По мнению И.В. Добрякова, психотерапевт и перинатальный психолог «должны координировать психопрофилактическую работу с беременными женщинами в женской консультации» [10]. Данная работа может включать такие направления деятельности психолога и психотерапевта как:

- дородовая подготовка беременных женщин, в том числе через групповые программы психологического просвещения и коррекционно-развивающую деятельность;
- психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных «групп риска» по нервно-психическим расстройствам.

В соответствии с Приказом Минтруда России и Минздрава России № 69н/95н от 17 февраля 2020 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности» оказание услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам осуществляется в кабинетах медико-социальной и правовой помощи, входящих в структуру женских консультаций.

«Психологическая помощь оказывается женщинам медицинским психологом или психологом, имеющим высшее профессиональное образование по специальностям «медицинская психология», «клиническая психология» или «психолог» (далее – специалист, оказывающий психологическую помощь). К основным видам деятельности специалиста, оказывающего психологическую помощь, относится психологическое консультирование, психологическая диагностика, психологическая коррекция и профилактика»[30] .

Таким образом, психологическая коррекция, как один из видов психологической помощи, наряду с психологическим консультированием и психологической профилактикой может и должна использоваться в работе перинатального психолога в структуре женской консультации. Данный вид психологической помощи, прекрасно подходит для работы с негативными эмоциональными состояниями и проявлениями, возникающими у женщин в ходе беременности.

Беременная женщина как раз и является категорией психически здоровых людей, зачастую имеющих эмоциональные или поведенческие нарушения не связанные со стойким поражением психики, а связанные с адаптацией к новому для них психофизиологическому состоянию, которым и является беременность.

Выделяют различные виды психологической коррекции их можно условно классифицировать:

- по существующим направлениям в психотерапии;
- по количеству участвующих клиентов и по характеру взаимоотношений между ними:
 - индивидуальную;
 - семейную;
 - групповую

Все эти виды могут использоваться для оказания психологической помощи беременным женщинам, в зависимости от наличия психологических проблем и особенностей психоэмоционального состояния женщины.

При работе с беременными большинство авторов выделяют эффективность применения групповой формы работы, поскольку коррекционное воздействие усиливается наличием межличностной коммуникации, возможностью осознать общность проблем, эмоциональных проявлений и конечно целей: благополучные роды и рождение здорового ребенка.

Таким образом, психологическая коррекция, рассматриваемая как «направленное психологической воздействие, которое реализуется в различных областях и использует психологические методы» [20] может применяться в работе перинатального психолога в структуре женской консультации.

Выводы по первой главе

Беременность является психологическим и социальным кризисом в жизни женщины, обусловленным физиологической перестройкой ее организма, личностными изменениями, освоением новой социальной роли – роли Матери. В этот период женщина может испытывать ряд негативных эмоциональных состояний и реакций: повышение уровня тревожности, фрустрация, страхи, тоска, подавленность, депрессия. Часто отмечается повышенная импульсивность, эмоциональная лабильность, снижения уровня активности, ухудшение общего самочувствия. Особенно часто негативные эмоциональные состояния проявляются в 1 и 3 триместре беременности. Маркером эмоционального состояния женщины является уровень реактивной тревожности. При повышении уровня реактивной тревожности возникают эмоциональное напряжение, истощение психологических функций, а как следствие ухудшение физиологического состояния женщины, которое несет

риск развития осложнений в родах и послеродовом периоде, негативно влияет на здоровье будущего ребенка.

Методы арт-терапии, такие как изо-терапия, музыкотерапия, куклотерапия, сказкотерапия традиционны для русской культуры, безопасны и эффективны и могут применяться в психокоррекционной и психопрофилактической работе с беременными.

Использование арт-терапевтических методов в работе с беременными обеспечивает эмоциональное отреагирование женщин, дает им возможность выразить чувства. Арт-терапевтические методы могут применяться, как в индивидуальной, так и в групповой психокоррекционной работе с беременными женщинами, в ходе последней, помимо внутригрупповой коммуникации происходит осознание схожести эмоциональных переживаний участников группы, их совместная рефлексия, проработка имеющихся эмоциональных проблем и состояний.

Рассматривая психологическую коррекцию, как один из видов психологической помощи, используемый психологом «для исправления недостатков психологии или поведения психически здорового человека»[25] посредством применения ряда психологических методов, можно сделать вывод, что именно данный вид психологической помощи, как нельзя лучше подходит для работы перинатального психолога. Поскольку является «интегрирующим видом деятельности» и обязательно включает в себя диагностический, консультативный и собственно коррекционно-развивающий этапы работы.

2 Исследование влияния арт-терапевтических методов на эмоциональное состояние женщин в период беременности

2.1 Организация и методы исследования

Состояние беременности несет ряд изменений в эмоциональной, личностной, социальной сторонах жизнедеятельности женщин. Чтобы выяснить насколько эффективным является применение арт-терапии для психокоррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин, нами было проведено экспериментальное психологическое исследование.

Исследование проводилось в четыре этапа:

- подготовительный – определение целей и задач исследования; проведение теоретического анализа эмоциональных состояний женщины в период беременности; определение методов психотерапии, которые могли бы безопасно и эффективно использоваться при осуществлении психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин;
- психодиагностический – отбор психодиагностических методик и их проведение;
- экспериментальный – разработка психокоррекционной программы дородовой подготовки с использованием арт-терапевтических методов и ее осуществление с беременными женщинами;
- .аналитико-обобщающий – повторная психодиагностика, анализ и интерпретация результатов, статистическая обработка данных эксперимента.

Психологическое исследование проводилось на базе женской консультации Государственного учреждения здравоохранения «Петровская районная больница» г. Петровска, Саратовской области. В исследовании

участвовали беременные женщины в возрасте от 18 до 36 лет со сроком гестации от 18 до 34 недель беременности.

Целью исследования являлось выявление возможности использования арт-терапевтических методов в психологической профилактике негативных эмоциональных состояний беременных женщин.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

- на основе анализа теоретической и практической базы по теме психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин определить методы исследования;
- сформировать группу исследования;
- выявить и проанализировать негативные эмоциональные состояния, возникающие у женщин в период беременности, а также определить методы арт-терапии, позволяющие своевременно предупредить и скорректировать данные состояния;
- систематизировать полученные результаты исследования.

На подготовительном этапе исследования был проведен теоретический анализ литературы по проблеме психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин в классических и современных, отечественных и зарубежных источниках, а также проведен анализ востребованности психологической коррекции и профилактики в структуре психологической помощи, оказываемой перинатальными психологами в структуре женской консультации.

На основе имеющейся теоретической и практической базы были определены методики сбора и анализа необходимых данных. Выводы теоретического анализа представлены в конце первой главы данной работы.

На следующем этапе была выбрана медицинская организация – Государственное учреждение здравоохранения «Петровская районная больница». В организацию были представлены сведения о цели проводимого

исследования. Были получено согласие главного врача на проведение данного исследования, подготовлены анкеты для опроса беременных.

В исследовании приняли участие беременные женщины, численность которых составила 50 человек, по 25 человек в экспериментальной и контрольной группе соответственно.

Выборка женщин являлась рандомной. К исследованию привлекались женщины, состоящие на диспансерном учете по беременности в женской консультации Государственного учреждения здравоохранения «Петровская районная больница», которые находились по срокам гестации во втором и третьем триместре беременности.

Женщины, принявшие участие в исследовании находились на гестационном сроке беременности от 18 до 34 недель. Их возраст составил от 18 до 36 лет.

Кроме того, учитывалась возможность участия женщин в групповой работе (женщины, имеющие психические заболевания, участия в групповой работе не принимали).

Контрольная и экспериментальная группа формировались равномерно. Количество женщин со сроком гестации, соответствующим второму триместру беременности (14-27 недель беременности) составили 64% (14 женщин) и 68% (15 женщин), третьему триместру беременности (28-40 недель беременности) 36% (9 женщин) и 32% (8 женщин) от общего количества женщин экспериментальной и контрольной группы соответственно.

Кроме того, при формировании экспериментальной и контрольной группы учитывался фактор «желанности» беременности. Так в экспериментальную и контрольную группу были включены женщины, которые изначально не планировали беременность и сохранили ее. Их количество составило 16% (4 женщины) и 12% (3 женщины) от численности экспериментальной и контрольной групп.

Перед началом группой работы с каждой беременной женщиной проводилось индивидуальное психологическое консультирование, в ходе которого проходило знакомство, предоставление информации о целях исследования, бралось согласие на участие в исследовании, проводилась психологическая диагностика с помощью следующих психологических методик:

- анкета – опросник для беременных женщин, направленная на сбор информации, как о социальном статусе беременной, так и об эмоциональных переживаниях, обусловленных самим состоянием беременности. (Приложение А);
- «Тест тревожности Ч.Д. Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина» (1978);
- методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков, 2003), позволяющая определить тип психологического компонента гестационной доминанты;
- проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2004г.);
- «Методика диагностики самооценки психических состояний» (по Г. Айзенку);
- «Опросник САН: самочувствие, активность, настроение» (В. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников);

Выбор данных методик был связан с тем, что они достаточно лаконичны и просты в использовании, а также позволяют исследовать актуальные эмоциональные состояния беременных женщин непосредственно в данный период. М.А. Коргожа выделяет следующие особенности психодиагностики беременных: «специализированных методов изучения психоэмоциональных нарушений у женщин во время беременности и после родов крайне мало. Важным критерием применимости диагностических методов в практике перинатального психолога также является лаконичность и однозначность. Так в силу объективных особенностей психофизического состояния беременных женщин объемные и перегруженные вопросами

методики неудобны в использовании и в конечном итоге могут быть непоказательными» [19].

Для обоснования выбора представленных выше методик рассмотрим их более содержательно.

Анкета – опросник для беременных женщин служит необходимым инструментом для сбора информации, как о социальном статусе беременных (возраст, семейное положение, количество детей, материальное положение, наличие трудоустройства), так и об эмоциональном состоянии, обусловленном самой беременностью (срок гестации, «желанность» беременности, преобладание эмоций, связанные с данным состоянием, самооценка общего самочувствия во время беременности).

Тест тревожности Ч.Д. Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина. Данная методика, предложенная Ч.Д. Спилбергом на выявление личностной и ситуативной тревожности и адаптированная на русском языке Ю.Л. Ханиным, более 40 лет используется психологами, поскольку позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние.

Тест Ч.Д. Спилберга состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как личностной особенности.

Тестирование может проводиться как индивидуально, так и в группе.

«При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной)» [16].

Методика «Тест отношений беременной», разработанная И.В. Добряковым на основе концепции «гестационной доминанты», предложенной И.А. Аршавским. Понятие «гестационной доминанты» наиболее удачно отражает особенности протекания физиологических и

нервно-психических процессов в организме беременной женщины. «Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы» [39].

И.В. Добряков выделяет «пять типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД):

- .оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги, относящихся к своей беременности»;
- .гипогестогнозический тип ПКГД или игнорирующий тип нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Беременность у них часто незапланированная и застает врасплох. Эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них «не хватает времени» встать на учет в женскую консультацию, посещать врачей, выполнять их назначения;
- эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность у них становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально;
- .тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую

она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Большинство беременных женщин с этим типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта;

– депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции»[39].

«Тип ПКГД отражает, прежде всего, личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений. Тест отношений беременной содержит три блока утверждений, отражающих:

- Отношение женщины к себе беременной
- Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя»
- Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих

В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию. Если в результате тестирования набрано 7–9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, считается определяющим»[39]

Методика проективного рисунка на тему «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой описывает четыре симптомокомплекса, характеризующиеся проявлением в рисунке «Я и мой ребенок» переживания женщиной беременности и ситуации материнства. Данная методика позволяет оценить эмоциональное состояние беременной женщины, выявить уровень принятия материнства. Г.Г. Филиппова выделяет:

«Благоприятную ситуацию. Наличие себя и ребенка на рисунке, отсутствие их замен; соразмерность фигур; дополнительные предметы и

детали одежды, не составляющие главную часть рисунка; наличие совместной деятельности матери и ребенка, наличие телесного контакта; ребенок не спрятан (в коляске, кроватке, животе матери) и не изолирован (ребенок, завернутый в пеленки с прорисованным лицом – нормальный признак); прорисовка лица ребенка; изображение всех фигур лицом к зрителю; приближение возраста ребенка к младенческому прогрессивно с первого к третьему триместру, после родов – ребенок в нормальном возрасте.

Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности. Наличие себя и ребенка на рисунке, отсутствие их замен; несоразмерная фигура ребенка, наличие других людей; большое количество других предметов, их неадекватные размеры; нахождение ребенка в коляске или в другом подвижном объекте, при этом наличие контакта (мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок); фигура и лицо ребенка прорисованы; все фигуры лицом к зрителю или в профиль; совместная деятельность может отсутствовать; возраст ребенка в пределах раннего, к концу родов приближается к младенческому, после родов – ребенок в настоящем возрасте.

Тревога и неуверенность в себе. Наличие себя и ребенка на рисунке, без их замен; несоразмерная фигура ребенка; большое количество дополнительных объектов; тщательная прорисовка деталей; недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка; схематизация; отсутствие совместной деятельности; контакт с ребенком по типу 1 и 2, или наличие формального контакта без телесного прикосновения; наличие на рисунке нескольких членов семьи, своей матери; большое количество дополнительных предметов, их неадекватно большие размеры; возраст ребенка дошкольный, к концу беременности приближается к раннему и младенческому, после родов – ребенок в настоящем возрасте.

Конфликт с беременностью или ситуацией материнства. Отсутствие на рисунке себя и/или ребенка, замена образа ребенка и/или себя; отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком; «спрятанность» ребенка (в

пеленках, коляске, кроватке, животе матери); изоляция ребенка (в коляске, кроватке, на коврике, на качелях и т.п.); большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка; фигуры, изображенные со спины; отсутствие у фигур лица, реже – тела; большое количество дополнительных предметов, их неадекватно большие размеры; возраст ребенка дошкольный, реже – ранний, к концу беременности не снижается, или даже увеличивается, после родов – ребенок более старшего, реже – младшего возраста, чем в настоящем»[35].

Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» «позволяет определить уровни таких психических свойств личности, как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность»[31]. Тест состоит из 40 высказываний, сгруппированных в четыре блока. Каждый из блоков соответствует одному из четырех определяемых психических состояний (тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности).

Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым и предназначен для оперативной оценки психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования. В опроснике представлено тридцать пар противоположных характеристик. По этим вопросам испытуемый должен оценить, насколько хорошо себя чувствует в момент прохождения теста. Каждая пара – это шкала, где нужно отметить степень выраженности определенной характеристики своего состояния. Положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие. По этим «приведенным» баллам и рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению. Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже 4 – о неблагоприятном состоянии. Нормальные оценки состояния располагаются в диапазоне 5,0–5,5 баллов.

Следующим этапом исследования была обработка полученных результатов. Анализ полученных данных позволил выявить наличие негативных эмоциональных состояний у 32-36 % беременных женщин как экспериментальной, так и контрольной группы. После проведения анализа была разработана и предложена программа психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин методами арт-терапии «Радость Материнства». По окончании проведения программы «Радость материнства» с женщинами экспериментальной группы была проведена повторная (заключительная) диагностика с использованием описанных выше методов.

С беременными женщинами контрольной группы, в ходе занятий по психопрофилактической подготовке к родам «Подготовленные роды» или вторичного индивидуального консультирования (часть женщин контрольной группы не посещала занятия по психопрофилактической подготовке к родам) также была проведена заключительная диагностика с использованием описанных выше методик. В блок заключительной диагностики не вошла только анкета-опросник беременных женщин (Приложение А).

2.2 Результаты эмпирического исследования эмоционального состояния беременных женщин

В ходе анализа данных методики Ч.Д. Спилберга было выявлено, что 9 женщин экспериментальной и 8 женщин из контрольной группы, составившие соответственно 36% и 32% от численности групп, имеют высокий уровень ситуационной тревожности – таблица 1.

Средний уровень тревожности наблюдается у 10 и 9 женщин (40% и 36%) экспериментальной и контрольной групп соответственно.

Таблица 1 – Первичная диагностика уровня тревожности в экспериментальной и контрольной группах (тест тревожности Ч.Д. Спилберга)

Уровень тревожности	Экспериментальная группа Абсолютный показатель	% от общего числа группы	Контрольная группа Абсолютный. показатель	% от общего числа группы
высокий	9	36%	8	32%
средний	10	40%	9	36%
низкий	6	24%	8	32%

Таким образом, несмотря на то, что 84% от численности женщин в обеих группах находится на во 2 и начале 3 триместра беременности, когда происходит адаптации к данному состоянию и показатели тревожности снижаются, мы, напротив, наблюдаем у 72% женщин высокие и средние показатели тревожности, что отображено на рисунке 1.

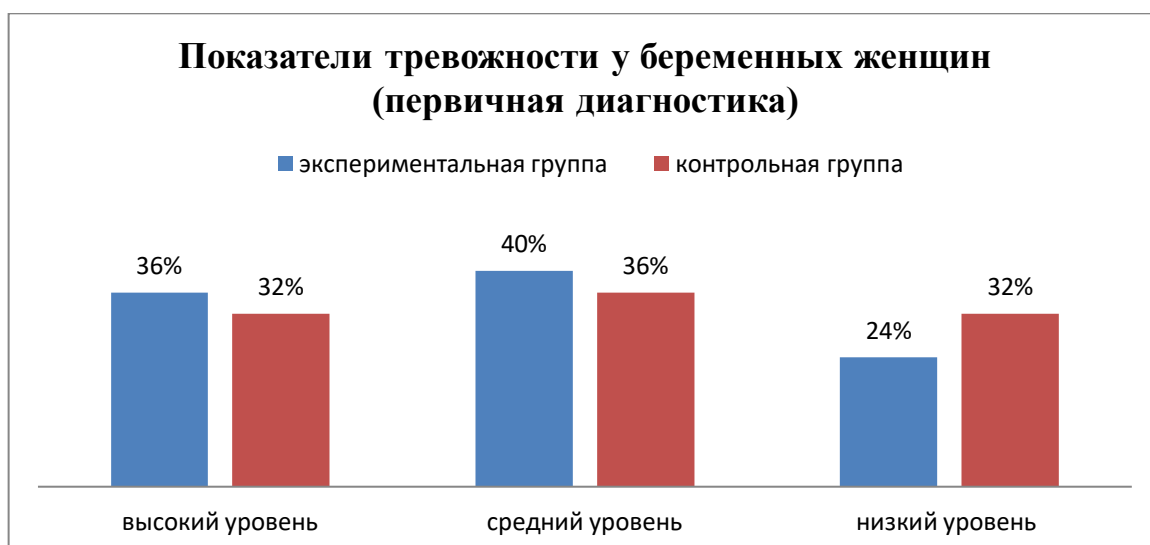


Рисунок 1 – Сравнительная характеристика уровня ситуационной тревожности беременных женщин экспериментальной и контрольной групп (первичная диагностика)

Причем, разброс показателей тревожности в экспериментальной и контрольной группе минимальный – 4 – 8% по каждому из уровней тревожности, при том, что выборка была рандомной, и при формировании групп данный показатель не учитывался. Соответственно, можно отметить

некоторое противоречие с полученными теоритическими данными, поскольку, большинство исследователей считают, что во 2 триместре беременности показатели реактивной тревожности при благоприятной адаптации снижаются. Возможно, на адаптацию беременных повлияли социально-психологические факторы, связанные с социально-политической ситуацией в России в связи с проведением СВО. Результаты диагностики тревожности по методике Ч.Д. Спилберга подтверждаются диагностикой типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), тревожный тип которой также составил от 28 до 32 % в обеих группах – таблица 2.

Таблица 2 – Тип ПКГД по И.В. Добрякову в экспериментальной и контрольной группах (первичная диагностика)

Тип ПКГД	Экспериментальная группа Абсолютный показатель	% от общего числа группы	Контрольная группа Абсолютный показатель	% от общего числа группы
Оптимальный	6	24%	8	32%
Тревожный	8	32%	7	28%
Эйфорический	2	8%	3	12%
Гипогестогнозический(игнорирующий)	7	28%	6	24%
Депрессивный	2	8%	1	4%

Из приведенной выше таблицы видно, что только 24% женщин экспериментальной и 32% контрольной группы имеют оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), остальные женщины имеют нарушения в эмоциональном состоянии, что наглядно отображено на рисунке 2.

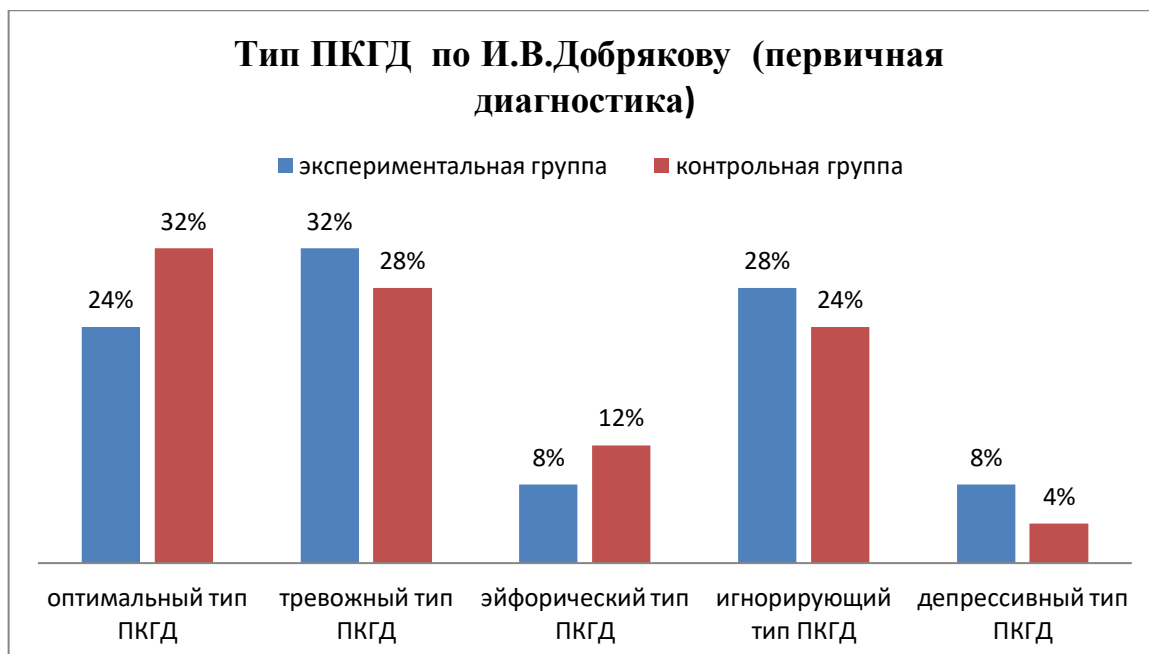


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика типа ПКГД беременных женщин экспериментальной и контрольной групп (первичная диагностика)

Особенную настороженность вызывают женщины с депрессивным типом психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) соответственно 8% и 4% в экспериментальной и контрольной группах соответственно, которые нуждаются в психологической коррекции.

При анализе проективной методики рисунок на тему «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой выявилось, что ситуация тревоги и неуверенности в себе присутствует также у 30-36 % женщин в обеих группах, благоприятная ситуация, соответствующая оптимальному типу психологического компонента гестационной доминанты, наблюдается у 24% и 32% женщин экспериментальной и контрольной группы соответственно – таблица 3.

Таблица 3 – Первичная диагностика беременных женщин с использованием проективной методика «Я и мой ребенок»

Ситуация беременности	Экспериментальная группа. Абсолютный показатель	% от общего числа группы	Контрольная группа. Абсолютный показатель	% от общего числа группы
Благоприятная ситуация	6	24%	8	32%
Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности.	5	20%	7	28%
Тревога и неуверенность в себе.	9	36%	7	28%
Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.	4	16%	3	12%

Методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) выявляет высокие показатели тревожности у 36% беременных экспериментальной и 32% контрольной. Также для данных женщин характерны такие эмоциональные состояния, как фрустрация, проявление агрессивности, ригидности, которые свидетельствует о нарушении адаптации женщин к состоянию беременности, низкий уровень готовности к состоянию материнства – таблица 4.

Таблица 4 – Первичная диагностики самооценки психических состояний по Г. Айзенку

Название шкалы	Уровень выраженности эмоциональных проявлений (экспериментальная группа)			Уровень выраженности эмоциональных проявлений (контрольная группа)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Тревожность	36%	40%	24%	32%	36%	32%
Фрустрация	32%	44%	24%	28%	44%	28%
Агрессивность	32%	48%	20%	32%	40%	28%
Ригидность	32%	40%	28%	28%	48%	24%

Кроме того, анализ данных, полученных в ходе диагностики методикой САН: самочувствие, активность, настроение (В. Доскин, Н.А. Лаврентьева,

В.Б. Шарай и М.П. Мирошников) также выявляет у 32-44 % беременных женщин сниженный уровень настроения, снижение общего самочувствия, активности, что наглядно представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Первичная диагностика самочувствия, активности, настроения методикой САН (В. Доскин)

Название шкалы	Экспериментальная группа						Контрольная группа					
	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень		Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
Самочувствие	6	24%	10	40%	9	45%	7	28%	9	36%	9	36%
Активность	3	21%	11	44%	11	44%	3	12%	10	40%	12	48%
Настроение	7	28%	8	32%	10	40%	7	28%	9	36%	9	36%

Таким образом, первичная диагностика беременных женщин экспериментальной и контрольной группы показала, что 32-36 % женщин в обеих группах имеют проявления негативных эмоциональных состояний, такие как высокий уровень тревожности, фрустрации, ригидности, сниженный фон настроения, самочувствия и активности и нуждаются в психологическом сопровождении и психологической профилактике. Несмотря на то, что выборка женщин была случайной, показатели тревожности, а, по мнению И.В. Добрякова, тревожность – это ведущий показатель при определении эмоционального состояния беременных, не имеют значительных различий, что отражено на рисунке 3:



Рисунок 3 – Сравнительная характеристика эмоционального состояния беременных женщин экспериментальной и контрольной групп (первичная диагностика)

Так же можно отметить, что 24% и 32 % женщин в обеих группах имеют оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), низкий уровень тревожности, нормальный фон настроения, отмечают хорошее самочувствие.

Необходимо учесть, что первичная диагностика проводилась во втором триместре беременности, когда, по мнению И.В. Добрякова [10], Н.В. Боровиковой [5] женщины частично уже адаптировались к состоянию беременности. Тревога у беременных женщин обычно нарастает в третьем триместре беременности, ближе к 32-36 недели беременности, поэтому у женщин с высоким и средним значением реактивной тревожности во втором триместре, в третьем триместре беременности может измениться до более высокого уровня. Данные женщины, так же как и женщины с высоким

уровнем тревожностями и другими эмоциональными нарушениями, описанными выше, нуждаются в психологической коррекции.

Поэтому была разработана психокоррекционная программа групповых занятий с психологом «Радость материнства» с использованием арт-терапевтических техник, направленных на профилактику и коррекцию негативных эмоциональных состояний у беременных женщин.

Вариант программы групповой психокоррекционной работы с беременными женщинами «Радость материнства», в процессе которого активно применялись арт-терапевтические методики, опробованный в ходе проведенного исследования подробно представлен в последующем разделе диссертации и может быть использован как в психокоррекционной так и в психопрофилактической работе психологов женской консультации.

2.3 Программа психологической коррекции негативных состояний беременных женщин методами арт-терапии

Беременность для любой женщины – это ситуация личностной трансформации, в процессе которой женщина может испытывать ряд негативных эмоциональных проявлений, таких как тревожность, страхи, снижение фона настроения, снижение активности, ухудшение общего самочувствия, амбивалентное отношение к будущему ребенку и к беременности в целом. Ряд женщин в данный период нуждаются в психологической помощи, которая может быть оказана психологом женской консультации в формате индивидуальной и групповой работы.

Однако, на сегодняшний день система психопрофилактической и психокоррекционной помощи не соответствует интересам и запросам беременных женщин. Большинство из них игнорируют посещение данных занятий, поскольку работа медицинского персонала сводится к беседам и чтению лекций о здоровом образе жизни, гигиене, физиологических изменениях женщины во время беременности и этапов родов. Данная

информация о течении беременности широко представлена в современном информационном пространстве. Существуют специальные приложения для беременных женщин для смартфона «Беременность», «Беременность по неделям», где наглядно предоставляется информация о развитии плода и физиологических изменениях женщины. На различных видеоканалах можно посмотреть фильмы и ролики данной направленности. Поэтому и отмечается низкий интерес к лектории в «школах материнства».

Разработанная и основанная на методах арт-терапии программа «Радость материнства», направлена, прежде всего, на творческое участие женщин в познании себя в состоянии беременности.

Безусловно, в процессе реализации программы женщины получают всю необходимую информацию о течении беременности и родов, но не в виде лектория, а в процессе эмоционального отреагирования, обсуждения собственных эмоциональных проявлений, связанных с будущим материнством. Они сами являются субъектами творческой и познавательной деятельности.

Программа групповых арт-терапевтических занятий с беременными женщинами «Радость материнства».

Нормативно-правовые основы:

– программа «Радость материнства» разработана в соответствии с приказами МЗ РФ:

– Приказ Министерства здравоохранения РФ N 1130н от 20 октября 2020 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» [29]:

– приложение N 1. Правила организации деятельности женской консультации;

– Приложение N 3. Стандарт оснащения женской консультации;

– Приложение N 47. Правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

– Приказ Минтруда России и Минздрава России № 69н/95н от 17 февраля 2020 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в период беременности» [30].

Программа «Радость материнства» утверждена главным врачом ГУЗ СО «Петровская РБ».

Организационные основы:

Программа психологической помощи «Радость материнства» представляет собой психокоррекционную программу по работе с беременными женщинами, имеющими негативные эмоциональные проявления.

Данная программа рассчитана для работы с беременными женщинами с 18 по 36 неделю беременности. (II и III триместр беременности), поскольку именно с 18-20 недель у беременной женщины возникают первые шевеления плода, ощущается непосредственный контакт с ребенком. С этого момента женщина начинает испытывать интерес к «ситуации беременности».

Программа рассчитана на проведение работы с женщинами 1 раз в неделю течение 2,5 месяцев.

Цель программы – гармонизация эмоционального состояния будущей мамы посредством арт-терапии.

Целевая группа: беременные женщины. Состав группы 5– 8 человек.

Программа включает 10 занятий по 60 мин. – один раз в неделю.

Ожидаемые результаты. Программа обеспечит эффективное влияние на эмоциональное состояние беременных женщин, у которых понизится уровень реактивной тревожности, повысится фон настроения, общее самочувствие, активность, повысится психологическая готовность женщин к материнству, сформируется ответственное отношение к будущему ребенку,

Итог работы – изменение негативных проявлений эмоциональной сферы, положительное отношение к беременности, формирование

компетентности по вопросам здорового образа жизни и физиологии беременности и родов.

Перечень оборудования, необходимого для реализации программы:

- просторный кабинет с открывающимися окнами;
- удобные стулья, кушетки;
- ноутбук;
- телевизор;
- канцелярские принадлежности и др.:
- листы формата А4, карандаши цветные,
- акварельные краски, гуашь, кисти, пластилин;
- нитки, ткань для шитья кукол оберегов.

Оценка эффективности программы.

В качестве способа определения эффективности данной программы разработана процедура оценки, которая заключается в следующих шагах:

- оценка степени удовлетворенности различными аспектами содержания и формы проведения занятий;
- наличие отзывов и предложений;
- статистическая обработка психодиагностических данных.

Тематический план групповых занятий по программе «Радость материнства».

Содержание программы.

Программа состоит:

- из 10 групповых занятий включающих в себя арт-терапевтические методы и техники: изотерапия (работа с рисунком и лепка), куклотерапия (шитье куклы-оберега), музыкотерапия, элементы сказкотерапии;
- двух индивидуальных консультаций (первичной и заключительной).

Первичное индивидуальное консультирование предполагает знакомство с беременной женщиной, проведение беседы, анкетирования, проведение первичной диагностики с помощью тестовых методик:

- «Тест тревожности Ч.Д. Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина» (1978);
- методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков, 2003), позволяющая определить тип психологического компонента гестационной доминанты;
- проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2004г.);
- «Методика диагностики самооценки психических состояний» (по Г. Айзенку);
- «Опросник САН: самочувствие, активность, настроение» (В. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников);

Заключительное психологическое консультирование определяет готовность беременной к материнству, дает обратную связь по вопросам удовлетворенности групповыми занятиями.

Групповая работа.

Каждое занятие включало в себя следующую структуру:

- Вводная, информационная часть,(15минут);
- Творческая часть (выполнение одного арт-терапевтического упражнения) (20 минут);
- Обсуждение созданных арт-продуктов (15 мин);
- Завершающая часть занятия – рефлексия полученного опыта (10мин).

В начале занятия обсуждается эмоциональное состояние, настрой на работу, пожелания и просьбы. В конце занятия обсуждается впечатление от упражнений, чувств, которые они вызывают, пожелания на следующее занятие.

Тематика занятий, а также методическое и техническое обеспечение отражено в таблице 6.

Таблица 6 – Тематический план занятий групповых арт-терапевтических занятий по программе психологической коррекции негативных состояний беременных женщин «Радость материнства»

Номер занятия	Тема занятия	Методы и техники, использованные в работе. Техническое обеспечение.
1	Знакомство группы, проведение первичной диагностики	Обсуждение правил пребывания в группе, определение целей и задач групповой работы, разминки: «Что в имени моем»? «Времена года», «Комплименты». Свободный рисунок на тему «Мои эмоции». Техническое обеспечение: бумага, ручки, карандаши, краски.
2	Психофизиологические аспекты беременности	Просмотр видеоматериалов о течении беременности внутриутробном развитии малыша. Проективный рисунок «Я и мой ребенок», музыкотерапия «Звуки птиц». Техническое обеспечение: телевизор, бумага, ручки, карандаши, краски.
3	«Наши эмоции»	Свободный рисунок на тему «Эмоции». Музыкотерапия «шум волн» Техническое обеспечение: телевизор, бумага, ручки, карандаши, краски.
4	«Питание беременных женщин, причины изменения вкуса».	Просмотр видеоролика о питании беременных. Свободный рисунок на тему «Полезные вкусы». Техническое обеспечение: телевизор, бумага, ручки, карандаши, краски.
5	«Изготовление кукол оберегов»	Просмотр ролика об изготовлении кукол. Снятие тревожности через Изготовление куклы-оберега для себя и будущего ребенка. Техническое обеспечение: телевизор, ткань, нитки.

Продолжение таблицы 6

6	«Наши эмоции»	<p>Занятие с элементами сказкотерапии «В стране эльфов и Дюймовочки»</p> <p>Рисование сказочного цветка.</p> <p>Техническое обеспечение: бумага, ручки, карандаши, краски.</p>
7	В ожидании родов	<p>«Что мы знаем о родах?»</p> <p>Обсуждение, просмотр видеоролика о физиологическом течении родов.</p> <p>Рисунок на тему: «Страхи»</p> <p>Техническое обеспечение: телевизор, ткань, нитки,</p>
8	«Этапы родов»	<p>Просмотр видеофильма об этапах родов.</p> <p>Обучение технике мышечной релаксации.</p> <p>Музыка терапия «Шум моря».</p> <p>Создание «Мандалы» на обретение гармонии и успешные роды</p> <p>Техническое обеспечение: телевизор, бумага, ручки, карандаши, краски.</p>
9	Настрой на «Счастливые роды»	<p>Проективный рисунок «Я и мой ребенок»,</p> <p>Музыкотерапия «Шум волн».</p> <p>Техническое обеспечение: ноутбук бумага, ручки, карандаши, краски.</p>
10	«Осознание материнства»	<p>Свободный рисунок на тему «Я - Мама»,</p> <p>музыкотерапия «Шум моря»</p> <p>Заполнение психодиагностических методик на определение негативных эмоциональных состояний: тревожности Ч. Спилберга, «ТОБ» В.И. Добрякова, САН (В.А. Доскин),</p> <p>Методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку).</p> <p>Техническое обеспечение: телевизор, бумага, ручки, карандаши, краски, бланки методик.</p>

2.4 Результаты реализации программы психокоррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин с использованием арт-терапевтических методов

Женщины экспериментальной группы с интересом посещали групповые арт-терапевтические занятия по программе психологической коррекции негативных состояний беременных женщин «Радость материнства».

Женщины контрольной группы занятия не посещали, некоторые из них 32 % посещали от 1 до 3 занятий по психофизиопрофилактической подготовке к родам «Подготовленные роды», которые проводятся на основании Приложения №1 Приказа Минздрава России от 10.02.2003 г. № 50, где основной акцент сделан на психофизиологических проявлениях беременности, подготовку непосредственно к родам. По окончании реализации данных программ, была проведена вторичная психологическая диагностика психоэмоционального состояния беременных женщин в обеих группах с использованием первоначальных методов диагностики использовались методики:

- «Тест тревожности Ч.Д. Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина» (1978);
- методика “Тест отношений беременной” (И.В. Добряков, 2003), позволяющая определить тип психологического компонента гестационной доминанты;
- проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2004г.);
- «Методика диагностики самооценки психических состояний» (по Г. Айзенку);
- «Опросник САН: самочувствие, активность, настроение» (В. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников).

В ходе вторичной (заключительной) психологической диагностики было выявлено, что в экспериментальной подгруппе у 40% беременных

женщин уровень тревожности снизился, а высокие показатели остались лишь у 8 % беременных женщин. В таблице 7 можно наглядно отследить положительную динамику в эмоциональном состоянии женщин экспериментальной группы.

Таблица 7 – Первичная и заключительная диагностика женщин экспериментальной группы по тесту тревожности Ч. Д. Спилберга

Уровень тревожности	% от общего числа экспериментальной группы (первичная диагностика)	% от общего числа экспериментальной группы (заключительная диагностика)
высокий	36%	8%
средний	40%	28%
низкий	24%	64%

Анализ данных по оставшимся методикам подтвердил мнение И.В. Добрякова и В.Д. Менделевича, о том, что показатель тревожности является ведущим в оценке эмоционального состояния беременных.

Действительно у 40% женщин тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) изменился на оптимальный, что говорит о положительных изменениях в эмоциональной сфере. Изменения отображены в таблице 8.

Таблица 8 – Первичная и заключительная диагностика женщин экспериментальной группы, методика «ТОБ» И.В. Добрякова

Тип ПКГД	% от общего числа экспериментальной группы (первичная диагностика)	% от общего числа экспериментальной группы (заключительная диагностика)
оптимальный	24%	64%
тревожный	32%	12%
эйфорический	8%	8%
гипогестогнозический (игнорирующий)	28%	12%
депрессивный	8%	4%

Итак, мы видим, что результатом применения психокоррекционной программы «Радость Материнства» снизился процент женщин имеющих депрессивный, игнорирующий и тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Так, на рисунке 4 можно наглядно увидеть данные изменения в процентном отношении.

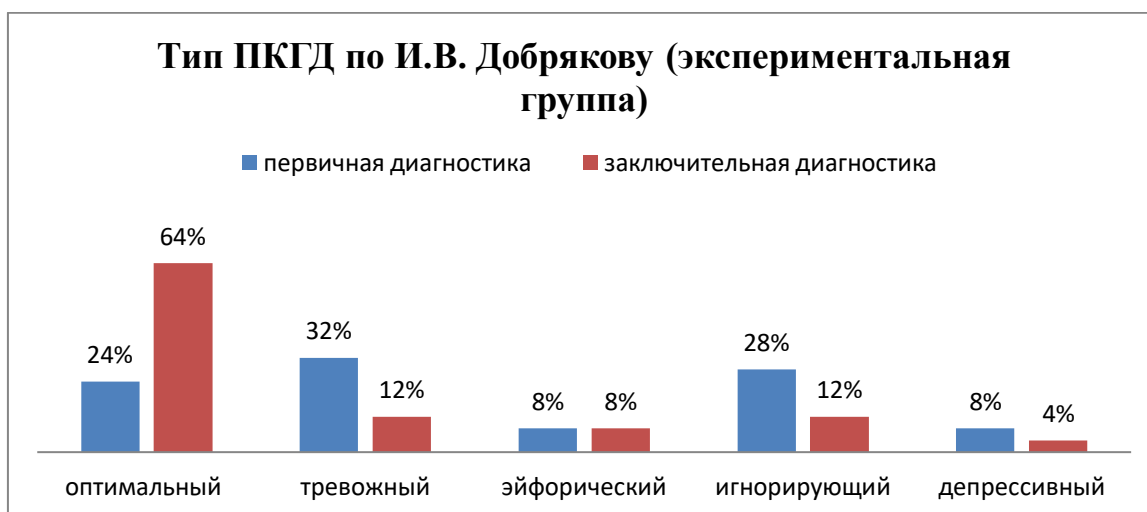


Рисунок 4 – Сравнительная характеристика результатов первичной и заключительной диагностики женщин экспериментальной группы по методике «ТОБ» И.В. Добрякова

Анализ методики «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филипповой) также указывает на изменение ситуации беременности у 40 % женщин на благоприятную, снижение количества женщин с конфликтным и тревожным стилем переживания беременности – таблица 9.

Таблица 9 – Первичная и заключительная диагностика женщин экспериментальной группы, проективная методика «Я и мой ребенок»

Ситуация беременности	% от общего числа экспериментальной группы (первичная диагностика)	% от общего числа экспериментальной группы (первичная диагностика)
Благоприятная ситуация	24%	64%
Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности.	20%	28%
Тревога и неуверенность в себе.	36%	4%
Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.	16%	4%

Так, только 1 женщина – 4% от численности группы на момент заключительной диагностики находилась в ситуации конфликта с беременностью. Данная женщина, изначально беременность не планировала, испытывает выраженные финансовые трудности, к занятиям относилась формально, у нее выявлен игнорирующий тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), что выяснилось в результате обработки анкеты – опросника.

При анализе результатов диагностики уровня тревожности, фрустрации агрессивности, ригидности можно отметить явную корреляцию данных, полученных в ходе анализа уровня тревожности по методике измерения тревожности Ч.Д. Спилберга и методике диагностики самооценки психических состояний по Г. Айзенку. Высокий уровень тревожности в обеих методиках отмечался соответственно у 36% беременных женщин при первичной диагностике и лишь у 8% при вторичной. Остальные негативные эмоциональные состояния у беременных женщин экспериментальной группы, такие как ригидность, фрустрация, агрессивность также изменились пропорционально, что наглядно отображено в таблице 10.

Таблица 10 – Первичная и заключительная диагностика женщин экспериментальной группы, методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку)

Название шкалы	Уровень выраженности эмоциональных проявлений (экспериментальная группа)			Уровень выраженности эмоциональных проявлений (контрольная группа)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Тревожность	36%	40%	24%	8%	28%	64%
Фрустрация	32%	44%	24%	12%	32%	56%
Агрессивность	32%	48%	20%	8%	28%	64%
Ригидность	32%	40%	28%	12%	32%	56%

При анализе методики САН, таблица 11, также можно отметить положительные изменения в самочувствии, активности, настроении более чем у 40 % беременных женщин, еще у 20% состояние незначительно, но улучшилось. При этом лишь у 4% от численности экспериментальной

группы, после посещения занятий по психокоррекционной программе «Радость материнства» негативные эмоциональные проявления в виде высокого уровня тревожности, снижения фона настроения, самочувствия, активности не изменились, остались на высоком уровне. У данной женщины, как выяснилось в ходе вторичного консультирования конфликтные внутрисемейные отношения с мужем, она переживает ситуацию расставания, ей были дополнительно рекомендованы индивидуальные занятия с психологом, консультация социального работника и юриста.

Таблица 11 – Первичная и заключительная диагностика экспериментальная группа. Опросник САН: самочувствие, активность, настроение (В. Доскин)

Название шкалы	Экспериментальная группа. (Первичная диагностика)			Экспериментальная группа. Заключительная диагностика		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Самочувствие	24%	40%	46%	64%	24%	12%
Активность	21%	44%	44%	54%	32%	12%
Настроение	28%	32%	40%	64%	32%	4%

При анализе эмоционального состояния женщин контрольной группы, таблица 12, можно отметить, что значительных изменений в эмоциональном состоянии женщин не произошло. Уровень тревожности у 32% женщин, остался по-прежнему высоким, кроме того у 8% женщин уровень тревожности повысился до средних и высоких значений.

Таблица 12 – Первичная и заключительная диагностика контрольной группы, тест тревожности Ч.Д Спилберга

Уровень тревожности	% от общего числа контрольной группы (первичная диагностика)	% от общего числа контрольной группы (заключительная диагностика)
высокий	32%	36%
средний	36%	44%
низкий	32%	20%

Показатели тревожности в контрольной группе при заключительной диагностике значительно отличаются от показателей тревожности в экспериментальной группе, что наглядно отображено на рисунке 5.



Рисунок 5 – Сравнительная характеристика уровня ситуационной тревожности беременных женщин экспериментальной и контрольной групп (первичная и заключительная диагностика)

Схожая динамика отмечалась и при анализе типа психологического компонента гестационной доминанты. Мы видим, что в контрольной группе увеличился процент женщин с тревожным типом ПКГД на 8 %, и на 4% увеличилось количество женщин с депрессивным ПКГД – таблица 13.

Таблица 13 – Первичная и заключительная диагностика контрольной группы, тест «ТОБ» И.В. Добряков

Тип ПКГД	% женщин от общего числа контрольной группы (первичная диагностика)	% женщин от общего числа контрольной группы (заключительная диагностика)
оптимальный	32%	28 %
тревожный	28%	36%
эйфорический	12%	8%
гипогестогнозический (игнорирующий)	24%	20%
депрессивный	4%	8%

В экспериментальной группе, напротив, на 40% увеличилось число беременных женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), а количество женщин с тревожным и игнорирующим типом ПКГД снизилось до 4 %. Сравнительные показатели по преобладающим типам ПКГД у беременных женщин экспериментальной и контрольной групп, полученные при заключительной диагностики, наглядно отражены на рисунке 6.

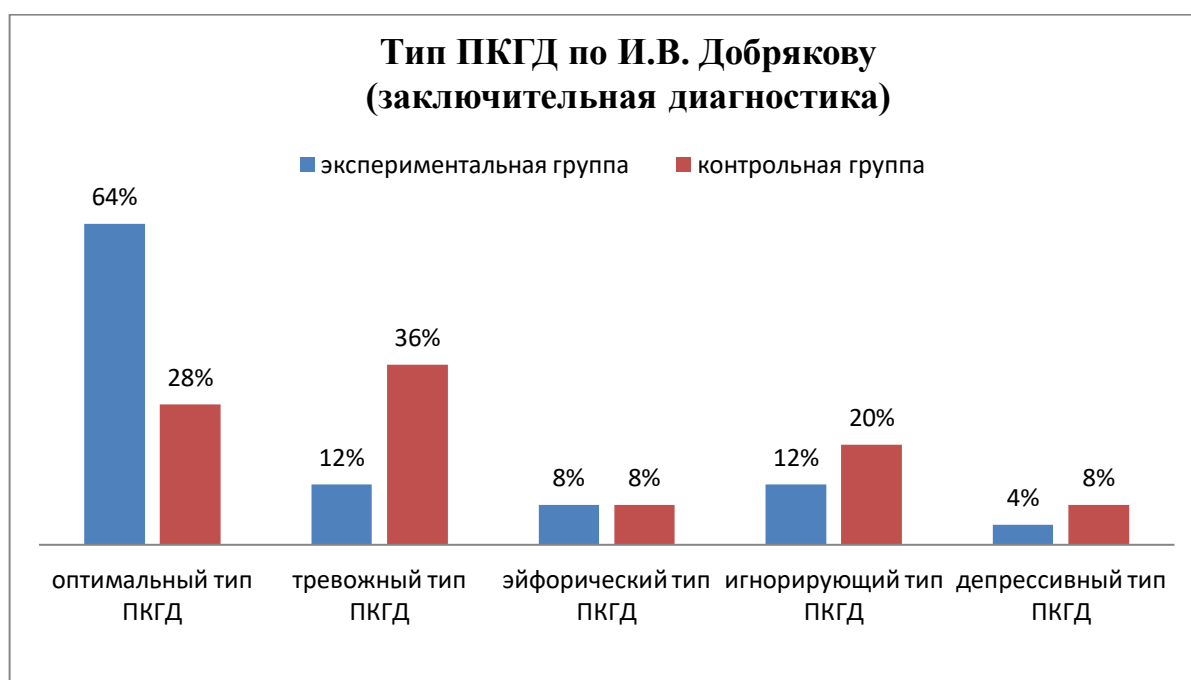


Рисунок 6 – Сравнительная характеристика беременных женщин экспериментальной и контрольной групп по типу психологического компонента гестационной доминанты (заключительная диагностика)

Данные, полученные при анализе типа психологического компонента гестационной доминанты по «Тесту отношений беременной» И.В. Добрякова подтверждаются анализом заключительной диагностики по методике «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филипповой). Мы также видим увеличение на 8% количества женщин, имеющих тревожный стиль переживания беременности, и на 4% процента повысилось количество женщин с отвергающим стилем материнства, что можно отметить из таблицы 14.

Таблица 14 – Первичная и Заключительная диагностика контрольной группы, проективная методика «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филипповой)

Ситуация беременности	% от общего числа контрольной группы (первичная диагностика)	% от общего числа контрольной группы (первичная диагностика)
Благоприятная ситуация	32%	28%
Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности.	28%	24%
Тревога и неуверенность в себе.	28%	32%
Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.	12%	16%

При анализе результатов первичной и заключительной диагностики уровня тревожности, фрустрации агрессивности, ригидности по методике диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка в таблице 15 наглядно видно отсутствие изменений в эмоциональном состоянии беременных женщин контрольной группы.

Таблица 15 – Первичная и заключительная диагностика контрольной группы, методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку)

Название шкалы	Уровень выраженности эмоциональных проявлений (первичная диагностика)			Уровень выраженности эмоциональных проявлений (заключительная диагностика)		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
Тревожность	32%	36%	32%	36%	44%	20%
Фрустрация	28%	44%	28%	40%	40%	20%
Агрессивность	32%	40%	28%	36%	44%	20%
Ригидность	28%	48%	24%	40%	40%	20%

Причем, если высокий уровень тревожности, фрустрации, ригидности, агрессивности был выявлен изначально у 28-32% женщин контрольной группы, то вовремя заключительной диагностики он составил 36-40%, то есть

мы видим увеличение процента женщин с негативными эмоциональными проявлениями.

Анализ активности, настроения самочувствия данных заключительной диагностики контрольной группы женщин выявляет ухудшение самочувствия и снижение активности и фона настроения у 12 % женщин, что можно отметить из таблицы 16.

Таблица 16 – Первичная и заключительная диагностика контрольной группы, опросник САН (В. Доскин)

Название шкалы	Контрольная группа Первичная диагностика			Контрольная группа Заключительная диагностика		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Самочувствие	28%	36%	36%	20%	40%	40%
Активность	12%	40%	48%	8%	44%	52%
Настроение	28%	36%	36%	20%	40%	40%

Таким образом, из приведенных выше таблиц видно, что в экспериментальной группе и контрольной группе показатели негативных эмоциональных проявлений в виде высокой тревожности, фрустрации, снижения психоэмоционального фона, общего самочувствия и активности значительно различаются.

Если у 40% женщин экспериментальной группы мы можем увидеть явное улучшение психоэмоционального состояния, то в контрольной группе показатели не только не улучшились, а, напротив, у 12% женщин даже ухудшились, что отображено на рисунке 7.



Рисунок 7 – Сравнительная характеристика эмоционального состояния беременных женщин экспериментальной и контрольной групп (вторичная диагностика)

Повышение уровня тревожности, а вместе с ним и ухудшение фона настроения, самочувствия, активности возможно связано с отсутствием психологической профилактики. Поскольку, в третьем триместре беременности уровень тревожности, как правило, усиливается в связи с предстоящими родами, то женщинам, имеющими высокие и средние значения тревожности во втором триместре беременности, необходима психологическая помощь. По мнению ряда авторов [5], [7], [27], [33] к моменту родов женщина может подойти в эмоционально благоприятном состоянии, т.е. состояние тревоги запускается самой женщиной в зависимости от наличия и интенсивности стрессовых факторов, с которыми она сталкивается во время беременности, ее возможности своевременной адаптации к ним. Если во втором триместре беременности, когда у беременных женщин должна происходить своего рода психологическая и физиологическая адаптация к данному состоянию, у женщин по-прежнему

наблюдаются высокие показатели тревожности, то можно говорить о том, что процесс адаптации нарушается, и возникают неактивные эмоциональные состояния: тревога, фрустрация, снижение фона настроения, раздражительность, снижение общего самочувствия. Отсутствие психологической помощи в виде психопрофилактики, психокоррекции, психологического сопровождения приводят к тому, что женщина «подходит» к родам в негативном психологическом состоянии, что негативно влияет на их течение, повышая риск перинатальной патологии и осложнения в послеродовом периоде, что подтверждается исследованиями, проведенными рядом авторов [5], [13], [32].

Поскольку, только 28 % женщин из контрольной группы посещали от 1 до 3 занятий в «Школе материнства», в ходе вторичного консультирования 72% данных женщин задавался вопрос о причинах отказа от посещения «школы материнства». Интересно проанализировать данные причины.

Итак, 72% – 18 женщин из контрольной группы, отказались от посещения «школы материнства», из них:

- 6 женщин сообщили, что они заняты на производстве;
- 3 женщины отдаленно проживают;
- 5 женщины сообщили, что у них повторные роды, и они уже достаточно информированы.
- 4 женщины сообщили, что сегодняшний уровень развития позволяет получать информацию по средствам Интернета, и предложенная программа данной школы не вызвала у них интереса.

Надо заметить, что в экспериментальной группе женщины с удовольствием посещали занятия с использованием арт-терапевтических методов, активно проявляли интерес, обсуждали результаты творчества. Без уважительной причины занятия не пропускались.

Выводы по второй главе

Подводя итоги исследования можно сделать следующие вывод: арт-терапевтические методики оказывают эффективное положительное влияние на психоэмоциональное состояние беременных женщин. Они могут применяться как для коррекции, так и для профилактики возникновения негативных эмоциональных состояний, таких как реактивная тревожность, страхи, фрустрация, снижение эмоционального фона, снижение самочувствия, активности.

Анализ результатов исследования показал, что у 40 % женщин, прошедших программу дородовой психологической коррекции отмечались положительные изменения в эмоциональном состоянии, в виде снижения уровня реактивной тревожности, фрустрации, повышения общего фона настроения, активности, общего самочувствия. Таким образом, гипотеза исследования о влиянии психологической коррекции методами арт-терапии на негативные эмоциональные состояния беременных нашла подтверждение.

Анализ результатов исследования позволяет положительно оценить эффективность применения методов арт-терапии в психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин.

Применение арт-терапевтических методов в психокоррекционной работе с беременными ведет к позитивному изменению их эмоционального состояния: снижению уровня реактивной тревожности, снижению фрустрации, повышению фона настроения, улучшению общего самочувствия, способствует принятию будущего ребёнка, формированию ответственного Материнства.

Разработанная на основе арт-терапевтических методов программа психологической коррекции «Радость Материнства» может применяться в работе перинатального психолога женской консультации для коррекции и профилактики негативных эмоциональных проявлений у беременных женщин.

Заключение

Во время беременности женщина проходит физиологическую и социально - психологическую трансформацию, обусловленную самим состоянием беременности. Данный период является кризисным для беременных женщин и часто сопровождается негативными психоэмоциональными проявлениями: ощущением хронической усталости, личностной и реактивной тревожностью, страхами, раздражительностью, снижением самооценки, эмоциональной лабильностью, которые отрицательно сказываются как на течении беременности, так и на здоровье будущего ребенка.

В начале данного исследования нами была поставлена цель – осуществить психологическую коррекцию выявленных в ходе диагностики негативных эмоциональных состояний беременных женщин, при помощи арт-терапевтических техник, поскольку, несмотря на довольно большой опыт использования арт-терапии в работе перинатального психолога, отмечается нехватка исследований, при помощи которых можно было бы оценить эффективность применения данных методов.

В ходе достижения цели были решены следующие задачи:

- проведен анализ литературы по теме исследования;
- выявлено, что такие виды арт-терапии, как изо-терапия, музыкотерапия, куклотерапия, сказкотерапия безопасны и эффективны при проведении психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин;
- была разработана и успешно апробирована программа психологической коррекции негативных состояний беременных женщин «Радость материнства» в основу, которой составили именно арт-терапевтические методы коррекции;
- при помощи анализа данных первичной и заключительной диагностики экспериментальной и контрольной группы беременных

женщин, участвовавших в исследовании, удалось доказать, что использование арт-терапевтических методов весьма эффективно и может использоваться, как в коррекционной, так и в профилактической работе с беременными. Положительная динамика в эмоциональном состоянии беременных женщин отмечена более чем у 40% беременных женщин, прошедших программу «Радость материнства», в то время как в контрольной группе в эмоциональном состоянии беременных женщин наоборот отмечалась отрицательная динамика. Поскольку в исследовании участвовали женщины, находящиеся на сроках гестации во втором и начале третьего триместра беременности, то было очень важно, чтобы они подошли к концу третьего периода, фактически к предстоящим родам, в стабильном, благоприятном эмоциональном состоянии. По результатам заключительной диагностики в экспериментальной группе у 92% женщин экспериментальной группы отмечался низкие и средние показатели уровня тревожности, фрустрации и высокие и средние показатели по шкалам самочувствие, активность настроение, в контрольной группе данный показатель составил только 44% беременных.

Таким образом, полученные эмпирические данные позволили подтвердить гипотезу исследования о том, что использование арт-терапевтических методов в психокоррекционной работе с беременными женщинами будет способствовать позитивному изменению их эмоционального состояния: снижению уровня реактивной тревожности, фрустрации, повышению фона настроения, улучшению общего самочувствия, а также сделать следующие выводы:

– большинство специалистов в области перинатальной психологии и медицины считают, что для благополучного разрешения беременности, женщине необходимо комплексное медико-социально-психологическое сопровождение, которое может включать групповые занятия, направленные на психологическую коррекцию негативных

эмоциональных состояний беременных женщин, ведущим из которых является состояние тревоги. Использование арт-терапевтических методов при реализации данных программ показывает эффективный результат;

– арт-терапия может выполнять диагностическую, коммуникативную, регулятивную, когнитивную, коррекционную, развивающую функции;

– использование арт-терапевтических методов в работе с беременными безопасно и эффективно, поскольку решает главную с нашей точки зрения проблему женщин в период ожидания ребенка – дает им возможность выразить чувства и снять сенсорный голод обусловленный данным состоянием;

– арт-терапевтические методы не требуют дополнительного оборудования, просты в использовании и безопасны для применения. Они могут применяться психологами, работающими с беременными в структуре женской консультации для психологической коррекции негативных эмоциональных состояний беременных женщин.

Разработанная и апробированная в ходе исследования программа психологической коррекции негативных состояний беременных женщин «Радость материнства», показала эффективность при коррекции таких негативных состояний беременных женщин как: тревожность, фрустрация, снижение фона настроения, снижение общего самочувствия и активности. Поэтому, может быть использована в дальнейшей коррекционной и профилактической работе с беременными женщинами перинатальным психологом женской консультации.

Список используемой литературы

1. Азизова Г.Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности// Медицина и здравоохранение: материалы II Международной. Научной конференции. (г. Уфа, май 2014 г.). С. 25
2. Арт-терапия женских проблем / Под редакцией А.И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2010. 270 с.
3. Арт-терапия - новые горизонты./ Под ред. А.И. Копытина.- М.: Когито-Центр, 2006. 336 с.
4. Бодяжина В.И. Акушерство. М.: Медицина, 1986. 374с.
5. Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я - концепции беременной женщин // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. СПб, 1998. С.23-28.
6. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ) / Под редакцией Петровского Б.В., 3-е издание, Том 21. [Электронный ресурс] <https://бмэ.орг/index.php/психопрофилактика> (дата обращения: 15.02.2024).
7. Буйнова Ю.И. Связь между социальной поддержкой, психологическим стрессом и исходом беременности // International journal of professional science. 2019. №11. [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-mezhdu-sotsialnoy-podderzhkoy-psihologicheskim-stressom-i-ishodom-beremennosti> (дата обращения: 15.02.2024).
8. Володина К.А. Применение арт-терапии в деятельности практического психолога в организации. Организационная психология. 2017 Т. 7- № 2 С. 86–101.
9. Герасимова Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения: диссертация кандидата психологических наук: 19.00.07. – Иркутск, 2003.
10. Добряков И.В. Перинатальная психология/И.В. Добряков. – Спб.: Питер, 2010. 234с.

11. Зефирова Т.П., Мухаметова Р.Р. Чем опасен психологический стресс для беременных и как снизить его влияние на течение беременности и перинатальные исходы. Доктор. Ру. 2023;22(5):34–39. [Электронный ресурс] DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-5-34-39 (дата обращения: 15.02.2024).
12. Зинкевич Т.Д., Михайлов А.М. Волшебный источник. Теория и практика сказкотерапии. СПб: Смарт, 1996.100 с.
13. Ишбулдина А.А. Роль индивидуально-психологических особенностей в возникновении физиологической и осложненной беременности (обзор современных исследований) // Вестник магистратуры. 2021. №10-2 (121). С. 97–98.
14. Киселева М.В., Кулганов В.А. Арт-терапия в психологическом консультировании: учебное пособие. СПб: Речь. 2014. С.17.
15. Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. М.: Речь, 2007. 336 с.
16. Клинические рекомендации – Тревожно-фобические расстройства у взрослых – 2021. С. 57-61 [Электронный ресурс] <https://e-ecolog.ru/docs/xwpEpisi7HH6DCxXkMZX2> (дата обращения: 15.02.2024).
17. Колесникова Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции /Г.И. Колесникова. Ростов н/Д: Феникс, 2005. 89 с.
18. Копытин А. И. Основы арт-терапии. СПб.: Лань. 1999. С. 23
19. Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 5. [Электронный ресурс] doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-5 (дата обращения: 15.02.2024).
20. Костакова И. В. Психологическая коррекция личности: электронное учебное пособие / И. В. Костакова Тольятти: ТГУ, 2016.214 [Электронный ресурс] <https://e.lanbook.com/book/139719> (дата обращения: 15.02.2024).

21. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология - 2 изд. - М.: Медицина, 1984. - 272 с.
22. Лысенко О.В. Применение арт-терапии в акушерской практике / О.В. Лысенко, И.Г. Рандаренко, А.Г. Бресский // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2008. – Т.7, – № 1. С. 66-69.
23. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.- М.: Академический Проспект,1998. 634с.
24. Новикова К.В. Возможности применения арт-терапевтических методов в психологической коррекции эмоционального состояния девушек в период беременности // Психолог. — 2021. — № 1. С.35-46. [Электронный ресурс] URL: https://e-notabene.ru/psp/article_35237.html (дата обращения: 15.02.2024).
25. Осипова А.А. Общая психокоррекция: учебное пособие. – М.: Сфера,2001.512 с.
- 26.Практикум по арт-терапии./ Под ред. А.И. Копытина. — СПб: Питер, 2001.448 с.
- 27.Парманова Н.А. Психологические особенности родов и послеродового периода. 2021. [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskieosobennosti-rodov-i-poslerodovogo-perioda> (дата обращения: 15.02.2024).
28. Психотерапевтическая энциклопедия/под ред. Б.Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2006. 944с.
29. Приказ Министерства здравоохранения РФ N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» от 20 октября 2020 [Электронный ресурс] г. <https://base.garant.ru/74840123/>(дата обращения: 15.02.2024).
30. Приказ Минтруда РФ N 69н, Минздрава РФ N 95н от 17.02.2020 «Об утверждении порядка оказания медицинскими организациями услуг по правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам в

период беременности». [Электронный ресурс]
<https://minjust.consultant.ru/documents/45682> (дата обращения: 15.02.2024).

31. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАМ-М», 2011. 347 с.

32. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое. Руководство. Мн.: Новое знание, 2003. 352 с.

33. Смелова В.Н., Палиева Н.В., Тарасова А.Ю., Петров Ю.А. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений //Главный врач Юга России, 2022. [Электронный ресурс]
<https://cyberleninka.ru/article/n/psihofiziologicheskoe-sostoyanie-novorozhdenного-v-svyazi-s-psihologicheskimi-osobennostyami-materi> (дата обращения: 15.02.2024).

34. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Институт Психотерапии, 2002.- 204 с.

35. Филиппова Г.Г. «Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными»//Детская психология [Электронный ресурс]
<http://childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php>. (дата обращения: 15.02.2024).

36. Харитонов Л.П. Эффективность применения арт-терапии у беременных. Бюллетень медицинских Интернет-конференций [Электронный ресурс] (ISSN 2224-6150) 2015. Том 5. № 8. (дата обращения: 15.02.2024).

37. Харитонов Т.Г. Онтология, специфика и особенности организации психопрофилактики в деятельности практического психолога. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Нижний Новгород, 2012 [Электронный ресурс]
<https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1707950274&tld=ru&lang=ru&name=01005091619.pdf&text=ВОЗ%20определение%20психопрофилактика&url=https%3A%2F%2Fnew-disser.ru> (дата обращения: 15.02.2024).

38. Чупров Л.В. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы практического психолога: основы теории и

методика// РЕМ: Psychology. Educology. Medicine, 2012. [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-prosveschenie-v-sisteme-psihoprofilakticheskoy-raboty-prakticheskogo-psihologa-osnovy-teorii-i-metodika> (дата обращения: 15.02.2024).

39. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб: Речь, 2006, 352 с.

40. Fatimah Fahimuddin. Art Therapy in Obstetric Patients, 2024. [Электронный ресурс] <https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT05503056> (дата обращения: 15.02.2024).

41. Ferreira R., Murray J. Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory: Measuring Anxiety with and without an Audience during Performance on a Stabilometer // Perceptual and Motor Skills. 1983. №57(1). P. 15-18.

42. McGrath J.E. Stress and behavior in organizations. Chap. 31, Handbook of Industrial Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally Co., 1976. P. 1351-1395.

43. Nemiah J., Freiburger H., Sifneos P. Alexithymia: a view of the psychosomatic process // Modern trends in psychosomatic medicine / O.Hill (Ed.). – Butterworths, 1976. – P. 430-440.

44. Zimbardo Ph.G., Boyd J.N. Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable, Individual-Differences Metric // Journal of Personality and Social Psychology. – 1999. – Vol. 77. – No. 6. – P. 1271-1288.

Приложение А

Анкета – опросник для беременных женщин

Инициалы респондента _____ Кодовый номер _____

Инструкция: прочтите внимательно каждый вопрос и сделайте пометку в той строке, с которой Вы согласны. Ответьте на все вопросы, не пропуская ни одного. Помните, ее существует правильных или неправильных ответов. Ваши ответы будут использоваться только в научных целях.

1. Каким по счету в вашей семье будет ожидаемый Вами ребенок:
 - первым _____
 - вторым _____
 - _____ (вписать)
2. Срок вашей беременности _____ (вписать)
3. Ваш возраст _____
4. Ваше семейное положение:
 - замужем (официально зарегистрированный брак) _____
 - проживаю совместно с отцом ребенка _____
 - не состою в браке _____
5. Наличие трудоустройства:
 - официально трудоустроена _____
 - работаю не официально _____
 - не работаю _____
 - в связи с беременностью вынуждена была уволиться _____
 - другой вариант – (вписать) _____
6. Как Вы оцениваете материальное положение своей семьи?
 - очень низкое _____
 - низкое _____
 - среднее _____
 - высокое _____
7. Планировали ли Вы настоящую беременность:
 - да, конечно _____
 - нет, но очень рада этому событию _____
 - нет, но смирилась с происходящим _____
8. Мотивом к сохранению данной беременности послужили:
 - желание родить ребенка _____
 - предельный возраст _____
 - невозможность по тем либо другим причинам сделать аборт _____
 - религиозные убеждения _____

Продолжение Приложения А

9. Как Вы оцениваете свое настроение во время протекания беременности:

- чаще плохое настроение _____
- у меня бывают редкие проблески хорошего настроения _____
- с переменным успехом _____
- обычно хорошее _____
- просто отличное _____

10. Какие эмоции преобладают у вас с наступлением беременности (можно выбрать несколько вариантов):

- радость _____
- счастье _____
- принятие _____
- нежность _____
- любовь _____
- теплота _____
- спокойствие _____
- беспокойство _____
- тревога _____
- страх _____
- огорчение _____
- нетерпимость _____
- раздражительность _____
- гнев _____
- агрессия _____
- конфликтность _____
- обида _____
- ревность _____
- досада _____
- тоска _____
- грусть _____
- одиночество _____
- усталость _____
- разочарование _____
- сожаление _____
- другое (вписать) _____

Продолжение Приложения А

11. С чем обычно связаны периоды Вашего плохого настроения:
- с плохим самочувствием, вызванным течением самой беременности _____
 - с переживанием социально – бытовых неурядиц _____
 - с внутрисемейными конфликтами _____
 - с нервным напряжением на работе, негативной атмосферой в коллективе _____
 - страхом перед предстоящими родами _____
 - неуверенность в будущем, после рождения ребенка _____
 - другие причины (вписать) _____
12. Часто ли Вы общаетесь с будущим ребенком:
- нет, я считаю это абсолютно бесполезным _____
 - нет, на общение не хватает времени _____
 - довольно часто _____
 - постоянно _____
13. Какие эмоции вызывает у вас общение с будущим ребенком:
- меня это раздражает _____
 - никаких эмоций, я спокойно к этому отношусь _____
 - чувство внутренней тоски _____
 - радость, повышается настроение _____
 - ощущение полного счастья и удовлетворения _____
 - другой вариант (вписать) _____
14. В связи с беременностью изменилась ли Ваша работоспособность:
- нет, на мою работоспособность это не повлияло _____
 - да, я ощутила прилив энергии _____
 - да, я стала больше уставать _____
 - да, я стала хуже выполнять свои обязанности на работе (производстве) _____
 - да, мне стало трудно справляться со своими обязанностями на работе и дома _____
 - да, мои обязанности по дому стали тяготить меня _____
15. Как вы оцениваете состояние своего здоровья в связи с беременностью:
- абсолютно здорова _____
 - есть небольшие проблемы _____
 - состояние здоровья ухудшилось _____
 - состояние настолько плохое, что необходимо лечение в стационаре _____

Благодарим за участие!