

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 Использование методов телесно-ориентированной терапии в работе  
с тревожностью у беременных женщин

Обучающийся

Т.Т. Горшенина  
(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный  
руководитель

канд. психол. наук, И.В. Кулагина  
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические основы использования методов телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью у беременных женщин.....	8
1.1 Общепсихологические подходы к изучению беременности...	8
1.2 Тревожность как психологический феномен.....	10
1.3 Влияние тревожности на течение беременности.....	15
1.4 Современные телесно-ориентированные методы, применяемые в психологической коррекции.....	24
Глава 2 Экспериментальная работа по использованию методов телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью у беременных женщин.....	29
2.1 Цель, задачи, выборка, материал и методы исследования.....	29
2.2 Результаты определения исходного уровня тревожности беременных женщин.....	34
2.3 Разработка и апробация психокоррекционной программы с использованием методов телесно-ориентированной психотерапии, направленной на снижение уровня тревожности у беременных женщин.....	46
2.4 Оценка эффективности разработанной психокоррекционной программы с использованием методов телесно-ориентированной психотерапии.....	59
Заключение.....	69
Список используемой литературы.....	72

## Введение

Актуальность и научная значимость настоящего исследования обусловлены тем, что в настоящее время в условиях нестабильной социально-экономической и политической ситуации, четко выраженного демографического кризиса, который содержит депопуляционные признаки, происходят существенные трансформации отечественного социума. Существенным испытаниям подвергаются все сферы современного общества, однако одной из важнейших проблем встает ракурс психофизического здоровья женщин, находящихся в состоянии беременности.

Особая миссия материнства чревата многочисленными вызовами экономического, политического, экологического и иного характера, требует усиленного разноmodalного сопровождения и защиты, ведь вынашивание и рождение новых поколений обеспечивает прогрессивный прогресс человечества.

На фоне осложненных условий жизнедеятельности течение беременности у многих женщин происходит в условиях тревожного и гнетущего эмоционально напряженного макроклимата, оказывающего неблагоприятное влияние как на будущую мать, так и на ребенка. Детерминированные таким сложным социальным и аффективным контекстом переживания за еще не родившегося ребенка стимулируют проявления тревожности, неуверенности, фрустрированности и других личностных состояний, которые дискомфортно влияют на самочувствие беременных женщин.

Отдельного научного статуса приобретает изучение широкого круга методов коррекции тревожности беременных женщин, в частности методов телесно-ориентированной терапии.

Цель исследования: изучить возможности использования телесно-ориентированной терапии для коррекции тревожности беременных женщин.

Объект исследования: тревожность.

Предмет исследования: тревожность беременных женщин.

Гипотеза исследования: предполагаем, что уровень тревожности беременных в первый раз женщин снизится, если в психокоррекционной работе использовать методы телесно-ориентированной терапии.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть общепсихологические подходы к изучению беременности;
- провести анализ тревожности как психического состояния;
- изучить влияние тревожности на течение беременности женщин;
- рассмотреть современные телесно-ориентированные методы, применяемые в психологической коррекции;
- обосновать выбор методов и методик исследования тревожности у беременных в первый раз женщин;
- реализовать эмпирическое исследование тревожности у беременных в первый раз женщин;
- разработать и апробировать психокоррекционную программу, направленную на снижение уровня тревожности у беременных в первый раз женщин, с включением в нее методов телесно-ориентированной психотерапии;
- выявить степень эффективности разработанной программы психологической коррекции тревожности у беременных в первый раз женщин.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: методологические принципы детерминизма (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев и другие); системного и деятельностного подходов (П.К. Анохин, А.В. Брушлинский, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев и другие); принцип субъектности (Б.Ф. Ломов); субъектный подход (К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, В.В. Знаков);

работы в области перинатальной психологии Е.А. Климовой, И.В. Добрякова, Н.П. Коваленко, Н.В. Боровиковой; теоретические положения физиологов И.П. Павлова, А.Н. Ухтомского, Н.В. Введенского и другие.

Базовыми для настоящего исследования явились также работы, направленные на изучения влияния тревожности на все формы человеческой активности (К. Горни, К. Изард, Ч. Спилбергер, Дж. Тейлор, Б. Филлипс и другие).

Методы исследования:

- теоретические: анализ психологических данных, представленных в научной литературе;
- эмпирические: диагностический комплекс;
- статистические: методы сравнения средних.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики:

- Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова),
- Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина),
- Шкала тревоги Бека,
- Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS–R).

Опытно-экспериментальная база исследования: Кризисный центр помощи женщинам «Светлая обитель» г. Краснодар.

Научная новизна исследования заключается том, что разработан авторский подход к исследованию тревожности в специфической группе – беременных в первый раз женщинах, которые подвержены повышенному риску тревожности. В ходе работы выявлены ведущие характеристики тревожности у беременных в первый раз женщин, научно обоснована и экспериментально апробирована программа психологической коррекции тревожности у беременных в первый раз женщин, основанная на применении методов телесно-ориентированной терапии.

Теоретическая значимость исследования заключается в:

- анализе и обобщении общепсихологических подходов к изучению проблемы беременности у женщин;
- анализе и обобщении результатов исследования тревожности как психического состояния во многом обуславливающего течение беременности женщин;
- анализе научных данных о действии телесно-ориентированной терапии на физиологические и психологические процессы, связанные с тревогой у беременных женщин.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы для разработки новых программ телесно-ориентированной терапии для беременных женщин с учетом их специфических потребностей. Основные теоретико-эмпирические положения и сформулированные на их основе выводы могут быть использованы в процессе профессиональной подготовки и профессиональной деятельности психологов и медицинских работников для работы с впервые беременными женщинами.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались внутренней логикой исследования, применением надежных и апробированных методов, адекватных поставленной цели и задачам исследования, репрезентативности выборки испытуемых, качественной интерпретацией и количественным анализом полученных данных с использованием методов математической статистики.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в планировании исследования (формулирование гипотез, выбор методов и методик исследования), проведении исследования (сбор и обработка первичных данных), анализе и статистической обработке результатов исследования.

На защиту выносятся следующие положения:

- Установлено, что 72,5 % беременных женщин, обратившихся в кризисный центр, имеют высокий уровень тревоги, 17,6 % – средний

уровень тревоги, 9,8 % – очень высокий уровень тревоги. Тот факт, что более 70% беременных женщин в кризисном центре имеют высокий уровень тревоги, подчеркивает крайнюю уязвимость данной группы. Высокий и средний уровни тревоги в сочетании с вегетативными симптомами, нервозностью и страхом требуют внимания и комплексного подхода к оказанию психологической помощи.

– Разработана программа снижения тревожности у беременных женщин, сочетающая в себе научно обоснованные методы телесно-ориентированной терапии, структурированный подход и ориентированность на практические результаты.

– После апробирования разработанной психокоррекционной программы произошло достоверное снижение уровня тревоги ( $p < 0,001$ ), ситуативной тревожности ( $p < 0,001$ ), тревожных проявлений ( $p < 0,001$ ), выраженности отстрой навязчивой тревоги ( $p < 0,05$ ), социальной тревоги ( $p < 0,05$ ) и проблем адаптации ( $p < 0,05$ ) беременных женщин, обратившихся в кризисный центр.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав (разделов), заключения, содержит 9 рисунков, 16 таблиц, список использованной литературы (55 источников). Основной текст работы изложен на 77 страницах.

# **Глава 1 Теоретические основы использования методов телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью у беременных женщин**

## **1.1 Общепсихологические подходы к изучению беременности**

Беременность в жизни женщины является временем интенсивных физических и психических нагрузок, которые влияют на ощущение благополучия и вызывает сложный комплекс эмоций: с одной стороны, радость и ожидание того, что должно произойти, с другой – страх и беспокойство перед неизвестностью. Повышенная тревожность женщины во время беременности является распространенной проблемой. Известно, что во время беременности женщины особенно предрасположены к возникновению или рецидиву тревожных расстройств. Распространенность тревожных расстройств во время беременности в разных частях мира варьирует от 14 до 54% [8, с. 67].

Научно-психологические исследования констатируют, что для каждой женщины беременность является особым и уникальным периодом жизни, который с одной стороны приносит радость материнства, а с другой огромную ответственность за жизнь и здоровье будущего ребенка. Такой сложный и ответственный отрезок как онтогенеза, так и социогнеза для беременной женщины является экзистенциально значимым и неповторимым и обозначен сильными по уровню проявления многочисленными разномодалными переживаниями и крайне специфическими ощущениями [1].

Успешное вынашивание и рождение здорового и полноправного ребенка зависит от влияния многих значимых факторов: от наследственной генетической информации и состояния здоровья до психоэмоционального состояния и социально-бытового комфорта будущей роженицы. Общеизвестным фактом предстает то, что психофизическое здоровье

ребенка закладывается еще в пренатальном периоде онтогенеза, а разнообразные аффективные дисбалансы и дисфункции существенно влияют на депрессивность, стрессогенность и тревожность как матери, так будущего ребенка [36].

Психоэмоциональные расстройства могут служить причиной разнообразных патологических состояний и матери, и ребенка, ведь этот неразделимый симбиоз двух жизней находится в перманентной взаимосвязи на всех уровнях.

Современные психологические исследования процесса и особенностей протекания беременности посвящены анализу специфики психических состояний женщины в этот период, а также тому, как они влияют на развитие ребенка. В первую очередь отмечается негативное влияние различного рода стрессов и депрессивных состояний, которые могут возникнуть или обостриться на различных этапах беременности. Доказано, что наиболее опасны для развития ребенка эти явления во втором и третьем триместрах беременности, а также то, что усиление к концу беременности депрессивных состояний достаточно часто приводит к возникновению послеродовых депрессий у матери и психических нарушений у ребенка [14, с. 9].

В комплексных исследованиях относительно состояния женщины во время беременности, связанного с успешностью ее адаптации к материнству и обеспечением адекватных условий для развития ребенка, учитываются разнообразные факторы: личностные особенности, жизненная история, адаптация к супружеским обязанностям, особенности личностной адаптации, удовлетворенность эмоциональными взаимоотношениями со своей матерью, усвоенная модель материнства, а также культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье [52].

Повышение общего и социальной тревоги и нестабильности в нашем социуме предопределяет слишком высокий уровень психоэмоциональной неуравновешенности и аффективной разбалансированности, поэтому тревожность среди беременных женщин выступает часто распространенным

феноменом, фиксирующим негативное влияние социально-экономического и политического кризиса на личностную психику женщины, вынашивающей ребенка.

## **1.2 Тревожность как психологический феномен**

Причины, механизмы и особенности эмоциональных личностных проявлений выступают по-прежнему актуальной психологической научной проблемой [2, 12].

Изучению тревожности посвящено значительное количество работ ученых-психологов. Тревожность всесторонне исследована в рамках психоаналитического направления. З. Фрейд, впервые выделивший состояние тревожности, характеризовал последнюю как эмоциональное переживание ожидания и неопределенности, чувство беспомощности [33].

Концепция К. Хорни, одной из основательниц неотрейдизма, отличается от теории З. Фрейда отказом от упрощенного биологизма. Так, основу сущности человека К. Хорни усматривает во врожденном чувстве тревожности. По ее мнению, ребенок начинает испытывать тревожность сразу после своего рождения. Эта тревожность фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности. К. Хорни сравнивала тревогу со страхом, считая их адекватной реакцией на опасность, однако в случае страха опасность является очевидной, объективной, а в случае тревожности – скрытой, субъективной, при этом интенсивность тревожности является прямо пропорциональной важности определенной ситуации для индивида [3, с. 113]. Существуют разногласия относительно понимания тревожности в ранних и поздних работах К. Хорни, однако неизменной оставалась важность роли окружающей среды в возникновении тревожности у ребенка. По мнению исследовательницы, если ребенок испытывает любовь и поддержку близких людей, то у него развивается чувство безопасности и уверенности в себе. Однако, если ребенок не получает поддержки и

одобрения окружающих, то вместо ощущения «мы» у него развивается переживание глубокой ненадежности и непонятной обеспокоенности, для которой введено понятие «базисная тревожность». Это чувство изолированности и беспомощности в мире, который он воспринимает как потенциально враждебный по отношению к себе [6, 54].

Наиболее обобщенно такой подход выражен в трудах Э. Фромма, который основным источником тревожности определял «осознание человеческой обособленности без воссоединения в любви», что приводит к осознанию человеком своей беспомощности перед силами природы и общества. Главным путем разрешения этой ситуации Э. Фромм считал разнообразные формы любви между людьми, утверждая, что «любовь – ответ на проблему человеческого существования» [25].

По мнению О. Ранка, источником возникновения тревожности является травма рождения, поскольку момент рождения ребенка и его отлучения от матери является главным травмирующим событием в жизни человека. О. Ранк считает, что рождение с его психическими и физическими муками впервые закладывает тревожность в подсознание человека, и это чувство не исчезает на протяжении всей жизни [48].

Другой психолог психоаналитического направления, С. Гроф утверждал: «убедительно доказано, что глубоко скрытая память о травме рождения оказывает сильное влияние на психику и в дальнейшем может вновь вынырнуть на поверхность». По его мнению, тревожность «логично и естественно сопровождает процесс рождения ввиду того, что роды – это критическая для выживания ситуация, включающая чрезвычайный физический и эмоциональный стресс» [55].

А. Адлер рассматривал тревожность как черту характера, сопровождающую человека от раннего детства до старости. При этом ученый отмечал, что она «в значительной степени портит ему жизнь, не позволяет контактировать с другими людьми и разбивает его надежду прожить свою жизнь в мире и подарить миру плоды своего труда. Страх может затормозить

любую сферу человеческой деятельности. Мы можем бояться мира вне нас или нашего внутреннего мира» [12, с. 125].

Развитие бихевиористских теорий основывалось на переориентации исследователей с анализа переживаний человека на изучение его поведения, а также взаимосвязей между ситуацией и поведенческой реакцией на нее. В отличие от представителей психоанализа, которые связывали тревогу с «Я» и изучали ее в контексте психологической защиты, представители бихевиоризма в своих исследованиях опирались на детерминанты поведения, связанные с окружающей средой или ситуацией, и рассматривали тревогу как явление, близкое к страху, поскольку оба являются эмоциональными реакциями, возникающими на основе условного рефлекса. Данные негативные эмоциональные реакции могут приводить к доминированию в поведении стратегии избегания, что при неблагоприятном течении способно приводить к невротическим нарушениям [7].

Иначе говоря, тревожность, по мнению бихевиористов, является заученной реакцией на угрожающие ситуации, которая в дальнейшем проецируется и на другие обстоятельства, ассоциирующиеся с этими ситуациями. Согласно теории К.Л. Халла, поведение индивида является реакцией на разнообразные стимулы-драйвы и приводит к ослаблению или редукции этих стимулов. По мнению исследователя, в момент рождения человек имеет определенный набор драйвов (жажда, голод, боль), которые при определенной интенсивности вызывают соответствующее инструментальное поведение. Если это поведение происходит в определенных стимулирующих условиях, то эти условия могут приобретать признаки вторичного (изученного) драйва. Тревожность К.Л. Халл считает вторичным драйвом, который возникает на основе первичного драйва боли [9, 46]. По словам исследователей, тревожность играет важную конструктивную роль в развитии человека [44].

Р.С. Лазарус утверждал, что тревожность является следствием того, как человек оценивает ситуацию, то есть она является негативной по своей

окраске по состоянию, обусловленному ожиданием неопределенной опасности. Иначе говоря, тревожность, по мнению исследователя, является беспредметным страхом [11].

Таким образом, анализ теорий тревожности показал многогранность изучаемого явления, многообразие ее проявлений, форм и видов. Однако все исследователи имеют общее мнение относительно того, что тревожность возникает вследствие как психологического, так и физиологического стресса.

В работах А.М. Прихожан рассматривается состояние тревожности как личностное образование, которое включает в себя когнитивный, эмоциональный и операциональный аспекты. По мнению данного автора, тревожность в оптимальной степени выраженности является неотъемлемым компонентом процесса адаптации человека к процессу и условиям жизни и деятельности [34, 40].

Тревога и тревожность – это два разных понятия, которые необходимо различать. Тревога – это временное состояние беспокойства или сильного волнения, которое обычно связано с конкретной ситуацией. Тревожность же представляет собой устойчивое состояние, которое не обязательно связано с какой-либо конкретной внешней причиной [13, 50].

Люди с высокой тревожностью, как правило, склонны воспринимать окружающий мир как более опасный и угрожающий, чем люди с низкой тревожностью. Это может привести к тому, что они будут избегать определенных ситуаций или испытывать чрезмерное беспокойство в ситуациях, которые большинство людей сочтет безобидными [15].

В общем виде тревожность понимается как негативное эмоциональное переживание, связанное с предчувствием опасности. Особенностью тревожности является то, что она может возникнуть как ответная реакция не только на существование реальной опасности, но и как ожидание неблагоприятного развития событий. Образно это описал основатель гештальт-терапии Ф. Перлз: «...формула тревоги очень проста: тревога – это брешь между сейчас и тогда» [6, с. 25].

По мнению Б.П. Яковлева, тревожность как черту характера можно рассматривать как удовлетворение парадоксальной потребности в негативных эмоциях [5]. По мнению Л.В. Куликова, невротические проявления в поведении человека являются следствием нарушения его адаптации к внешним условиям, что вызывает пограничные расстройства, которые наблюдаются на границе между нормами психической деятельности и «истинными» болезнями психики. К невротическим проявлениям относят неумение сосредоточиться, частые конфликты с окружением, возбудимость, раздражение, подавленность [41].

В настоящее время исследователи выделяют несколько видов тревожности. Так, Ю.Л. Ханин разделяет тревожность на два вида: ситуативная тревожность, понимаемая как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры, сопутствующие реальной ситуации и личностная тревожность – как устойчивая индивидуально-психологическая характеристика, проявляющаяся в склонности человека воспринимать угрозу своей личности вне зависимости от ситуационного контекста [16].

Ситуативная тревожность является реакцией, которая адекватна объективной угрозе, вследствие чего позволяет запустить мобилизационные возможности человека, направленные на преодоление стрессовой ситуации. В итоге эмоциональная саморегуляция позволяет человеку восстановить оптимальное самочувствие и дождаться разрешения ситуации. Такие оптимальные тревожные состояния сопровождают жизнь человека на всей ее протяженности [6].

Вопрос о том, какая ситуация будет воспринята человеком как угрожающая, во многом определяется спецификой прошлого личного опыта. Совокупность однородных ситуаций, вызывающих тревожные опасения личности на протяжении достаточно длительного периода времени становится «условным стимулом». Так, например, страх проявляется как

условно рефлекторная реакция на конкретные события, которые человек долгое время воспринимал как опасность [37].

Таким образом, в психологической литературе термин «тревожность» довольно многозначен. Им определяют, как состояние индивида в определенное время, так и устойчивое свойство человека. Тревожность как психологический феномен характеризуется склонностью человека к переживанию тревоги, беспокойства, напряжения и неопределенности в различных жизненных ситуациях, независимо от наличия реальной угрозы. Психологи различают ситуационную тревожность и личностную тревожность как черту личности, связанную с генетически детерминированными свойствами человека, обуславливающими постоянно повышенный уровень эмоционального возбуждения, тревоги. Тревожность может быть как абсолютно нормальным выражением защитных реакций организма, стремление сохранить себя физически и психологически, так же бывают случаи, когда уровень тревожности не соответствует уровню угрозы.

### **1.3 Влияние тревожности на течение беременности**

Большое количество современных исследований в разных научных областях посвящено сравнительному изучению гормонального фона и проявления материнского поведения, динамики эмоциональных состояний в беременности, например, тревожности [17].

Тревожность беременной женщины обусловлена переживаниями, которые охватывают ее через волнение за здоровье ребенка и собственное психофизическое состояние, а также в связи с изменениями в осознании ею собственной полоролевой структуры женской телесной идентичности. Обобщено, что самыми распространенными факторами тревожности беременных женщин являются: неожиданная, поздняя беременность; тревожное ожидание родов; разнообразные страхи относительно успешного течения беременности; страх из-за вероятного рождения неполноценного

ребенка вследствие действия наследственно-генетических факторов; тревоги и страхи, вызванные неудачными беременностями или родами в прошлом; боязнь потерять феминную красоту из-за изменений внешнего вида женщины; навязчивые состояния и страхи за судьбу плода и здоровье будущего ребенка; страх неготовности из-за неспособности справиться с ролью матери; тревога за будущее и страх перемен в семье, в связи с появлением новорожденного и так далее [26].

На аффективность беременных женщин существенное влияние оказывает фрустрация. Разочарование порождает неизведанную тревогу, постоянное раздражение, немотивированное негодование, неустанное чувство собственной вины, а также другие амортизирующие негативные состояния [9, 19, 20, 29].

Имеются данные о том, что тревожность во время беременности влияет не только на здоровье женщины, но и может пагубно отразиться на нервно-психических, когнитивных и поведенческих особенностях развития ребенка, его чувстве привязанности [8, с. 67].

Как отмечает в своих исследованиях R.L. McDonald, именно факт наличия личностной тревожностью у беременной женщины чаще всего негативно сказывается на физиологических процессах, протекающих в это время в ее организме. В связи с этим для оказания эффективной помощи беременным женщинам необходимы данные об их актуальном психологическом статусе, в частности о состоянии эмоциональной сферы [5, с. 46].

Многие исследователи отмечают, что субклиническая тревога широко распространена среди беременных женщин, причем она встречается чаще, чем депрессия, на протяжении всего периода гестации. Исследования, проведенные A.M. Lee, S.K. Lam, S.M. Sze Mun Lau и их коллегами, показали, что около 54% беременных женщин испытывают тревожные состояния, в то время как депрессивные расстройства наблюдаются у 34%. Причем, проявления тревоги могут возникать в любой момент беременности,

однако, наиболее часто и интенсивно они проявляются в первом и третьем триместрах, что затрудняет диагностику при единичном обследовании.

Крупное продольное исследование, проведенное J. Heron и соавторами с участием 8323 беременных женщин, показало, что на 32-й неделе тревога диагностировалась у 16% женщин, а через 8 недель после родов – у 8,5%. У женщин с повышенной тревожностью в первом триместре беременности чаще наблюдаются тошнота и рвота, что приводит к более частым визитам к врачу. Кроме того, тревога в период беременности может влиять на поведение, увеличивая вероятность употребления алкоголя и курение [10].

J. Alder, N. Fink, J. Bitzer и другие ученые подчеркивают, что тревога в период беременности часто остается нераспознанной и малоизученной. Исследование С. Teixeira и соавторов выявило, что наибольший уровень тревожности наблюдается в первом (15%) и третьем (18%) триместрах, а во втором триместре этот показатель значительно ниже [10].

В исследовании, проведенном К.С. Кацурой и Э.В. Ходасевич, приняли участие сто беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности №3 Воронежского областного перинатального центра на сроке от тридцати семи до сорока недель. Период наблюдения охватывал промежуток с 10 октября 2019 года по 10 февраля 2020 года. Средний возраст участниц составил 29,4 года ( $\pm 3,7$  года) [18].

Анализ анамнеза показал, что большинство женщин имели отягощения: 78% – в гинекологическом анамнезе, 74% – в социальном, 69% – в соматическом и 52% – в акушерском. Оценка уровня тревожности выявила, что 43% женщин имели умеренный уровень личностной тревожности (ЛТ), а 57% – высокий. Ситуативная тревожность (СТ) была умеренной у 51% и высокой у 49% участниц. Для дальнейшего анализа все женщины были разделены на 5 равных групп по 20 человек, в зависимости от числа отягощающих анамнез факторов (от 0 до 4), включая акушерские, гинекологические, соматические и социальные факторы [18].

Обсуждая полученные данные, авторы исследования отметили, что тревожность может выступать в качестве фактора риска для проявления скрытых заболеваний. Ситуативная тревожность более объективно отражает эмоциональное состояние беременной, в то время как личностная тревожность в большей степени обусловлена индивидуальными психологическими особенностями. Отсутствие низких уровней тревожности (как ЛТ, так и СТ) у всех участниц исследования указывает на то, что беременность сама по себе, независимо от соматического и социального контекста, может являться фактором, способствующим повышению тревожности [21, 22, 53].

Сравнение уровней тревожности с тяжестью анамнеза не выявило прямой зависимости: в каждой из пяти подгрупп соотношение женщин с умеренным и высоким уровнями тревожности было разным и не коррелировало с количеством отягощающих факторов. Эти данные позволяют предположить, что уровень тревожности зависит от более широкого спектра факторов, чем просто репродуктивный, соматический и социальный статус [32].

Авторы пришли к выводу, что эмоциональный фон беременной играет важную роль в формировании внутриутробного опыта ребенка и влияет на течение и разрешение беременности, а также на процесс протекания родов и послеродовой период. Тревожность, как часть этого фона, в разумных пределах выступает как механизм адаптации к беременности. Многообразие факторов, влияющих на уровень тревожности, требует индивидуализированного подхода к сопровождению каждой беременной. Психологическая подготовка к беременности и родам является важным элементом эффективного сотрудничества между медицинскими специалистами, психологами и роженицами [18, 23].

О.Ю. Давлетбаева и М.В. Балева исследовали личностные и средовые корреляты тревожности и страхов беременных. Исследование включило 158 беременных женщин в возрасте от 18 до 47 лет. Было установлено, что

наиболее сильное беспокойство у беременных женщин вызывает здоровье ребенка после его рождения. Далее по степени значимости следуют тревоги о здоровье ребенка в утробе, компетентности медицинского персонала в роддоме, процессе родов, собственных ресурсах для материнства (способности выносить и родить), а также страх перед болью во время родов [24].

Менее выраженную тревогу беременные испытывают по поводу совмещения заботы о ребенке и супружеских отношений, суеверий (сглаз, порча и тому подобное), взаимоотношений с родителями, возможности выглядеть непривлекательно во время родов, отношений с родителями мужа, а также страха, что муж разлюбит, не заберет из роддома или бросит с ребенком [27]. При анализе причин тревожности, указанных самими женщинами, выяснилось, что чаще всего (32,91%) они ссылаются на ситуацию в стране. На втором месте (27,85%) оказалась неуверенность в себе, далее следуют проблемы в семье (15,19%) и негативное отношение к врачам (14,56%). Менее значимыми были названы отношения с детьми (9,41%), отношения с мужем (6,96%) и ситуация на работе (5,06%) [24].

Таким образом, основное беспокойство у беременных связано с успешным рождением и последующим уходом за ребенком. При этом, вопросы внешности во время родов и взаимоотношения с родственниками оказались менее значимыми источниками тревоги [8]. Основными причинами ситуативной тревожности беременные считают ситуацию в стране и свою неуверенность. Менее значимыми оказались проблемы во внутреннем кругу общения (семья и работа) [24].

Корреляционный анализ показал, что высокая ситуативная тревожность связана с неприятием себя, а высокая тревожность обоих типов (личностная и ситуативная) – с неприятием других. Эти результаты подтверждаются тем, что неуверенность в себе была названа общей причиной тревожности 44% респонденток. При этом, негативные оценки семейной ситуации не связаны с тревожностью, в то время как

удовлетворенность браком коррелирует с низким уровнем тревожности, а неудовлетворенность – с высоким. Интересно отметить, что, несмотря на это, в свободных ответах никто не указал на отношения с мужем как источник тревожности. В отличие от личностной, ситуативная тревожность коррелирует с большинством субъективных источников тревожности, что вполне ожидаемо [24].

В рамках проектной работы, проводившейся в акушерском отделении №2 Сургутского перинатального центра, кандидат психологических наук С.Л. Леденцова изучала, как тревожность влияет на беременных женщин, госпитализированных из-за угрозы выкидыша. Целью исследования было выяснить, как сочетание их личного восприятия беременности и болезни определяет уровень их тревожности [43].

Для исследования отобрали 5 беременных женщин со сроком от 7 до 17 недель, в возрасте 25-35 лет, у которых была диагностирована угроза прерывания беременности. Чтобы оценить их тревожность в комплексе, разработали критерии, учитывающие ситуативную и личностную тревожность, их понимание болезни и беременности, опираясь на психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД).

Результаты претеста показали, что все участницы имели высокий уровень тревожности, включающий:

- высокую ситуативную и личностную тревожность, что указывало на их психологическую дезадаптацию;
- тревожное отношение к болезни с преобладанием таких черт, как беспокойство, мнительность и преувеличение симптомов;
- тревожное отношение к беременности, часто с преобладанием тревожных черт, даже если были и другие (оптимистичные или эйфорические) проявления, они не доминировали [43].

Высокая личная тревожность у этих женщин свидетельствовала о склонности остро реагировать на различные ситуации и находиться в постоянном напряжении. Авторы предположили, что их эмоциональное состояние может

не только усугублять угрозу выкидыша, но и усиливать тревогу, негативное отношение к болезни и беременности.

Для снижения уровня тревожности провели индивидуальный психологический курс из 8 занятий, продолжительностью 60-90 минут каждое, учитывая специфику пребывания в стационаре. Целью программы было снижение ситуативной и личностной тревожности, а также нормализация их восприятия болезни и беременности.

После завершения курса (посттест) заметили, что уровень тревожности изменился у всех участниц, но не одинаково. Наиболее заметным было снижение ситуативной тревожности с высокого до умеренного уровня. Второе важное изменение – это более адекватное отношение к болезни: уменьшилась тревога, появились более конструктивные реакции [43].

Некоторая степень беспокойства является нормальной и даже полезной для беременных женщин, помогая нам справляться с жизненными трудностями. Уровень тревожности, который показывает, насколько человек склонен к эмоциональной нестабильности или, наоборот, эмоционально устойчив, является важной характеристикой личности. Эта характеристика отражает, как каждый реагирует на стрессовые ситуации.

Исследование В.Г. Сюсюка ставило целью изучить, как типы темперамента у беременных женщин связаны с их уровнем личной и ситуативной тревожности [8].

В исследовании приняли участие 392 беременные женщины на втором и третьем триместрах. Для изучения их психологических особенностей и эмоционального состояния были использованы специальные тесты: опросник личности Бехтеревского института, шкала тревожности Спилбергера-Ханина и опросник Айзенка (EPQ) [8].

Анализ показал, что среди беременных чаще всего встречался сангвинический тип темперамента (35,46%). На втором месте по распространенности оказался холерический (23,98%), затем меланхолический (22,45%) и флегматический (18,11%). При оценке

опросника Айзенка было обнаружено, что чем выше уровень тревожности (как общей, так и в конкретной ситуации), тем выше был показатель нейротизма, отражающий склонность к эмоциональной нестабильности. Это подтвердилось тем, что уровень нейротизма был положительно связан как с ситуативной (слабая связь), так и с личной тревожностью (сильная связь) [8].

Результаты исследования показали, что существуют статистически значимые различия в уровнях как личной, так и ситуативной тревожности между беременными с разными типами темперамента. В частности, у сангвиников тревожность была ниже, чем у холериков и меланхоликов, а также у флегматиков по сравнению с холериками и меланхоликами [28]. Сравнивая сангвиников с флегматиками, а также холериков с меланхоликами, были обнаружены различия только в уровне личной тревожности, а не ситуативной [8].

Цель исследования доктора медицинских наук И.А. Анчевой являлось изучение особенностей психоэмоционального статуса и определение уровня вегетативного обеспечения у женщин с высоким уровнем тревожности / депрессии для индивидуального прогнозирования родов. Для решения поставленной цели в исследовании приняли участие 126 беременных женщин. В дальнейшем, в зависимости от результатов оценки данных госпитальной шкалы тревоги и депрессии (шкала HADS), лица с низким уровнем тревожности составили контрольную группу [4].

Среди обследованных женщин выявлено: у 34 (26,9%) отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии, 64 беременных (50,9%) имели субклинически выраженную тревогу / депрессию и 28 (22,4%) опрошенных были отнесены к группе с клинически выраженной тревогой / депрессией [4].

Беременные были разделены на три клинические группы: 1 группа – 64 беременные, у которых во время текущей беременности обнаружена субклинически выраженная тревога, 2 группа – 28 беременных с клинически выраженной тревогой / депрессией, 3 группа – 34 женщины в которых

текущая беременность перебегает на фоне отсутствия достоверно выраженных симптомов тревоги [4].

Показатели личностной тревожности были выше во второй подгруппе, что дает основание предполагать у них состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Уровень ситуативной тревожности также свидетельствовал о повышенной тревожности пациенток указанных групп. влияние тревожности, как личностной характеристики, на эмоциональное восприятие течения беременности и возможных осложнений.

Анализ структуры осложнений беременности у женщин представленных групп свидетельствовал о повышенном уровне удельного веса у женщин 1 и 2 группы с осложненным течением беременности в виде угрозы прерывания, угрозы преждевременных родов и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Так, уровень угрозы прерывания беременности у 1 и 2 группы составлял 31,2% и 32,1% соответственно, а в контрольной группе 23,5%. Угроза преждевременных родов составила соответственно у 1 и 2 группы 18,8% и 21,4%, а в контрольной группе этот показатель равнялся 14,7%. Заболевания сердечно-сосудистой системы также имели отклонения от контрольной группы (2,9%) в сторону повышения и составили соответственно 4,7% и 14,3%. Все беременные, лечившиеся от бесплодия также имели высокий уровень акушерской и соматической патологии. Следовательно, следует констатировать, что наибольшее число осложнений беременности наблюдалось среди пациенток 1 и 2 клинических групп [4].

Обращает на себя внимание тот факт, что вегетативно-эмоциональные жалобы выявлены у всех беременных. Некоторые из перечисленных симптомов носили пароксизмальный характер (головная боль в виде приступов, чаще по типу мигрени, боли в области сердца). Другие симптомы носили перманентный характер (слабость, повышенная потливость, похолодание конечностей). Самыми частыми жалобами были лабильность

настроения и раздражительность, они отмечались у подавляющего числа женщин [4].

Анализ течения родов у обследованных женщин позволил отметить их особенности в зависимости от уровня тревожности. Уровень преждевременных родов и уровень родов проведенных оперативным путем был выше во второй группе. Осложнения родов, в виде преждевременного разрыва плодных оболочек, наблюдались у женщин с высоким и средним уровнем личностной тревожности составляли соответственно 47,7% и 53,3%. Также следует отметить, что у беременных первой и второй групп уровень самопроизвольных выкидышей в первом и втором триместре был самым высоким [30].

Повышенная тревожность и состояние эмоционального стресса у беременных с угрозой прерывания приводят к изменениям вегетативного статуса. Предиктором увеличения частоты самопроизвольных выкидышей и родовых осложнений является чувство страха. На основании полученных данных у беременных с высоким уровнем тревожности и депрессии имели место повышенные показатели акушерской патологии на протяжении всей беременности, а также высокий уровень осложнений [31, 38].

В общем, невротическое отношение к материнству и усиленные тревожные состояния беременной женщины неблагоприятно влияют и на нее саму и на физиологическое и психологическое здоровье ребенка. Констатировано негативное влияние на психофизическое здоровье беременной женщины конфликтного, кризисного общения в микроклимате проблемной семьи [35].

Осуществлен анализ разнотипных детерминант, которые обуславливают тревожность, фрустрированность, агрессивность, депрессивность женщины, вынашивающей ребенка. Установлен фактор семейной депривации как мощного неблагоприятного фактора для аффективного психогенеза беременной женщины. Утверждается, что беременные женщины могут испытывать беспокойство и разочарование как

на ранних сроках беременности или непосредственно перед родами, так и на протяжении всего срока беременности [39].

Отмечено, что под неблагоприятным влиянием негативных психоэмоциональных стимулов беременные женщины переживают усталость, истощение, чувство опустошенности и одиночества и так далее. Выделен широкий детерминационный фон повышенной невротичности беременной женщины, что раздражает и истощает как ее, так и будущего ребенка: от раннего токсикоза и чрезмерной работы с компьютером до проблем с расстройствами адаптации к новому образу «Я» и несостоятельности выработать продуктивную я-концепцию.

#### **1.4 Современные телесно-ориентированные методы, применяемые в психологической коррекции**

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) – это совокупность методов, техник, упражнений, созданных для того, чтобы помочь человеку справиться с психологическими проблемами и психосоматическими проявлениями.

Это направление психотерапии направлено на улучшение психического самочувствия путем воздействия на тело, чтобы открыть первопричины текущих проявлений в теле и психике и таким образом добраться до глубинных травм и их последствий. Телесно-ориентированная терапия направлена на то, чтобы освободить настоящее от негативного воздействия прошлого [42].

Основатель телесно-ориентированной терапии – Вильгельм Райх, австрийский и американский психолог, ученик Зигмунда Фрейда – впервые открыл и описал «панцирь», который формируется на месте наибольшего напряжения и фиксирует то, что угрожает психике человека – страхи, тревогу, переживания, комплексы, подавленные эмоции и так далее. По сути,

случается это тогда, когда тело берет на себя функции психики и вместо нее формирует защиту, и эту самую «телесную защиту» называют «панцирем».

На теле выделяют 7 основных зон, на которых формируется «панцирь»:

- глазной (брови, глаза, скальп, лоб),
- челюстной или оральный (подбородок, затылок, горло),
- шейный или горловой (шея, язык),
- грудной (лопатки, плечи, грудь, руки),
- диафрагмальный (солнечное сплетение, диафрагма, нижние позвонки),
- брюшной (живот, спина),
- тазовый (таз, нижние конечности).

Все виды защитных панцирей сказываются и со стороны тела, и со стороны психики и социальных проявлений. Например, челюстной блок проявляется слабостью в суставах, часто у обладателей этого зажима стираются зубы, они прикусывают язык или губы. Даже косметические наполнители (гиалуроновая кислота, филлеры) не задерживаются в этом напряженном участке и рассасываются. Как правило, таким людям сложно высказывать свое мнение, они не могут за себя постоять, им сложно выражать эмоции, особенно злость, из-за этого накопившаяся агрессия остается внутри и идет против собственного тела. Поэтому у обладателей горла могут быть ОРВИ, ларингиты, ангины. Кроме того, диафрагма рта напрямую связана с диафрагмой живота и тазового дна, поэтому с этим блоком всегда связаны темы стыда и сексуальности. У этого блока часто возникают болезненные ощущения в области затылка. Аналогично многогранно проявляют себя и другие виды панцирей [47].

Последовательность формирования телесных панцирей:

- травмирующее событие / психотравма;
- состояние усиления беспокойства: ситуация, напоминающая о случившемся или триггер, запускающий беспокойство;

- желание защитить себя от повторения той же ситуации и тому подобного;
- подавление страхов, накопление напряжения и формирование зажимов.

Таким образом, в теле появляется «мышечный блок» и одновременно фиксируется деструктивный шаблон поведения в проблемной ситуации, который усиливает зажим. Задача специалиста найти место зажима, расшифровать соматические симптомы и снять чрезмерное напряжение в теле.

Параллельно необходимо выявить саму психотравму, спровоцировавшую блокировку, и проработать ее и изменить закрепившийся шаблон поведения при схожих обстоятельствах. После устранения мышечного панциря высвобождается заблокированная жизненная энергия, исчезает напряжение, постепенно рассасываются психические, невротические и другие расстройства. Как результат, к человеку возвращается способность жить яркой, полной жизнью [49].

Список техник, которые телесный терапевт может использовать для устранения мышечных блоков, напряжений и зажимов:

- дыхательные практики,
- заземление,
- центровка,
- упражнения в положении сидя, лежа или стоя,
- массажные техники и приемы воздействия на тело,
- приемы мануальной терапии,
- гимнастика,
- беседа с невербальными ответами,
- приемы арт-терапии,
- групповые тренинги,
- аффирмации.

Работа с телом помогает обратиться к внутренним ресурсам человека и направить их в работу, убрать блоки и высвободить энергию, чтобы вернуть человеку свободу быть собой и чувствовать положительную легкость в теле, будучи в гармонии с собой и миром [45].

Противопоказания к применению методов ТОТ:

- диагностированные психические заболевания (шизофрения, биполярное расстройство, пограничное расстройство личности);
- состояние алкогольного или наркотического опьянения, острый невроз;
- обострение хронических недугов, болевой синдром [51].

Шведское рандомизированное контролируемое исследование изучало влияние телесной психотерапии, ориентированной на аффекты, на генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Участники с диагнозом ГТР были рандомизированы на телесную психотерапию, ориентированную на воздействие, или стандартное психиатрическое лечение. Пациенты, ориентированные на телесную психотерапию, сосредоточенные на аффектах, посещали в среднем 37 сеансов в течение одного года, в то время как продолжительность лечения для контрольного состояния была разной. Было обнаружено, что телесная психотерапия, ориентированная на аффекты, значительно уменьшала беспокойство, в то время как чувство благополучия участников повышалось ( $d=0,71$ ,  $p < 0,1$ ).

Изменения оставались стабильными в течение одного года наблюдения. Хотя пациенты в контексте телесной психотерапии, ориентированной на аффекты, испытали значительно большее снижение общих психиатрических симптомов, различия в тревоге не были значимыми между двумя группами во время последующего наблюдения [43].

Тридцать один участник был включен в испытание, и 21 из них получили телесно-ориентированную групповую психотерапию. Контрольная группа получала лечение как обычно. Результаты показывают, что телесно-ориентированная групповая психотерапия значительно улучшила основные

симптомы хронической депрессии ( $d = 0,93$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, которая не показала никаких изменений.

Таким образом, проведенный обзор современных телесно-ориентированных методов психологической коррекции показал их значительный потенциал в работе с эмоциональными, травматическими и психосоматическими расстройствами. В отличие от традиционных вербальных подходов, эти методы позволяют получить доступ к глубинным, зачастую не осознаваемым переживаниям и проработать их на уровне тела, способствуя более целостному и устойчивому изменению. Очевидными преимуществами являются повышение осознанности телесных ощущений, снижение мышечного напряжения и формирование более гармоничной связи между телом и психикой.

## **Глава 2 Экспериментальная работа по использованию методов телесно-ориентированной терапии в работе с тревожностью у беременных женщин**

### **2.1 Цель, задачи, выборка, материал и методы исследования**

Целью исследования являлась разработка и апробация программы с применением техник телесно-ориентированной терапии, направленной на снижение уровня тревожности беременных женщин.

В исследовании участвовала 51 беременная в первый раз женщина в возрасте от 22 до 35 лет. Средний возраст составил  $26,5 \pm 2,8$  лет.

Проведение исследования предполагало решение следующих задач:

- изучить наличный уровень тревожности беременных женщин;
- разработать программу с применением техник и приемов телесно-ориентированной терапии, направленную на снижение уровня тревожности беременных женщин;
- апробировать разработанную программу и оценить степень ее эффективности;
- разработать практические рекомендации для профилактики тревожности беременных женщин.

Экспериментальное исследование было организовано в три этапа:

- констатирующий этап, который направлен на выявление исходного уровня тревожности беременных женщин;
- формирующий этап, который предусматривал разработку и апробацию программы телесно-ориентированной терапии, направленной на снижение уровня тревожности беременных женщин;
- контрольный этап, позволяющий определить изменения уровня тревожности беременных женщин после занятий по разработанной программе.

Методы исследования:

- теоретический анализ научной психологической литературы;
- сбор данных с помощью комплекса психодиагностических методик;
- статистические методы обработки полученных данных.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики:

- Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова),
- Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина),
- Шкала тревоги Бека,
- Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS–R).

Исследование проводилось на базе Кризисного центра помощи женщинам «Светлая обитель» г. Краснодар. Кризисный центр оказывает помощь беременным женщинам и матерям с детьми. В центре оказывается всесторонняя поддержка, в том числе с предоставлением проживания, женщинам в состоянии репродуктивного выбора, беременным женщинам и матерям с детьми в трудной жизненной ситуации.

Работа кризисного центра помощи беременным женщинам и матерям с детьми осуществляется в рамках реализации проектов, поддержанных Фондом Президентских грантов: «Служба профилактики социального сиротства, сохранения и сопровождения семьи «Семейный круг 2.0» и «Комплексная социальная поддержка и защита семей в трудной жизненной ситуации «В кругу семьи». В ходе работы центр оказывает комплексную поддержку женщинам в трудной жизненной ситуации и членам кризисных семей. Поддержка включает в себя как помощь тем, кто уже оказался в кризисной ситуации, благодаря работе телефона помощи семье и направления обратившихся для получения различных видов помощи (гуманитарная, психологическая, юридическая, консультации социального работника), так и проблемным семьям, целью которых являлась первичная профилактика семейного неблагополучия.

В кризисном центре для беременных женщин и матерей с детьми проживают на полном продуктовом и хозяйственно-бытовом обеспечении женщины и дети, нуждающиеся во временном приюте. С проживающими в центре женщинами занимаются психолог, социальный работник, проводятся показы киноклуба, мастер-классы по кулинарии и домоводству, что позволяет многим женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации, обрести опору в себе и начать самостоятельную жизнь, накопив материальный и моральный ресурс во время проживания в центре. Большой блок мероприятий направлен на профессиональную ориентацию матерей с детьми, а также информирование их о возможностях получения мер государственной социальной поддержки и поиска и оформления трудовых отношений, что в итоге помогает женщинам профессионально самореализоваться и улучшить уровень благосостояния их семей.

Отдельная группа мероприятий направлена на консолидирование действий и увеличение компетентности профильных специалистов, министерств и ведомств, НКО, оказывающих помощь беременным женщинам в трудной жизненной ситуации и кризисным семьям. В блоке этих мероприятий находятся круглый стол, межрегиональные конференции по оказанию помощи семьям, семинары по доабортному консультированию для специалистов ЛПУ родовспоможения.

Профилактика семейного неблагополучия включает в себя ряд просветительских просемейных мероприятий: ежемесячные встречи семейного клуба, которые включают в себя лекцию семейного психолога, беседу со священником и встречу с интересной семьей, ежемесячные кинопоказы в семейном киноклубе для родителей с детьми, просветительские онлайн-семинары по психологии семейных и детско-родительских отношений, курсы подготовки к беременности и родам для беременных и планирующих материнство женщин, регулярные группы психологической поддержки для супругов и членов кризисных семей и детско-родительские группы психологической поддержки.

Приведем краткое описание использованных методик.

Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора предназначена для измерения проявлений тревожности.

Рассматриваемая шкала представляет собой перечень из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения опросника базируются на отдельных пунктах Миннесотского многоаспектного личностного опросника, а именно тех, которые обладают хорошей способностью различать лиц с «хроническими реакциями тревоги».

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

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

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

напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Шкала тревоги Бека предназначена для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, зрелых и пожилых, контингента клиники и при скрининговых исследованиях.

Опросник состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

Шкала PASS-R – это инструмент самооценки, предназначенный для выявления симптомов тревоги у женщин как во время беременности, так и в течение года после родов. Этот опросник, состоящий из 31 вопроса, разделен на 5 субшкал и охватывает широкий спектр тревожных расстройств, включая генерализованную тревогу, панику, обсессивно-компульсивное поведение и посттравматический стресс. Кроме того, вопросы шкалы позволяют выявить симптомы расстройства адаптации и диссоциативных состояний. Уникальность методики PASS-R заключается в том, что она учитывает специфические проявления тревоги, характерные именно для периодов беременности и после родов, например, такие как беспокойство о здоровье ребенка или опасения за его безопасность.

Процесс сбора диагностических данных был организован в онлайн-формате с использованием Google forms.

Полученные первичные данные подвергались общепринятым методам математической статистики. Осуществлялись расчеты средних арифметических величин (M), среднего квадратичного отклонения (SD), достоверность различий в начале и конце исследования определялась с использованием t-критерия Стьюдента (уровень значимости  $p < 0,001$  и  $p < 0,05$ ).

Статистическая обработка полученных первичных данных производилась с использованием программ MS Excel 2016 и IBM SPSS Statistics 26.0.

## **2.2 Результаты определения исходного уровня тревожности беременных женщин**

Первым этапом исследования являлось определение уровня тревоги беременных женщин с использованием методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова).

Было установлено, что более 80 % беременных женщин, участвующих в исследовании, имеют высокий или очень высокий уровень тревоги (таблица 1, рисунок 1).

Таблица 1 – Результаты определения уровня тревоги беременных с использованием методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова)

Уровень тревоги	Количество человек	%
Очень высокий	5	9,8
Высокий	37	72,5
Средний	9	17,6

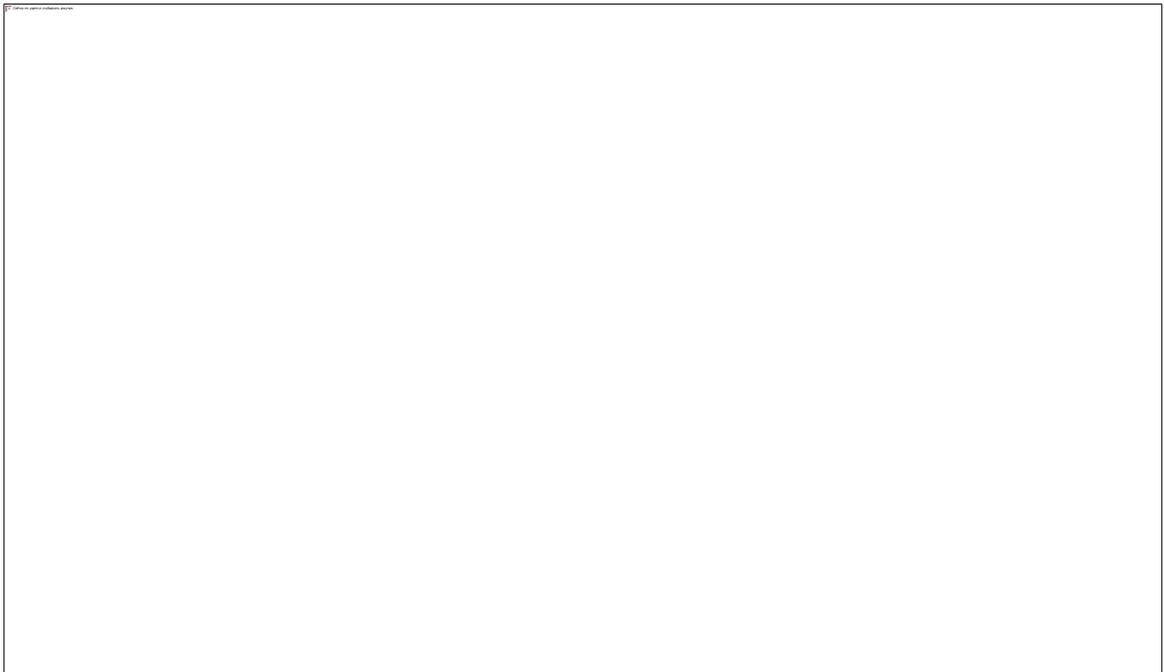


Рисунок 1 – Результаты определения уровня тревоги беременных с использованием методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова)

Результаты исследования, проведенного с использованием «Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора», выявили значительный уровень тревожности среди беременных женщин, обратившихся за помощью в Кризисный центр «Светлая обитель».

Доминирующей группой среди исследуемых беременных женщин являются женщины с высоким уровнем тревоги (72,5%), что указывает на наличие у них выраженного беспокойства, нервозности и напряжения. Эти женщины, вероятно, испытывают частые и интенсивные проявления тревоги, которые могут влиять на их повседневную жизнь, сон, аппетит и общее самочувствие. Высокий уровень тревоги может проявляться в таких симптомах, как постоянное беспокойство, раздражительность, затруднения с концентрацией, учащенное сердцебиение, потливость, бессонница и другие.

Женщины со средним уровнем тревоги (17,6 %), вероятно, испытывают тревогу эпизодически или в ситуациях, связанных с особыми трудностями. Их тревожные переживания могут быть менее интенсивными, чем у группы с высоким уровнем тревоги, но также требуют внимания и поддержки. Они

могут проявлять некоторые признаки беспокойства, но в целом более способны справиться с ним самостоятельно.

Самую уязвимую часть выборки составляют женщины с очень высоким уровнем тревоги (9,8%). Эти женщины, вероятно, испытывают крайне интенсивные и частые проявления тревоги, которые могут граничить с паническими атаками и серьезно влиять на их функционирование. Очень высокий уровень тревоги может быть связан с наличием у этих женщин глубоких психологических травм, тяжелых жизненных обстоятельств или предшествующими тревожными расстройствами. Они могут испытывать сильный страх, ужас, ощущение беспомощности и могут нуждаться в неотложной психологической помощи.

В таблице 2 представлен средний показатель тревожности беременных женщин, принявших участие в исследовании.

Таблица 2 – Показатели тревожности беременных женщин

Показатель	Среднее значение, балл	Стандартное отклонение, балл
Уровень тревоги	30,0	6,3

Установили, что средний уровень тревоги беременных женщин имеет значение ( $30,0 \pm 6,3$ ) баллов, что определяется как высокий уровень тревоги.

Тревожность, являясь естественной реакцией на стрессовые ситуации, может оказывать значительное влияние на течение беременности и психологическое состояние будущей матери. Своевременное выявление и коррекция повышенного уровня тревожности способствует снижению риска осложнений и созданию благоприятных условий для развития ребенка. Для оценки как кратковременной тревоги, вызванной конкретной ситуацией, так и устойчивого тревожного состояния личности, в данном исследовании была применена методика Спилбергера-Ханина. Результаты, представленные ниже, позволяют получить представление об уровне тревожности исследуемой группы беременных женщин. Ситуативная (реактивная)

тревожность обусловлена ситуацией в данный момент времени, она характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в конкретной обстановке. Результаты изучения ситуативной тревожности представлены в таблице 3 и на рисунке 2.

Таблица 3 – Результаты определения выраженности ситуативной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера

Выраженность ситуативной тревожности	Количество человек	%
Высокая	11	21,6
Умеренная	37	72,5
Низкая	3	5,9

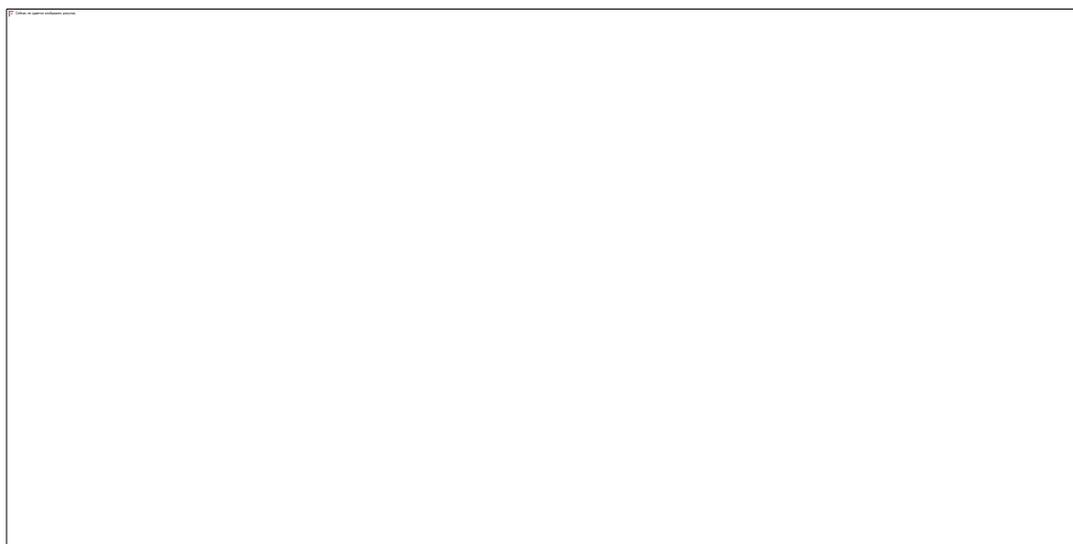


Рисунок 2 – Результаты определения выраженности ситуативной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, %

Большинство женщин (37 женщин из 51 или 72,5 %) обладают умеренной ситуативной тревожностью, что проявляется как излишнее акцентирование отдельных элементов различных ситуаций при общей достаточно хорошей способности и возможности контролировать свои эмоциональные переживания.

Женщины с умеренной ситуативной тревожностью стараются объективно оценивать возникающие ситуации, однако это им удается или не сразу, или они не совсем уверены в своих силах, возможностях, опыте. Поэтому возможно кратковременное несущественно нарушенное эмоциональное равновесие, снижение работоспособности. Восстановление эмоционального комфорта, уверенности в себе происходит довольно быстро.

Высокий уровень ситуативной тревожности был установлен у 11 женщин (21,6%). Высокий уровень ситуативной тревожности свидетельствует о том, что ситуация, в которой находится женщина, чрезвычайно важна для нее. Она затрагивает актуальные на данный момент потребности, женщина воспринимает ее как несущую угрозу ее физическому существованию, престижу, собственной оценке самой себя. Женщины с высоким уровнем ситуативной тревожности чувствуют напряжение, беспокойство, мышечную скованность.

Они сконцентрированы на происходящем, которое кажется им опасным и непреодолимым. Они недовольны собой, окружающими людьми, часто замыкаются в себе.

Низким уровнем ситуативной тревожности обладают 3 женщины (5,9%). Это признак недостаточной актуализации потребностей организма, отсутствие заинтересованности в том, что происходит в мире и в самом себе. Эти женщины воспринимают происходящее или в соответствии с их объективной эмоциогенностью, или как незначашее, или как преодолимое. Они уверены в себе, довольны собой, своим состоянием, положением дел, внутренне расслаблены, настроены на успешное преодоление препятствий и чувствуют в себе достаточно сил для этого.

Результаты определения личностной тревожности беременных женщин представлены в таблице 4 и на рисунке 3.

Таблица 4 – Результаты определения выраженности личностной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера

Выраженность личностной тревожности	Количество человек	%
Высокая	39	76,5
Умеренная	12	23,5



Рисунок 3 – Результаты определения выраженности личностной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера, %

Большинство беременных женщин (39 женщин из 51 или 76,5 %) обладают высокой личностной тревожностью. Женщины с высоким уровнем личностной тревожности воспринимают окружающий мир как опасный, где любое действие может угрожать их репутации или самооценке. Их поведение и общение с другими людьми направляются, главным образом, чувствами. Они очень чувствительны к эмоциям, легко обижаются и болезненно воспринимают замечания, считая их критикой или оскорблением. Похвала и поддержка воспринимаются с недоверием или как лесть. Они стараются избегать конфликтных ситуаций, или, если они неизбежны, чувствуют себя

виноватыми. Неудачи воспринимаются как катастрофа, угнетают их и мешают двигаться дальше, анализировать ошибки и искать решения.

Умеренная личностная тревожность установлена у 12 женщин из 51 или 23,5 %. Женщины с умеренным уровнем личностной тревожности чувствуют себя спокойно и уверенно в знакомых ситуациях, где они знают, как себя вести и что от них ожидают. Они способны сохранять работоспособность и эмоциональное равновесие в таких условиях. Однако, когда ситуация становится сложной или непредсказуемой, они могут испытывать беспокойство и тревогу, однако, как правило, такие женщины быстро успокаиваются и восстанавливают эмоциональное равновесие.

Женщин с низкой личностной тревожностью выявлено не было.

В таблице 5 представлен средний показатель тревожности беременных женщин.

Таблица 5 – Показатели тревожности беременных женщин

Показатель	Среднее значение, балл	Стандартное отклонение, балл
Ситуативная тревожность	40,2	6,7
Личностная тревожность	47,9	5,0

Установили, что средний показатель ситуативной тревожности женщин имеет значение  $(40,2 \pm 6,7)$  баллов, что определяется как умеренная ситуативная тревожность, средний показатель личностной тревожности имеет значение  $(47,9 \pm 5,0)$  баллов, что также определяется как умеренная личностная тревожность.

На рисунке 4 представлена диаграмма, которая показывает соотношение личностной и ситуативной тревожности беременных женщин.

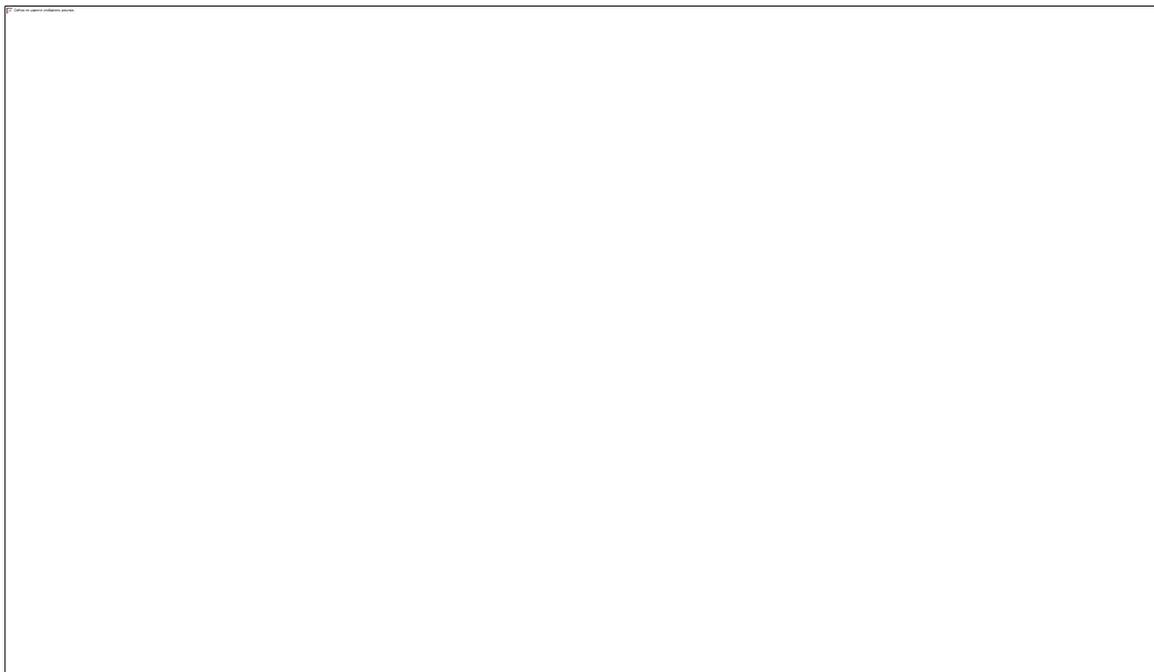


Рисунок 4 – Средние значения по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера

В среднем, беременные женщины в исследовании показали более высокие баллы по шкале личностной тревожности, чем по шкале ситуативной тревожности. Это говорит о том, что они, в большей степени, склонны к переживанию тревоги в целом, а не только в конкретных ситуациях.

Личностная тревожность – это более устойчивая характеристика, и ее повышенный уровень говорит о том, что женщины склонны к беспокойству, нервозности, напряжению, и это является частью их общей эмоциональной картины. Это не просто реакция на беременность, а скорее их типичная реакция на жизнь. Женщины с выраженной личностной тревожностью более уязвимы к стрессу и более остро реагируют на жизненные трудности, в том числе на изменения, связанные с беременностью. Они чаще испытывают беспокойство и опасения, даже когда нет явных причин для них.

Повышенная личностная тревожность может негативно влиять на протекание беременности. Такие женщины более склонны к беспокойству о здоровье ребенка, о родах, о своей новой роли матери, о будущей жизни

после рождения ребенка. Они испытывают трудности с концентрацией и принятием решений, могут иметь проблемы со сном (бессонница, беспокойный сон), чаще испытывают физические симптомы, связанные с тревогой (учащенное сердцебиение, потливость, головные боли и так далее).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что в беременные женщины, обратившиеся за помощью в кризисный центр, имеют устойчивую склонность к тревоге, которая не является просто реакцией на беременность. Это подчеркивает важность скрининга уровня тревожности у беременных и оказания им необходимой психологической помощи. Для определения уровня выраженности тревожных симптомов и оценки вероятности наличия тревожных расстройств в данном исследовании была использована шкала тревоги Бека. Результаты представлены в таблице 6 и на рисунке 5.

Таблица 6 – Результаты определения выраженности тревожных расстройств у беременных женщин по Шкале тревоги Бека

Выраженность тревоги	Количество человек	%
высокая	26	51,0
средняя	25	49,0

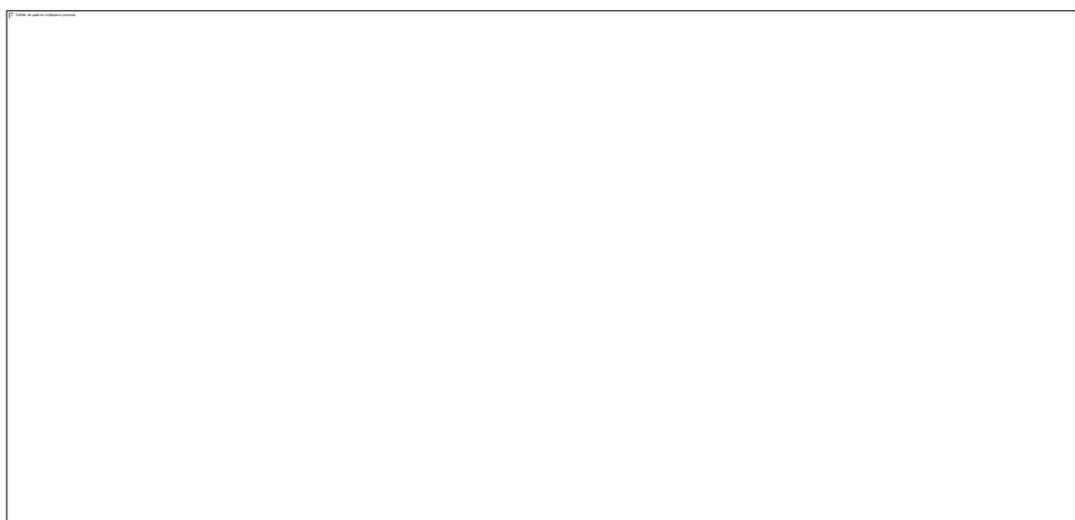


Рисунок 5 – Результаты определения выраженности тревожных расстройств беременных женщин по Шкале тревоги Бека

Более половины (51 %) исследуемых беременных женщин набрали баллы, соответствующие высокой степени выраженности тревожных симптомов по шкале Бека. Эти женщины испытывают значительную тревогу, которая, вероятно, влияет на их повседневную жизнь, сон, аппетит и общее самочувствие. Они могут испытывать частые и интенсивные приступы беспокойства, нервозности, страха, а также сопутствующие физические симптомы.

Оставшиеся 49% исследуемых беременных женщин набрали баллы, соответствующие средней степени выраженности тревожных симптомов по шкале Бека. Они испытывают тревогу, но она может быть менее интенсивной или более ситуационной, чем у группы с высоким уровнем.

Важно отметить, что в данной выборке нет беременных женщин с низким уровнем тревоги по шкале Бека, то есть все женщины в выборке испытывают тревожные симптомы в той или иной степени. Полученный результат может свидетельствовать о специфике данной выборки, поскольку исследование проводилось в кризисном центре, или о общей тенденции к повышенной тревожности среди беременных.

Результаты показывают, что у беременных женщин в исследовании присутствуют тревожные симптомы, причем более чем у половины (51%) – эти симптомы выражены на высоком уровне, что свидетельствует о значительной распространенности тревоги среди беременных в исследуемой группе. Наличие вегетативных проявлений вместе с нервозностью и страхом говорит о том, что тревога у этих женщин проявляется не только на эмоциональном, но и на физическом уровне. Тревога влияет на их физическое состояние, что может усугубить дискомфорт, связанный с беременностью.

Перинатальная тревога – это особый вид тревожности, связанный с уникальными стрессорами и изменениями, которые происходят во время беременности и после рождения ребенка. Важно своевременно выявлять и оказывать поддержку женщинам, испытывающим этот вид тревоги. В рамках

данного исследования для оценки выраженности перинатальной тревоги была использована Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R). Результаты, представленные в таблице 7, позволяют получить более полное представление о распространенности и выраженности перинатальной тревожности у исследуемой группы женщин.

Таблица 7 – Показатели скрининговой шкалы перинатальной тревоги

Показатель	Среднее значение, балл	Стандартное отклонение, балл
Острая навязчивая тревога	18,6	3,3
Социальная тревога	4,6	2,5
Навязчивый перфекционизм	6,2	2,1
Специфические страхи	8,2	1,9
Проблемы адаптации	5,3	2,0
Фобия	2,0	1,2

Установлено, что по шкале «Острая навязчивая тревога» беременные женщины имеют балл выше среднего, что указывает на выраженные симптомы генерализованной тревоги, риск развития панических состояний, навязчивость тревожных мыслей и переживаний.

По шкале «Социальная тревога» беременные женщины показали средний балл, то есть женщины имеют некоторый страх социальных контактов, однако они не стремятся их избегать.

Результаты шкалы «Навязчивый перфекционизм» также находятся на среднем уровне, то есть беременные женщины имеют умеренно выраженное стремление к контролю и постоянному улучшению актуальной жизненной ситуации.

По шкале «Специфические страхи» получены результаты выше среднего, что указывает на наличие у женщин симптомов тревоги, которые характерны только для дородового и послеродового периодов и связаны с ситуацией рождения ребенка.

Результаты показывают, что наиболее выраженной проблемой для беременных женщин является острая навязчивая тревога, которая может

указывать на риск развития генерализованного тревожного расстройства и панических состояний. Кроме того, беременные женщины испытывают специфические страхи, связанные именно с периодом беременности и родов. Это подтверждает необходимость специализированной помощи, направленной на поддержку женщин в этот период. Средние баллы по шкалам социальной тревоги и навязчивого перфекционизма говорят о том, что эти аспекты не являются доминирующими проблемами для исследуемой группы, но требуют некоторого внимания и понимания.

Итак, результаты определения уровня тревожности беременных женщин, полученные на констатирующем этапе исследования, указывают на необходимость психологической поддержки беременных женщин, обратившихся в кризисный центр. В целом, результаты исследования подчеркивают необходимость оказания специализированной психологической помощи беременным женщинам, с акцентом на снижение навязчивой тревоги и работу со специфическими страхами. Телесно-ориентированная терапия представляет собой эффективный и безопасный метод для снижения тревожности у беременных женщин, обратившихся в кризисный центр. Она позволяет работать с тревогой на уровне тела, восстанавливать связь ума и тела, регулировать нервную систему, находить внутренние ресурсы и готовиться к родам и материнству. Ее применение в кризисных центрах может значительно улучшить психоэмоциональное состояние беременных женщин и способствовать их благополучию. Для определения эффективности телесно-ориентированных методов для снижения тревожности беременных женщин был организован и осуществлен контрольный этап исследования.

### **2.3 Разработка и апробация психокоррекционной программы с использованием методов телесно-ориентированной психотерапии, направленной на снижение уровня тревожности у беременных женщин**

Для снижения уровня тревожности беременных женщин, засвидетельствованного по итогам констатирующего этапа исследования, была разработана и апробирована психокоррекционная программа с использованием методов телесно-ориентированной терапии.

Программа рассчитана на 12 недель. Рекомендуемая частота сессий – 2 раза в неделю. Частота может корректироваться индивидуально, исходя из потребностей и возможностей каждой участницы, а также с учетом ее физического состояния и самочувствия. Продолжительность каждой сессии составляет 90 минут.

В психокоррекционной программе использовали следующие методы телесно-ориентированной психотерапии:

- двигательная терапия – использование плавных и осознанных движений для снятия напряжения, восстановления границ тела и ощущения своей силы;
- дыхательные практики – обучение техникам правильного дыхания для снижения тревоги и напряжения;
- телесная осознанность, то есть практика осознанного внимания к своим телесным ощущениям и процессам;
- релаксационные техники – применение методов прогрессивной мышечной релаксации, аутогенной тренировки и медитации для снижения тревоги и напряжения;
- работа с голосом – использование звуковых упражнений для выражения эмоций и снятия напряжения.

– контактная работа – применение мягких прикосновений (если это комфортно для женщины) для создания чувства безопасности и поддержки.

Вводная часть разработанной психокоррекционной программы направлена на создание безопасного, поддерживающего и доверительного пространства, где беременные женщины могут открыто выражать свои чувства, настроиться на работу и подготовить свое тело к дальнейшим упражнениям. Вводная часть структурирована таким образом, чтобы обеспечить плавный переход от повседневных забот к телесно-ориентированным практикам и включает в себя следующие ключевые элементы.

Приветствие и создание безопасной атмосферы. Данный этап является первостепенным для установления терапевтических отношений и создания благоприятного эмоционального фона. На начальном этапе каждого сеанса осуществляли теплое, доброжелательное приветствие каждой участницы, обращаясь к ней по имени, проверяли обеспеченность физического комфорта помещения (достаточная освещенность, комфортная температура воздуха), а также предоставление возможности выбора участницами исследования удобного места для сидения с учетом индивидуальных предпочтений (маты, подушки, стулья). Психологическая безопасность создавалась посредством информирования женщин о принципе конфиденциальности, поощрения открытого выражения чувств и мыслей, а также демонстрации безусловного принятия и поддержки каждой участницы. Подчеркивали право участниц на отказ от выполнения любого упражнения в случае возникновения дискомфорта. Кратко разъясняли формат и цели телесно-ориентированной работы на сеансе, акцентируя внимание на важности прислушивания к своему телу и недопустимости перенапряжения.

Обсуждение самочувствия участниц, их запросов и настрой на работу. Данный элемент вводной части сеанса телесно-ориентированной терапии направлен на установление диалога с участницами и выявление актуального эмоционального состояния каждой из них. Участницам предлагали

поделиться своими ощущениями, переживаниями, мыслями и ожиданиями от предстоящего сеанса. Внимательное и эмпатичное слушание, без перебивания и оценок, способствовало созданию доверительного пространства. Осуществляли сбор информации о конкретных запросах и целях участниц на данный сеанс, а также оценке их готовности к телесно-ориентированной работе.

Настройка на работу с помощью простых упражнений на осознание тела, дыхания или заземления. Данный этап обеспечивал плавный переход к практической части сеанса. Участницам исследования предлагали на выбор несколько простых упражнений, которые направлены на переключение внимания с внешних факторов на внутренние ощущения: упражнения на сканирование тела (направление внимания на ощущения в различных частях тела), ощущение контакта с опорой (например, стопами на полу), простые дыхательные техники (диафрагмальное дыхание, замедленное дыхание). Давали четкие и понятные инструкции по выполнению упражнений, подчеркивали важность прислушивания к своим ощущениям, самоисследования и отпускания напряжения, что способствовали созданию фокуса на телесных ощущениях и подготовке к дальнейшим практикам.

Таким образом, вводная часть программы играла ключевую роль в создании терапевтической атмосферы, установлении контакта с участницами и подготовке их к активной работе. Структурированный подход к каждому из элементов вводной части обеспечивает плавный переход к основной фазе сеанса и способствует повышению эффективности психокоррекционного воздействия.

Основная часть психокоррекционной программы, продолжительностью 40-60 минут, представляет собой ядро психотерапевтического воздействия и направлена на непосредственное применение методов телесно-ориентированной психотерапии для снижения уровня тревожности у беременных женщин. Данный этап структурирован таким образом, чтобы

обеспечить постепенное углубление в телесные переживания и способствовать развитию навыков саморегуляции.

Основная часть программы включает в себя следующие ключевые элементы.

Упражнения на осознание тела (10-15 мин). На данном этапе применяли техники, направленные на развитие осознанного восприятия телесных ощущений.

#### Упражнение «Сканирование тела»

Цель: развитие осознанного внимания к телесным ощущениям, снижение внутреннего напряжения и формирование навыков самонаблюдения.

Выполнение: Участницам предлагается занять удобное положение сидя или лежа, с закрытыми глазами (при желании). Терапевт предлагает участницам направить внимание на ощущения в различных частях тела, начиная, например, со стоп и постепенно продвигаясь вверх по телу к макушке головы. Участницам предлагается просто наблюдать за ощущениями, без оценки или попыток их изменить. При этом могут возникать различные ощущения, такие как тепло, холод, покалывание, давление, напряжение или расслабление. Участниц просят оставаться неподвижными, пока не придет очередь исследуемой части тела, если нет дискомфорта. При необходимости, сканирование можно повторять несколько раз, уделяя больше внимания тем областям, где ощущается напряжение или дискомфорт.

Ощущения напряжения в какой-либо части тела можно оценить по шкале от 1 до 10 (где 1 – это минимальное напряжение, а 10 – максимальное). Упражнение способствует развитию осознанности, снижению тревожности за счет переключения внимания с тревожных мыслей на телесные ощущения, а также выявлению зон напряжения, которые требуют дальнейшей проработки.

Терапевтические эффекты: улучшение контакта со своим телом, снижение общего напряжения, увеличение осознанности своего физического и эмоционального состояния.

#### Упражнение «Заземление»

Цель: установление связи с физической реальностью, снижение тревожности и чувства отстраненности, а также на создание чувства безопасности и устойчивости.

Выполнение: Участницам предлагается сосредоточиться на ощущениях в стопах, при контакте с полом, стулом или другим основанием, обращая внимание на давление, тепло, текстуру поверхности под стопами. Мягкие покачивания или раскачивания тела из стороны в сторону помогут почувствовать силу гравитации и опору под ногами, представление себя деревом с корнями, уходящими глубоко в землю, даст ощущение связи с землей и окружающим пространством, синхронизация дыхания с ощущениями опоры, даст осознание того, что опора есть и она всегда поддерживает.

Упражнение способствует снижению тревоги и чувства оторванности от реальности, развитию чувства безопасности и устойчивости, помогает вернуться к состоянию «здесь и сейчас».

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревоги, чувства растерянности, повышение ощущения стабильности и уверенности, улучшение концентрации внимания.

#### Упражнение «Движения осознанности»

Цель: развитие осознанности через движение, снижение мышечного напряжения и восстановление границ тела, а также ощущения своей силы.

Выполнение: Участницам предлагается выполнять медленные и плавные движения, с полным осознанием каждого жеста, с направлением внимания на ощущения в мышцах, суставах, в каждой точке движения. Предлагается использование различных видов движений: вращение суставов, наклоны, повороты, потягивания, мягкие покачивания. Выполнение

движений постепенно, без спешки или напряжения. Участницам предоставляется свобода выбора движений, которые для них наиболее приятны и комфортны. Дыхание согласовано с движениями, вдох на растяжении, выдох на расслаблении.

Упражнение способствует снятию мышечного напряжения, восстановлению чувствительности тела, развитию осознанности и интеграции ума и тела.

Терапевтические эффекты: снижение уровня напряжения, улучшение координации движений, повышение чувства уверенности и контроля над своим телом, снятие блоков и зажимов.

Дыхательные практики (10-15 мин). В рамках данного этапа применяли техники, направленные на регуляцию дыхания как средства управления эмоциональным состоянием.

#### Диафрагмальное дыхание

Цель: активация парасимпатической нервной системы, способствующей расслаблению, снижению уровня стресса и тревожности.

Выполнение: Участницам предлагается занять удобное положение сидя или лежа, при котором они чувствуют себя расслабленно. Терапевт предлагает направить внимание на ощущения в области живота. Участницы могут положить одну руку на живот, чуть ниже ребер, а другую на грудь, для лучшего осознания дыхания. Выполняется медленный и глубокий вдох через нос, при этом живот должен выпячиваться вперед, а грудь остается практически неподвижной. При желании можно сделать небольшую задержку дыхания на 1-2 секунды. Выполняется медленный и плавный выдох через рот или нос, при этом живот должен опускаться. Упражнение выполняется в медленном и спокойном темпе, с акцентом на глубокий вдох и медленный выдох.

Диафрагмальное дыхание способствует снижению активности симпатической нервной системы, ответственной за реакцию «бей или беги»,

и повышению активности парасимпатической нервной системы, ответственной за расслабление.

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревоги и стресса, нормализация сердечного ритма и артериального давления, улучшение сна, повышение концентрации внимания и ясности ума.

#### Дыхание по квадрату

Цель: регуляция дыхательного ритма, снижение тревожности и переключение внимания с тревожных мыслей.

Выполнение: Терапевт предлагает участницам представить квадрат, каждая сторона которого соответствует одному этапу дыхательного цикла. Участницы выполняют вдох на счет «один, два, три, четыре», задержку дыхания на счет «один, два, три, четыре», выдох на счет «один, два, три, четыре» и паузу после выдоха на счет «один, два, три, четыре». Участницам предлагается полностью сосредоточиться на счете и дыхании, чтобы отвлечься от посторонних мыслей. Упражнение повторяется несколько раз, в зависимости от индивидуальных потребностей. Длительность каждого этапа дыхательного цикла (счета) может быть скорректирована в зависимости от комфорта участниц (например, 3, 5, 6).

Дыхание по квадрату способствует регуляции дыхательного ритма, снижению уровня физиологического возбуждения, отвлечению внимания от тревожных мыслей и усилению концентрации.

Терапевтические эффекты: снижение тревожности, улучшение концентрации, регуляция сердечного ритма, повышение самоконтроля и чувства внутренней устойчивости.

#### Дыхание с визуализацией

Цель: снижение тревоги и эмоционального напряжения через использование образов и визуализации.

Выполнение: Участницам предлагается занять удобное положение, закрыть глаза и расслабиться. Участницы вдыхают и представляют, что вдыхают воздух, наполненный энергией, светом или спокойствием. На

выдохе участницы представляют, что с выдыхаемым воздухом из них уходит напряжение, тревога, страхи и негативные эмоции. Можно использовать различные образы, например, представлять, как напряжение уходит с каждым выдохом в виде темного дыма, который растворяется в воздухе, или представлять себя в спокойном месте, где они чувствуют себя комфортно. Участницы стараются синхронизировать свое дыхание с визуализируемыми образами, усиливая эффект расслабления и уменьшения тревожности. Участницы могут самостоятельно выбирать образы, которые наиболее соответствуют их внутренним ощущениям и потребностям.

Визуализация способствует переключению внимания с негативных мыслей и эмоций, активизирует парасимпатическую нервную систему, снижает уровень стресса и тревожности.

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревоги и стресса, улучшение эмоционального состояния, развитие воображения и творческих способностей, создание чувства спокойствия и умиротворения.

Техники расслабления (10-15 мин). На данном этапе применяются методы, направленные на глубокое расслабление мышц и снижение общего напряжения.

#### Прогрессивная мышечная релаксация

Цель: снижение мышечного напряжения, тревожности и стресса путем осознанного напряжения и расслабления различных групп мышц.

Выполнение: Участницам предлагается занять удобное положение сидя или лежа, закрыть глаза и сосредоточиться на своем теле. Терапевт предлагает участницам последовательно напрягать различные группы мышц, начиная с мышц кистей рук, затем предплечий, плеч, лица, шеи, груди, живота, бедер, голени и стоп. Участницы напрягают каждую группу мышц в течение 5-10 секунд, с усилием, но без перенапряжения. После напряжения следует резкое и полное расслабление мышц, с осознанием возникающего чувства легкости. Между напряжениями и расслаблениями делается небольшая пауза (примерно 10-20 секунд) для осознания разницы в

ощущениях. Упражнение выполняется по полному циклу, начиная от мышц кистей рук и заканчивая мышцами стоп. Участницам предлагается сосредоточиться на ощущениях, возникающих в процессе напряжения и расслабления, без оценки или суждения.

Прогрессивная мышечная релаксация способствует снижению физиологического возбуждения, напряжения и активации парасимпатической нервной системы, что приводит к общему расслаблению и снижению уровня тревожности.

Терапевтические эффекты: снижение мышечного напряжения, улучшение сна, снижение уровня тревоги и стресса, повышение самоосознания и саморегуляции.

#### Аутогенная тренировка

Цель: достижение состояния глубокого расслабления и саморегуляции посредством словесных внушений.

Выполнение: Участницы занимают удобное положение сидя или лежа, закрывают глаза и расслабляются. Терапевт читает медленно и монотонно специальные словесные формулы (внушения), которые направлены на создание чувства тяжести, тепла и покоя в различных частях тела. Начинается работа с формул, которые направлены на расслабление мышц, например: «Моя правая рука тяжелая... Моя правая рука теплая... Мое дыхание спокойное...». Далее используются формулы, воздействующие на сердечную деятельность, например: «Мое сердце бьется ровно и спокойно». Далее применяются формулы для успокоения и прояснения ума, например: «Мой лоб прохладный... Мои мысли спокойные...». Формулы могут быть индивидуализированы в зависимости от потребностей и особенностей участниц.

Участницам предлагается сосредоточиться на ощущениях, возникающих во время произнесения формул, без оценивания. После завершения тренировки участницам предлагают мягко выйти из состояния расслабления, сохраняя чувство покоя и ясности.

Аутогенная тренировка воздействует на подсознание, снижая активность симпатической нервной системы и активизируя парасимпатическую нервную систему, что способствует глубокому расслаблению и саморегуляции.

Терапевтические эффекты: снижение тревоги и стресса, улучшение сна, повышение самоконтроля, снижение головных болей и других физических проявлений тревоги, развитие навыков саморегуляции.

#### Медитация осознанности

Цель: развитие способности присутствовать в настоящем моменте, снижать интенсивность тревожных мыслей, а также способствовать регуляции эмоционального состояния.

Выполнение: Участницы занимают удобное положение сидя или лежа, закрывают глаза и расслабляются. Терапевт предлагает участницам сфокусироваться на естественном процессе дыхания, без попыток его контролировать или изменять: наблюдение за телесными ощущениями, мыслями, возникающими в уме, как за проплывающими облаками, без вовлечения в их содержание, наблюдение за эмоциональными состояниями, без оценки или попыток их подавить. В случае, если внимание отвлекается, участницы должны мягко вернуть свое внимание к дыханию. Медитация направлена на принятие настоящего момента таким, какой он есть, без сопротивления или желания изменить его.

Медитация осознанности способствует снижению активности префронтальной коры головного мозга (области, ответственной за аналитическое мышление и тревогу) и повышению активности областей, связанных с осознанностью и эмоциональной регуляцией.

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревоги, стресса, улучшение концентрации внимания, развитие самоосознания, снижение реактивности на стрессовые события и повышение эмоциональной устойчивости.

Работа с телесными ощущениями (10-15 мин). Данный этап предназначен для углубления в телесные ощущения и их принятия. Участницам предлагается изучение и принятие своих ощущений без оценки и сопротивления, позволяя им лучше понимать связь между телесными ощущениями и эмоциональными состояниями. Применяется работа с телесными метафорами и образами, помогающая участницам выразить свои переживания и интерпретировать их через символические формы. Особое внимание уделяется работе с образами, связанными с беременностью и материнством, помогающей женщинам подготовиться к родам и материнству. Также используются упражнения на осознание внутренних границ тела, помогающие восстановить чувство безопасности.

#### Изучение и принятие своих ощущений

Цель: развитие способности осознавать и принимать свои телесные ощущения без оценки, сопротивления или попыток их изменить.

Выполнение: Терапевт предлагает участницам направить внимание на любые телесные ощущения, возникающие в настоящий момент, будь то приятные, неприятные или нейтральные. Участницам предлагается наблюдать за этими ощущениями, как за проплывающими облаками, без оценки или суждения, избегать борьбы с неприятными ощущениями, а просто осознавать их присутствие, наблюдать, как ощущения могут меняться, усиливаться или ослабевать, не пытаясь на это повлиять. Участницы могут делать записи о своих ощущениях после выполнения упражнения, с целью дальнейшего анализа.

Упражнение способствует снижению тревоги и напряжения за счет уменьшения сопротивления неприятным ощущениям и развития навыка осознанного наблюдения.

Терапевтические эффекты: снижение интенсивности неприятных ощущений, развитие самопринятия, повышение уровня осознанности, развитие навыков эмоциональной регуляции.

#### Использование телесных метафор и образов

Цель: выражение и осознание телесных и эмоциональных переживаний через использование символических образов и метафор.

Выполнение: Терапевт предлагает участницам представить свой опыт в виде метафоры или образа (например, тревога как туча, спокойствие как озеро, сила как дерево). Участницам предлагается исследовать свои образы, обращая внимание на их цвет, форму, размер, текстуру и связанные с ними ощущения. Участницам предлагается трансформировать свои образы, если это им необходимо (например, уменьшить тучу, усилить корни дерева, очистить воду в озере).

Использование метафор и образов способствует выражению и осознанию сложных эмоциональных состояний, а также развитию творческого потенциала и гибкости мышления.

Терапевтические эффекты: выражение подавленных эмоций, понимание своих внутренних процессов, снижение интенсивности негативных эмоций, развитие творческого мышления и самовыражения.

Работа с образами, связанными с беременностью и материнством

Цель: снижение тревожности, развитие чувства связи с ребенком и формирование позитивного образа материнства.

Выполнение: Терапевт предлагает участницам представить себе образы, связанные с беременностью и материнством (например, образ своего ребенка, себя как матери, кормление ребенка и так далее). Участницы исследуют свои образы, обращая внимание на возникающие ощущения и эмоции. Участницам предлагается сосредоточиться на позитивных образах и ощущениях, связанных с беременностью и материнством. Они могут менять образы, если они вызывают негативные эмоции.

Работа с образами, связанными с беременностью и материнством, способствует развитию позитивного отношения к своему новому статусу, снижению страхов и тревог, а также установлению более глубокой эмоциональной связи с ребенком.

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревожности, формирование позитивного образа материнства, развитие чувства связи с ребенком, повышение уверенности в себе как в будущей матери.

#### Упражнения на осознание внутренних границ тела

Цель: восстановление ощущения безопасности и контроля над своим телом, особенно важно для женщин, переживших травму.

Выполнение: Участницам предлагается сосредоточиться на ощущениях, возникающих при прикосновении к своему телу, осознавая границы кожи: мягкое обведение контура своего тела руками, осознавая его форму и объем, представление себя защищенной, с надежным «внутренним щитом» вокруг своего тела, перемещение своего тела в пространстве с осознанием своих границ.

Упражнения на осознание внутренних границ тела способствуют восстановлению чувства безопасности, контроля над своим телом и снижению чувства уязвимости.

Терапевтические эффекты: снижение уровня тревоги, повышение чувства безопасности и уверенности, восстановление личных границ и чувства контроля над своим телом.

Работа с голосом (5-10 мин). На данном этапе используются звуковые упражнения, способствующие выражению эмоций и снятию напряжения. Звуковые упражнения включают гудение, пение, а также свободное голосовое звучание, позволяя участницам выразить свои эмоции, которые могли быть подавлены. Работа с голосом направлена на интеграцию эмоционального и телесного опыта.

Упражнения на связь с ребенком (5-10 мин). На данном этапе используются техники, направленные на установление связи матери и ребенка. Мягкое поглаживание живота способствует осознанию физического присутствия ребенка и усиливает эмоциональную связь. Визуализация и общение с ребенком направлены на создание эмоционального контакта и повышение чувства материнства.

Заключительная часть каждого сеанса психокоррекционной программы, продолжительностью 10-15 минут, имела своей целью интеграцию полученного опыта, закрепление навыков саморегуляции и обеспечение плавного перехода к повседневной деятельности. Эта часть сеанса структурирована таким образом, чтобы участницы могли завершить работу в комфортной и поддерживающей атмосфере.

На данном этапе использовали техники, направленные на закрепление полученных навыков и восстановление общего эмоционального равновесия. Упражнения, применяемые на данном этапе, являлись более динамичными, чтобы активизировать организм после периода расслабления и способствовать возвращению к состоянию бодрости. Примеры упражнений:

- плавные покачивания тела из стороны в сторону или вперед и назад, способствующие гармонизации телесных ощущений;
- повторение упражнений на заземление (например, ощущение стопами опоры) с целью усиления чувства стабильности и безопасности;
- выполнение легких растягивающих движений для снятия остаточного мышечного напряжения;
- выполнение нескольких дыхательных циклов (например, диафрагмальное дыхание) для укрепления чувства покоя и осознанности.

Обсуждение опыта и обратная связь были направлены на интеграцию полученного опыта и предоставление участницам возможности поделиться своими ощущениями и впечатлениями от сеанса.

Таким образом, разработанная психокоррекционная программа представляет собой комплекс методов телесно-ориентированной психотерапии, направленных на снижение тревожности у беременных женщин. Для оценки эффективности программы был организован и осуществлен контрольный этап исследования.

## 2.4 Оценка эффективности разработанной психокоррекционной программы с использованием методов телесно-ориентированной психотерапии

На контрольном этапе исследования после серии сеансов телесно-ориентированной психотерапии была проведена повторная диагностика тревожности беременных женщин с использованием методик констатирующего этапа. По словам участниц исследования, после проведенных сеансов телесно-ориентированной психотерапии они более позитивно относились к тому, что с ними происходит, и смотрели в будущее с большим оптимизмом, а также переоценили события, которые с ними произошли. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии телесно-ориентированной психотерапии на субъективное восприятие жизни и адаптации к новым социально-психологическим условиям беременных женщин, обратившихся в кризисный центр.

Результаты повторной диагностики по шкале тревоги Тейлора представлены в таблице 8 и на рисунке 6.

Таблица 8 – Результаты определения уровня тревоги беременных с использованием методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова) после сеансов телесно-ориентированной терапии

Уровень тревоги	Количество человек	%
Очень высокий	1	2,0
Высокий	38	74,5
Средний	12	23,5

Результаты повторной диагностики показали, что после проведения сеансов телесно-ориентированной терапии количество женщин с высоким уровнем тревоги снизилось на 7,8 %, а количество женщин со средним уровнем тревоги увеличилось на 5,9 %.

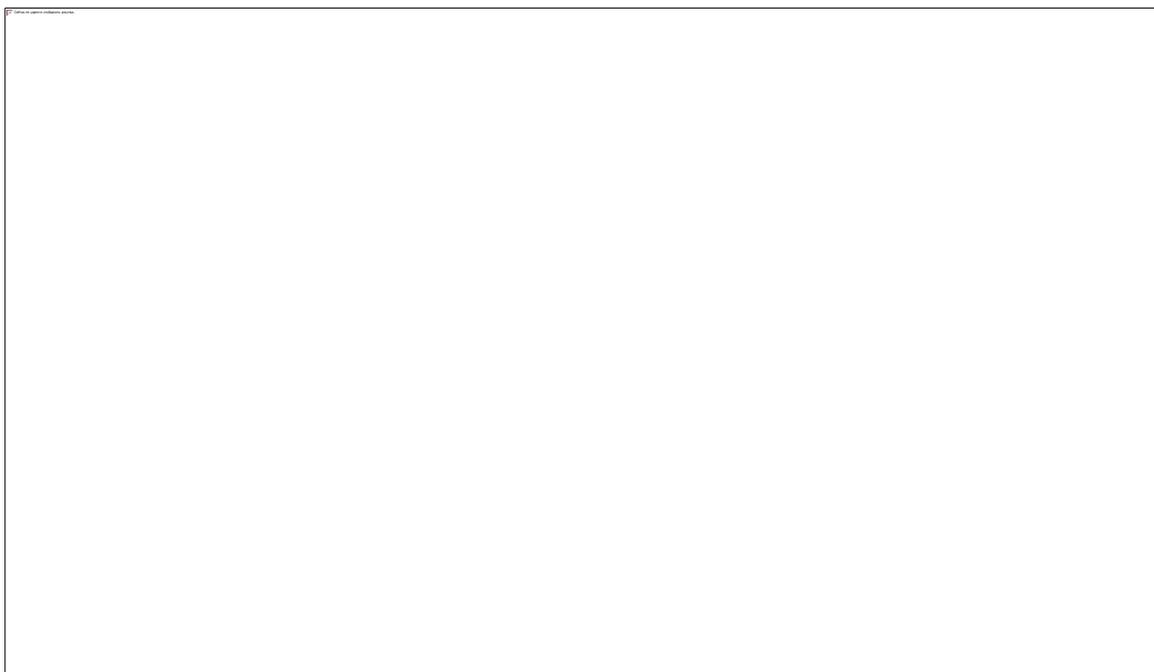


Рисунок 6 – Сравнение уровня тревоги беременных с использованием методики «Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора» (адаптация Т.А. Немчинова) на констатирующем и контрольном этапах исследования

Для оценки статистической значимости изменений показателей тревожности беременных женщин после применения телесно-ориентированной психотерапии, был проведен сравнительный анализ данных, полученных до и после вмешательства, с использованием t-критерия Стьюдента. Применение данного критерия позволило определить, насколько достоверны выявленные различия между группами данных и исключить влияние случайных факторов.

Результаты расчета t-критерия Стьюдента позволяют судить о статистической значимости влияния телесно-ориентированной терапии на тревожность беременных женщин.

В таблице 9 представлены средние показатели тревоги женщин до и после применения телесно-ориентированных практик, а также результаты расчета t-критерия Стьюдента.

Таблица 9 – Средние показатели тревоги женщин до и после применения телесно-ориентированной терапии

Показатель	До применения телесно-ориентированной психотерапии	После применения телесно-ориентированной психотерапии	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Тревога	30,1	29,7	3,556**	< 0,001
Примечание: Знаком «**» обозначены статистически достоверные различия на уровне значимости $p \leq 0,001$				

Статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента выявил статистически значимое снижение уровня тревоги по шкале Тейлора у беременных женщин после проведения сеансов телесно-ориентированной терапии ( $p < 0,001$ ).

По итогам использования телесно-ориентированной психотерапии с помощью опросника Спилбергера-Ханина были получены следующие показатели. Диагностирование по шкале ситуативной тревожности продемонстрировало абсолютное преимущество среднего и низкого уровней. Так, умеренный уровень ситуативной тревожности продемонстрировали 74,5 от общего количества опрошенных женщин, 9,8 % женщин показали высокий и 15,7 % низкий уровень ситуативной тревожности.

Характеристика уровней ситуативной тревожности по итогам использования опросника Спилбергера-Ханина после сеансов телесно-ориентированной терапии представлена в таблице 10 и на рисунке 7.

Таблица 10 – Выраженность ситуативной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера после сеансов телесно-ориентированной психотерапии

Выраженность ситуативной тревожности	Количество человек	%
Высокая	5	9,8
Умеренная	38	74,5
Низкая	8	15,7

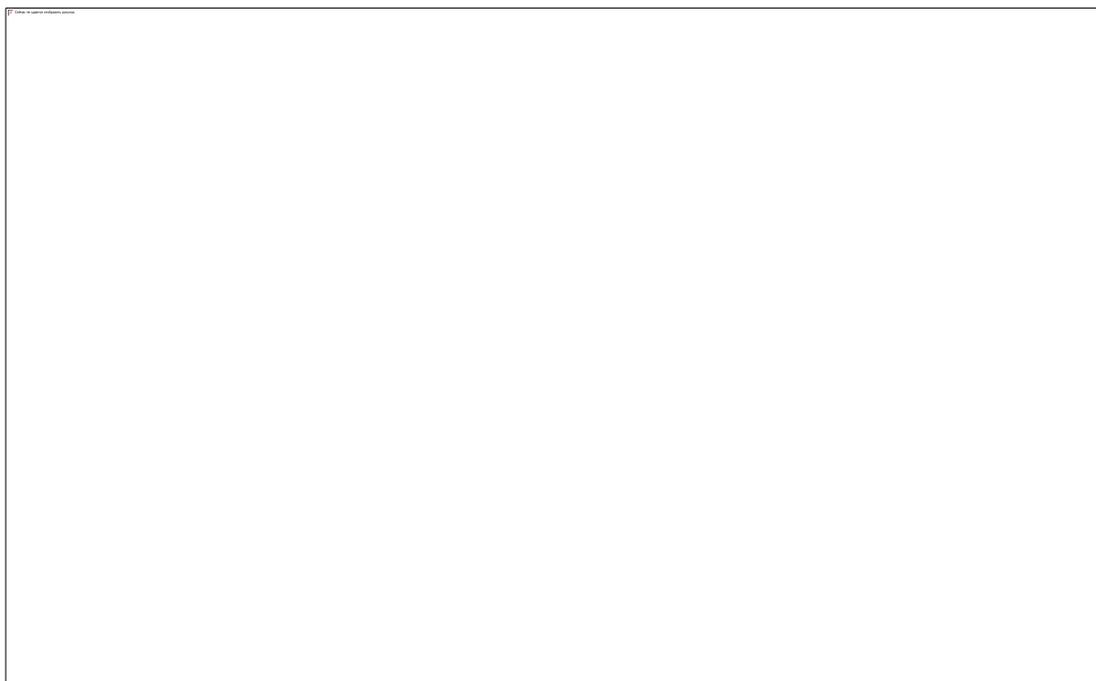


Рисунок 7 – Сравнение ситуативной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера на констатирующем и контрольном этапах исследования

Из рисунка 7 следует, что после сеансов телесно-ориентированной терапии количество женщин с высоким уровнем ситуативной тревожности в выборке снизилось на 11,4 %, а количество женщин с низким уровнем ситуативной тревожности увеличилось на 9,8 %. Представленные результаты являются свидетельством эффективности телесно-ориентированной терапии в снижении ситуативной тревожности у беременных женщин.

Снижение доли женщин с высоким уровнем тревожности и увеличение доли женщин с низким уровнем тревожности указывают на положительное влияние терапии на психоэмоциональное состояние исследуемой группы.

В таблице 11 и на рисунке 8 показаны результаты повторной диагностики личностной тревожности.

Таблица 11 – Результаты определения выраженности личностной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера

Выраженность личностной тревожности	Количество человек	%
Высокая	39	76,5
Умеренная	12	23,5

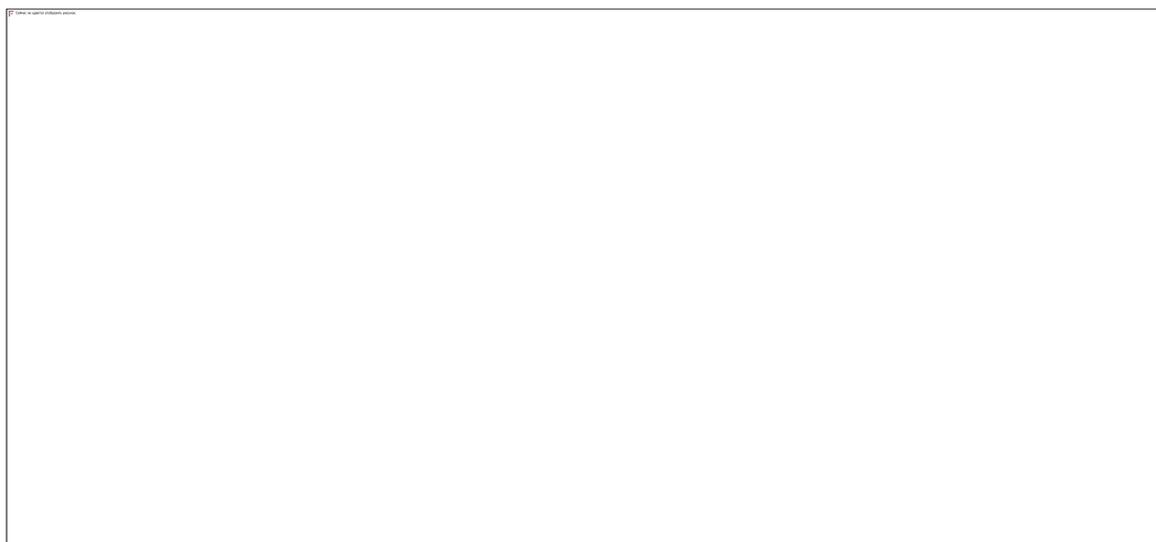


Рисунок 8 – Сравнение выраженности личностной тревожности беременных женщин по Шкале самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера на констатирующем и контрольном этапах исследования

По результатам повторной диагностики с использованием опросника Спилбергера-Ханина, после проведения практик, у 76,5 % женщин был выявлен высокий уровень личностной тревожности, у 23,5 % – умеренный уровень.

Ни одна из участниц не продемонстрировала низкий уровень личностной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что личностная тревожность участниц исследования не изменилась.

В таблице 12 представлены средние показатели тревожности женщин после сеансов телесно-ориентированной психотерапии.

Таблица 12 – Средние показатели тревожности женщин после сеансов телесно-ориентированной психотерапии

Показатели	Среднее значение, балл	Стандартное отклонение, балл
Ситуативная тревожность	36,1	6,0
Личностная тревожность	47,8	5,0

После проведения телесно-ориентированных практик средний показатель ситуативной тревожности у участниц исследования составил (36,1 ± 6,0) баллов, что соответствует умеренному уровню тревожности. Аналогично, средний показатель личностной тревожности составил (47,8 ± 5,0) баллов, также указывая на умеренный уровень.

В таблице 13 представлены средние показатели тревожности женщин до и после применения телесно-ориентированных практик, а также результаты расчета t-критерия Стьюдента.

Таблица 13 – Средние показатели тревожности женщин до и после применения телесно-ориентированной терапии

Показатель	До применения телесно-ориентированной психотерапии	После применения телесно-ориентированной психотерапии	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Ситуативная тревожность	40,2	36,1	3,763**	< 0,001
Личностная тревожность	47,9	47,8	1,000	> 0,05
Примечание: Знаком «**» обозначены статистически достоверные различия на уровне значимости $p \leq 0,001$				

Статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента выявил статистически значимое снижение уровня ситуативной тревожности у беременных женщин после проведения сеансов телесно-ориентированной терапии ( $p < 0,001$ ). Личностная тревожность женщин после применения телесно-ориентированной терапии практически не изменилась. Полученные результаты можно объяснить тем, что телесно-ориентированные практики эффективнее воздействуют на ситуативную, чем на личностную

тревожность. Ситуативная тревожность представляет собой временное состояние, связанное с конкретной ситуацией, и более подвержена влиянию краткосрочных методов релаксации, таких как телесно-ориентированные упражнения. Личностная тревожность, напротив, является устойчивой чертой личности, требующей для изменения более длительного и комплексного подхода, чем относительно непродолжительное применение телесно-ориентированных практик.

Для определения уровня выраженности тревожных симптомов и оценки вероятности наличия тревожных расстройств провели повторную диагностику с использованием шкалы тревоги Бека. Результаты представлены в таблице 14 и на рисунке 9.

Таблица 14 – Результаты определения выраженности тревожных расстройств у беременных женщин по Шкале тревоги Бека после сеансов телесно-ориентированной терапии

Выраженность тревожных расстройств	Количество человек	%
высокая	19	37,3
средняя	27	52,9
низкая	5	9,8

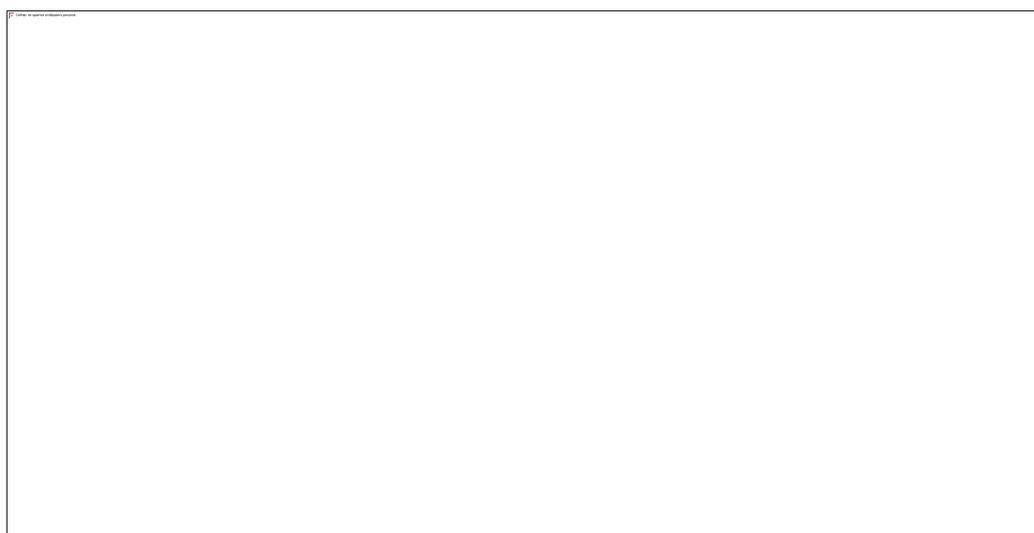


Рисунок 9 – Сравнение выраженности тревожных расстройств беременных женщин по Шкале тревоги Бека на констатирующем и контрольном этапах исследования

После сеансов телесно-ориентированной терапии количество беременных женщин с высокой выраженностью тревожных расстройств уменьшилось с 51,0 % до 37,3 %. Это может быть связано с тем, что данный вид терапии направлен на работу с психоэмоциональным состоянием через осознание и проработку телесных ощущений, что позволяет снизить уровень напряжения, тревожности и страха, связанных с беременностью, и способствует более гармоничному и спокойному проживанию этого периода.

Результаты определения статистической значимости этих изменений представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Средние показатели выраженности тревожных проявлений у беременных женщин до и после применения телесно-ориентированной терапии

Показатель	До применения телесно-ориентированной психотерапии	После применения телесно-ориентированной психотерапии	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Выраженность тревожных проявлений	35,9	35,6	3,519**	< 0,001
Примечание: Знаком «**» обозначены статистически достоверные различия на уровне значимости $p \leq 0,001$				

Статистический анализ выявил статистически значимое снижение тревожных проявлений у беременных женщин после проведения сеансов телесно-ориентированной терапии ( $p < 0,001$ ). Телесно-ориентированная терапия дает женщинам инструменты для более эффективного совладания со стрессом и тревогой, позволяя им чувствовать себя более контролирующими ситуацию.

Результаты повторной диагностики по Скрининговой шкале перинатальной тревоги (PASS-R) представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Средние показатели Скрининговой шкалы перинатальной тревоги до и после сеансов телесно-ориентированной терапии

Показатель	До применения телесно-ориентированной психотерапии	После применения телесно-ориентированной психотерапии	t-критерий Стьюдента	p-уровень
Острая навязчивая тревога	18,6	18,4	2,995*	< 0,05
Социальная тревога	4,6	4,3	3,007*	< 0,05
Навязчивый перфекционизм	6,2	6,2	0,574	> 0,05
Специфические страхи	8,2	8,2	-1,429	> 0,05
Проблемы адаптации	5,3	5,1	3,050*	< 0,05
Фобия	2,0	1,9	1,768	> 0,05
Примечание: Знаком «**» обозначены статистически достоверные различия на уровне значимости $p \leq 0,001$				

Установлены статистические значимые изменения показателей отстрой навязчивой тревоги ( $p < 0,05$ ), социальной тревоги ( $p < 0,05$ ) и проблем адаптации ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты можно объяснить тем, что телесно-ориентированная терапия хорошо работает с тревогой, особенно с ее телесными проявлениями (мышечное напряжение, учащенное сердцебиение и так далее). Работа с телом и своими ощущениями может также повысить уверенность в себе и своих возможностях, что, в свою очередь, может снизить социальную тревожность. Улучшение эмоциональной регуляции также может способствовать более комфортному взаимодействию с другими людьми.

Таким образом, повторная диагностика выраженности тревожности беременных женщин показала, что в результате апробирования разработанной психокоррекционной программы на основе телесно-ориентированной психотерапии произошло достоверное снижение уровня тревоги, ситуативной тревожности, тревожных проявлений, выраженности отстрой навязчивой тревоги, социальной тревоги и проблем адаптации беременных женщин, обратившихся в кризисный центр.

## Заключение

Целью выпускной квалификационной работы являлось изучение возможности использования телесно-ориентированной терапии для коррекции тревожности беременных женщин. Для достижения поставленной цели был проведен анализ литературных источников по теме исследования, проведено эмпирическое исследование тревожности у беременных в первый раз женщин, разработана и апробирована психокоррекционная программа, направленная на снижение уровня тревожности у беременных женщин, с включением в нее методов телесно-ориентированной психотерапии. Анализ литературных источников позволил установить, что тревожность в период беременности является распространенным явлением, обусловленным комплексом биологических, психологических и социальных факторов. Беременность является периодом значительных изменений в жизни женщины, что может вызывать стресс, неуверенность и тревогу. Традиционные подходы к работе с тревогой, зачастую фокусирующиеся на когнитивном уровне, не всегда оказываются достаточно эффективными в этот период. Телесно-ориентированная терапия представляет собой перспективный подход к работе с тревожностью у беременных женщин, поскольку учитывает взаимосвязь между психическим и телесным состоянием. Теоретической основой метода является понимание того, что эмоции, в том числе тревога, имеют телесные проявления (мышечное напряжение, изменения дыхания и сердечного ритма и так далее). Работа с этими проявлениями может способствовать снижению интенсивности и частоты тревожных переживаний.

Исследование проводилось на базе Кризисного центра помощи женщинам «Светлая обитель» г. Краснодар. По результатам констатирующего этапа исследования было установлено, что 72,5 % беременных женщин, обратившихся в кризисный центр, имеют высокий уровень тревоги, 17,6 % – средний уровень тревоги, 9,8 % – очень высокий

уровень тревоги. Тот факт, что более 70% беременных женщин в кризисном центре имеют высокий уровень тревоги, подчеркивает крайнюю уязвимость данной группы. Эти женщины находятся в сложных жизненных ситуациях, которые значительно повышают их тревожность. Высокий и очень высокий уровни тревоги могут нести серьезные последствия для здоровья как будущей матери, так и ребенка. Хронический стресс и тревога могут приводить к осложнениям во время беременности, проблемам со сном, сердечно-сосудистым заболеваниям, а также могут негативно сказываться на развитии плода и психологическом здоровье ребенка в будущем. У 51 % беременных женщин установлена высокий уровень тревоги по шкале тревоги Бека, у 49 % – средний уровень тревоги, у этих женщин присутствуют симптомы вегетативной дисфункции, нервозность и страх. Результаты исследования по шкале тревоги Бека подчеркивают, что тревога является распространенной проблемой среди беременных женщин, особенно тех, кто находится в сложных жизненных обстоятельствах. Высокий и средний уровни тревоги в сочетании с вегетативными симптомами, нервозностью и страхом требуют внимания и комплексного подхода к оказанию психологической помощи.

На формирующем этапе исследования была разработана психокоррекционная программа, основанная на методах телесно-ориентированной психотерапии, предназначенная для снижения уровня тревожности у беременных женщин, обращающихся за помощью в кризисные центры. Данная программа представляет собой комплексный подход, направленный на интеграцию телесных, эмоциональных и когнитивных аспектов, и разработана с учетом особенностей психоэмоционального состояния беременных женщин, находящихся в сложных жизненных обстоятельствах. Программа базируется на теоретических положениях телесно-ориентированной психотерапии, подчеркивающих взаимосвязь психических и телесных процессов, а также влияние травматического опыта на телесные ощущения и эмоциональное

состояние. Учитывается также специфика перинатального периода, связанного с физиологическими и психологическими изменениями, которые могут усиливать тревожные проявления беременных женщин. Программа состоит из серии сеансов, каждый из которых включает три основных этапа: вводная часть направлена на создание безопасной атмосферы, установление контакта с участницами, обсуждение их текущего состояния и настройку на работу, основная часть представлена комплексом упражнений и техник, включающих работу с дыханием, осознанием тела, расслаблением, телесными метафорами и образами, а также упражнения, направленные на усиление связи с ребенком, заключительная часть способствует интеграции полученного опыта, закреплению навыков саморегуляции.

Повторная диагностика выраженности тревожности беременных женщин показала, что в результате апробирования разработанной психокоррекционной программы на основе телесно-ориентированной психотерапии произошло достоверное снижение уровня тревоги ( $p < 0,001$ ), ситуативной тревожности ( $p < 0,001$ ), тревожных проявлений ( $p < 0,001$ ), выраженности отстрой навязчивой тревоги ( $p < 0,05$ ), социальной тревоги ( $p < 0,05$ ) и проблем адаптации ( $p < 0,05$ ) беременных женщин, обратившихся в кризисный центр, то есть гипотеза исследования подтвердилась.

Перспективы дальнейших исследований включают сравнение эффективности телесно-ориентированной терапии с другими подходами к работе с тревожностью у беременных, такими как, например, когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные техники. Также важно отслеживать долгосрочное влияние телесно-ориентированной терапии на уровень тревожности, эмоциональное состояние и качество жизни беременных женщин, а также на их взаимодействие с ребенком после родов.

## Список используемой литературы

1. Абдуллаева А. С., Мамина В. П., Великанова Л. П. Психосоматические расстройства и их клинические проявления. Астрахань : АГМУ, 2023. 105 с.
2. Андреев А. С. Классификация методов телесно ориентированной терапии // Проблемы современного педагогического образования. 2022. № 74-2. С. 252-255.
3. Анчева И. А. Течение, осложнения беременности и особенности родов у женщин с высоким уровнем тревожности и возможные методы психологических состояний беременных // Восточно-Европейский научный журнал. 2017. № 8-1. С. 20-24.
4. Александрова В. Г., Куфтырева М. А., Северова Е. А. Психологические аспекты отношений в системе «мать-ребенок». Когда и с чего они начинаются // Смоленский медицинский альманах. 2021. № 1. С. 10-14.
5. Алиева А. Д., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В. Психологическая диагностика готовности женщины к родам // Главный врач Юга России. 2023. № 2. С. 38-43.
6. Арндт И. Г., Петров Ю. А., Чеботарева Ю. Ю. Состояние новорожденных при психоэмоциональных нарушениях во время гестации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2022. № 4. С. 170-171.
7. Архарова А. И. Телесно-ориентированная терапия, как метод улучшения состояния клиентов с депрессией // Мир педагогики и психологии. 2023. № 5. С. 358-364.
8. Барияк И. А., Хрисонова Е. А. Применимость психосемантических методов в оценке отношения женщины к беременности // Международный научно-исследовательский журнал. 2022. № 1-2. С. 140-142.
9. Бостанова М. Р., Тарасова А. Ю., Палиева Н. В. Психофизиологическое состояние новорожденного в связи с

психологическими особенностями матери // Главный врач Юга России. 2022. № 4. С. 77-82.

10. Векторы психологии: психолого-педагогическая поддержка личности : сборник научных трудов / под редакцией Т. Г. Шатюк. Гомель : ГГУ имени Ф. Скорины, 2023. 210 с.

11. Давлетбаева О. Ю. Личностные и средовые корреляты тревожности и страхов беременных женщин // Академическая публицистика. 2023. № 1-1. С. 268-283.

12. Ерина А. С. О важности оказания психологической помощи женщинам в период беременности // Вестник науки. 2020. № 11. С. 163-166.

13. Золотова И. А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе «мать - дитя» у женщин различных возрастных категорий // Вестник Костромского государственного университета. 2021. № 2. С. 135-142.

14. Зулкаидова Д. К., Осипова Н. В. Телесно-ориентированная терапия как метод психологической помощи // Инновационные научные исследования. 2023. № 1-3. С. 136-143.

15. Ишбулдина А. А. Изменение психоэмоционального состояния при физиологической и осложненной беременности по триместрам // Вестник магистратуры. 2021. № 11-3. С. 97-99.

16. Кацура К. С., Ходасевич Э. В. Уровень личностной и ситуативной тревожности у беременных женщин с различными нарушениями соматического, репродуктивного и социального здоровья // Тенденции развития науки и образования. 2020. № 68-2. С. 31-34.

17. Книлл П. Д., Барба Х. Н., Фукс К. М. Менестрели души. Интермодальная терапия экспрессивными искусствами. М. : Генезис, 2024. 178 с.

18. Коргожа М. А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. 2021. № 2. С. 12-16.

19. Коргожа М. А., Евмененко А. О. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R). Краткое руководство по использованию. СПб.: СПбГПМУ, 2021. 20 с.

20. Косцова Л. В., Гутикова Л. В., Бойко С. Л. Медико-социологические и ситуативно-обусловленные факторы в психоэмоциональном состоянии женщин с ранней репродуктивной потерей // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. № 4. С. 414-418.

21. Кузьмина А. С., Прзендорф Е. С. Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовой период // Психолог. 2023. № 3. С. 46-62.

22. Куликов Л. В., Донцов Д. А., Донцова М. В. Эмоционально-чувственная сфера психики человека и ее психологическая диагностика. М. Флинта, 2023. 384 с.

23. Лысенко О. Ф. Показатели психологической готовности к материнству и психолого-педагогические мероприятия по ее формированию // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2021. № 2. С. 123-133.

24. Мазухова Л., Келчикова С., Маскалова Э. Оценка тревожности и связанных с ней факторов у беременных женщин // Акушерство и гинекология. № 3. 2021. С. 66-72.

25. Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А. Психологическое здоровье женщины в период беременности // Главный врач Юга России. 2023. № 1. С. 37-40.

26. Михеичева А. С. Взаимосвязь отношения женщины к своей беременности с ее опытом отношений с собственной матерью // Universum: психология и образование. 2023. № 8. С. 23-28.

27. Новикова К. В. Возможности применения арт-терапевтических методов в психологической коррекции эмоционального состояния девушек в период беременности // Психолог. 2021. № 1. С. 35-46.

28. Носкова О. В., Чурилов А. В., Свиридова В. В. Изменение психологических особенностей беременных женщин под влиянием стрессовых факторов // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2023. № 1. С. 55-58.

29. Овсяникова Е. А., Худаева М. Ю. Перинатальная психология. Белгород : НИУ БелГУ, 2022. 104 с.

30. Основы психотерапии / Ю. В. Сарычева, Т. Ю. Ласовская. Новосибирск : НГМУ, 2021. 106 с.

31. Петров Ю. А., Решетникова В. В., Тарасова А. Ю. Психологические особенности несовершеннолетних мам // Главный врач Юга России. 2022. № 4. С. 69-73.

32. Пергаменщик Л. А., Петражицкая Е. А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины // Журнал Белорусского государственного университета. 2020. № 1. С. 77-84.

33. Прохорова О. В. Подготовка к родам у первородящих: оценка влияния на некоторые характеристики психологического статуса // Медицинская наука и образование Урала. 2020. № 3. С. 17-20.

34. Психофизиологическое состояние новорожденного в связи с психологическими особенностями матери / М. Р. Бостанова и другие // Главный врач Юга России. 2022. №3-4. С. 77-82.

35. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений / В. Н. Смелова и другие // Главный врач Юга России. 2022. №4. С. 74-77.

36. Психологический статус женщин с невынашиванием беременности // И. А. Салов и другие // Акушерство, гинекология и репродукция. 2023. № 6. С. 740-750.

37. Сенкевич Л. В. Психология экзистенциальных кризисов : монография. М.: ФЛИНТА, 2023. 372 с.
38. Смелова В. Н., Палиева Н. В., Тарасова А. Ю. Психологические факторы в возникновении послеродовых осложнений // Главный врач Юга России. 2022. № 4. С. 74-77.
39. Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях : материалы конференции / отв. ред. А. М. Бадонов. Улан-Удэ : БГУ, 2023. 276 с.
40. Тарасова А. Ю., Палиева Н. В., Петров А. Ю. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Главный врач Юга России. 2023. № 4. С. 45-48.
41. Тарасова А. Ю., Петров А. Ю. Слагаемые супружеского счастья. Взгляд врача и психолога. М.: Медицинская книга, 2022. 320 с.
42. Тенюшев Б. И. Психотехнологии в практике. Тамбов : ТГУ им. Г. Р. Державина, 2022. 128 с.
43. Фещенко М. В. Техники телесно-ориентированной терапии в работе с психосоматикой // Методология современной психологии. 2023. № 17. С. 321-327.
44. Хашагульгова М. Б. Особенности взаимоотношений в супружеской паре в перинатальный период женщины // Теория и практика современной науки. 2023. № 1. С. 182-186.
45. Хашагульгова М. Б. Факторы, влияющие на формирование адаптации к состоянию беременности у женщин репродуктивного возраста // Теория и практика современной науки. 2023. № 1. С. 176-181.
46. Хроники телесной психотехники / ред.-сост. В. Ю. Баскаков. М. : ИОИ, 2022. 211 с.
47. Шандаров Г. А., Тен А. Р., Бакуринских А. Б. Особенности ситуационной и личностной тревожности у женщин репродуктивного возраста в дородовый и послеродовый период // Междисциплинарные

исследования: опыт прошлого, возможности настоящего, стратегии будущего. 2021. № 4. С. 147-154.

48. Шелехов И. Л., Белозерова Г. В., Берестнева О. Г. Системные исследования в психологии : монография : в 2 т. Т. 2 : Психологические аспекты репродуктивной функции человека. Томск : ТГПУ, 2022. 700 с.

49. Яковлев Б. П. Психофизиологические основы здоровья. СПб. : Лань, 2024. 256 с.

50. Якуничева О. Н. Медицинская психология. СПб. : Лань, 2024. 176 с.

51. Abajobir A. A., Maravilla J. C., Alati R. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression // J Affect Disord. 2016. № 192. P. 56-63.

52. Alder J., Fink N., Bitzer J. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature // J Matern Fetal Neonatal Med. 2007. № 3. P. 189-209.

53. Allmer C., Ventegodt S., Kandel I. Positive effects, side effects, and adverse events of clinical holistic medicine: A review of Gerda Boyesen's nonpharmaceutical mind-body medicine (biodynamic body-psychotherapy) at two centers in the United Kingdom and Germany // International journal of adolescent medicine and health. 2009. № 21. P. 281-297.

54. Krantz D. L. Hull's «Principles of Behaviour» and Psychology's Unity. A review of 'Principles of Behaviour: An Introduction to Behaviour Theory // American Psychological Association, PsycCritiques. 2005. № 15. P. 254-259.

55. Röhricht F., Papadopoulos N., Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression // Journal of Affective Disorders. 2013. № 151. P. 85-91.