**Реферат**

Основной идеей диплома выступает мысль, что занятия акватренингом необходимы для снижения тревожности беременной женщины. Вода обладает уникальным свойством не только помогать физически, но и влияет на психоэмоциональное состояние.

Изученные теоретические источники и практический эксперимент призваны дать ответ на вопрос: «Могут ли занятия в бассейне улучшить психическое состояние женщины во время беременности».

**Оглавление**

Введение 3

Глава I. История и современное состояние психопрофилактики 6

Глава II. Состояние психики и тревожности в время беременности 24

2.1 Психика с точки зрения перинатальной психологии 24

2.2 Структура и сущность тревожности во время беременности 38

2.3 Занятия в бассейне (акватреннинг) как способ усовершенствования психопрофилактических занятий для снижения уровня тревожности 45

Глава III. Исследование состояния тревожности во время беременности 56

3.1 Обследование контрольной и экспериментальной группы на выявление тревожности 56

3.2 Комплекс занятий в бассейне на снижение тревожности 61

3.3 Итоговое обследование на выявление уровня тревожности 64

Заключение 68

Библиографический список 70

Глоссарий 72

Приложение 1. 74

Приложение 2. 76

Приложение 3. 77

Приложение 4. 85

Приложение 5. 87

Приложение 6. 94

Приложение 7. 99

Приложение 8. 102

Приложение 9. 104

# Введение

Уникальность состояния беременности трудно переоценить. Все женщины, прошедшие через этот период, отмечают его как совершенно непохожий, очень сильный по уровню переживаний, специфичный по комплексу ощущений. Кто-то выделяет позитивную сторону этого периода жизни, кто-то — негативные ощущения, боли, болезни. Но всегда это период значимый, неповторимый, непохожий на другие периоды жизни женщины.

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из фундаментальной проблем современного общества. С этим связано существование большого количества клинических и другого рода работ, в которых освещаются различные аспекты беременности. То есть это не только медицинская, но и социальная проблема, имеющая и экономические, и нравственные, и общественные составляющие. До последнего времени изучалась в основном биологическая сторона этого явления. Лишь в последние годы возник интерес к психологическим проблемам беременности. Если первоначально исследовательский интерес ограничивался только психологическим обезболиванием при родах, то теперь начинают привлекать внимание и другие стороны.

Многими исследователями подчеркивается неблагоприятное влияние эмоционального стресса матери на беременность и роды. Выделяется внутриутробная гипоксия, нарушение плацентарного кровообращения, аномалии родовых сил и течения родов (А.О.Сырина, Г.Дик-Рид и др.).

Г.Б.Малыгина, Е.Г.Ветчанина, Т.А.Пронина выявили, что характерными патологиями беременных с эмоциональным стрессом являются токсикоз первой половины беременности (46,26%),раннее развитие гестозов (45,45%), хроническая плацентарная недостаточность в третьем триместре (56,65%). В результате новорожденные в 76% случаев рождаются в состоянии гипоксии различной степени и в28,21% случаев им требуется длительная реабилитационная терапия. Беременность у женщин с признаками эмоционального стресса в 16,63% случаев заканчивается преждевременными родами, в 10,86% - выкидышами.

А.И.Захаровым систематизированы психологические факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности, среди которых не последнюю роль играет тревожность – склонность к беспокойству и страхам.

Таким образом, мы видим, что психологический стресс несет с собой целый комплекс перинатальных проблем. Своевременная коррекция психологического состояния является аналогом профилактики аномалий родовой деятельности, безболезненности родовых схваток.

В последнее время появляется все больше центров, где проводят специальную гимнастику для беременных, но на поздних сроках женщинам иногда тяжело заниматься. Альтернативой являются занятия в бассейне.

Вода действует путем особого взаимодействия сил. Сила тяжести, тянущая тело вниз, действует в направлении, противоположном подъемной силе воды. За счет этого упражнения в воде оказывают особенно щадящее воздействие на суставы, позвоночник и межпозвонковые диски, а, как известно, нагрузка на позвоночник во время беременности возрастает. Одновременно даже самые медленные движения в воде обладают более высоким тренировочным эффектом, т.к. для их выполнения требуется преодоление сопротивления воды. Занятия в воде оказывают влияние не только на мускулатуру, но и на кровообращение, дыхание и психическое самочувствие женщины.

Цель данной работы – выявить влияние психопрофилактических занятий, включающих в себя упражнения в бассейне (акватреннинг), на уровень тревожности у женщин во время беременности.

Задачи, которые решались в процессе работы:

1. изучение становления и современного состояния психопрофилактики;
2. изучение состояния психики и тревожности во время беременности;
3. рассмотрение занятий в бассейне (акватренинг) как способ усовершенствования психопрофилактических занятий для снижения уровня тревожности;
4. выявление уровня тревожности у беременных;
5. разработка комплекса занятий в бассейне на снижение тревожности;
6. нахождение оптимальных путей снятия тревожности у беременных при помощи занятий в бассейне (аквагимнастика).

Методы, используемые при написании работы:

* теоретический анализ литературных источников;
* наблюдение;
* тестирование;
* обработка результатов.

Гипотеза: нами было выдвинуто предположение, что беременные женщины, занимающиеся аквагимнастикой, имеют более низкий уровень тревожности, чем беременные женщины, которые не посещают занятия бассейне.

Исследование проводилось на базе женской консультации №1 Ленинского района г. Новосибирска. В эксперименте приняли 30 беременных женщин в возрасте от 20 до 30 лет.

# Глава I. ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Одной из причин возникновения перинатальной психологии явились противоречия, которые ощутили и специалисты, занимающиеся родоразрешением, и родители (матери, отцы), и желающие иметь детей. С одной стороны, медицина развилась до таких диагностических и фармакологических высот, что может контролировать сложнейшие функции человеческого организма. С другой стороны, при этом успешность родов и здоровье потомства систематически ухудшаются.

Психогигиена и психопрофилактика (от греч. hygienos — целебный и prophylaktikos — предохранительный) — области медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций. Методы психогигиены и психопрофилактики включают психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; информацию населения и т. д. Специальными задачами современной психопрофилактики являются помощь людям в кризисных ситуациях семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т. п.

Формирование перинатальной психотерапии в качестве отдельного направления во многом вызвано необходимостью приостановки тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. Причин этого явления много: и успехи медицины, приводящие к уменьшению смертности детей с патологией в прошлые годы несовместимой с жизнью, и неудовлетворительная психопрофилактическая работа с беременными, и ошибки родовспоможения, и ухудшение экологии, и рост наркомании.

К особенностям перинатальной психотерапии на современном этапе ее развития следует отнести:

1. диадический характер объекта психотерапевтического воздействия (системы «беременная-плод» или «мать-дитя»);
2. семейный характер проблем, которые она предназначена решать;
3. низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности её получения;
4. необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение;
5. ятрогенный и психологогенный характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению психотерапии;
6. последовательную смену задач, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции;
7. необходимость тесного сотрудничества перинатального психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами);
8. предпочтение краткосрочных психотерапевтических методик;
9. дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области психотерапии;
10. недостаточное количество грамотных специалистов, способных осуществлять перинатальную психотерапию;
11. профилактическую направленность.

Среди отечественных ученых одним из первых о психопрофилактике в акушерстве заговорил И.З. Вельвовский. В 1954 году он защитил докторскую диссертацию по теме: «Система психопрофилактического обезболивания родов», которая быстро нашла практическое применение во многих роддомах страны. Работы учеников и последователей Вельвовского Гройсмана и Кришталя можно найти в избранных трудах харьковской школы.

Данная система базировалась на условно-рефлекторной теории академика И.П. Павлова. Психопрофилактика, буквально «предотвращение силой разума», включает в себя отвлекающие методы, направленные на уменьшение восприятия боли и дискомфорта во время схваток. Эти методы основаны на различных приемах управляемого грудного дыхания, лёгкого массажа живота и концентрации взгляда на объекте. Упор делался на разумно-активное поведение женщины в родах для поддержания тонуса коры, чтобы возможным становился волевой контроль болевых ощущений.

Некоторые техники системы И.З.Вельвовского берутся на вооружение современными школами подготовки к родам, но в своих концепциях они отошли от учения И.П. Павлова в сторону теории о бессознательном, о чём будет сказано ниже. Основная ценность работы Вельвовского состоит в том, что он сделал попытку внедрения психопрофилактической практики в общемедицинскую сеть путем просвещения врачей акушеров-гинекологов и среднего медперсонала, повышения уровня врачебной этики. Впервые в историях беременности в женских консультациях стали учитывать тип личности женщины, ее жизненный опыт, волевые и адаптационные качества, особенности психики. Вельвовский подчёркивал, что психопрофилактика должна начинаться с первого обращения пациентки в консультацию и диагностирования у нее беременности. Одной из ошибок он и его коллеги считали отрыв медицинского наблюдения от психотерапии и нарушение лечебно-охранительного режима в женских консультациях. Неосторожные высказывания медперсонала могут вызвать итрогенные психопатологические реакции у предрасположенных беременных, если учесть еще, что период раннего материнства филогенетически характеризуется повышенной ранимостью, впечатлительностью и внушаемостью женщин. В качестве отрицательного примера автор даже приводит фразу работника «консультации» на одной из лекций по психопрофилактике: «Если распилить по средней линии труп женщины, умершей во время родов, то вы увидите, что тазовые органы у нее расположены также как у вас». С первого взгляда данный пример покажется из ряда вон выходящим, но по материалам писем и бесед с молодыми матерями можно предположить, что такие недопустимые оплошности встречаются нередко.

Также И.З. Вельвовский предостерегал от подготовки к родам «залпом», по сокращенной программе, неверных, чересчур оптимистичных установок на роды у психотерапевта и его пациенток. Автор подчеркивал, что адекватная психотерапевтическая подготовка беременной является залогом успешных родов и гладкого прохождения послеродового периода. По результатам своей работы он видел, что женщины, посещавшие психотерапевтические группы, скорее восстанавливались после родов физически и психологически, испытывали меньше затруднений с налаживанием грудного кормления и контакта со своим малышом[[1]](#footnote-1).

И. З. Вельвовский сделал открытие, что страх создает излишнее напряжение мышц, они вместо того, чтобы расслабится, и дать ребенку спокойно родится, напряжены. Напряжение и вызывает боль. Чтобы побороть боль, надо преодолеть страх. Каким образом? Объяснив женщине, что с ней происходит, Как в ней живет ребенок, как он родиться, а так же научив ее расслаблять мышцы, избавится от нервного напряжения, делать необходимые физические и дыхательные упражнения, которые подготовят ее к родам. Одним словом информировать ее обо всем.

Несмотря на недостатки, этот метод, безусловно, сыграл в своё время прогрессивную роль. К сожалению, авторы этого метода почти совсем не уделяли внимания ребёнку и его отношениям с матерью. Материнско-детские отношения изучались в советской детской психологии Л.С. Выготским и его учениками, но вне перинатологии. В культурно-историческом подходе Л.С. Выготского исследовалась роль взрослого (особенно матери) в развитии ребенка как представителя человеческого рода, как субъекта познавательной активности. Основная работа Л.С. Выготского, посвященная младенческому возрасту, в которой он рассматривал пренатальный период, как выходящий за рамки психологического исследования, считая момент рождения нижней границей детской психологии[[2]](#footnote-2).

Основоположники детского психоанализа А. Freud (1929) и М. Klein (1932), придавали большое значение отношениям матери и младенца, считая их важнейшими среди факторов, влияющих на формирование психики и особенностей личности.

А. Freud при проведении психоанализа ребёнка привлекала к сотрудничеству его родителей, изучала особенности привязанности ребёнка к матери. М. Klein не делала этого. Её интерес к младенцам объяснялся уверенностью в том, что лишь исследуя их психическую деятельность, можно понять болезни, возникающие в старшем возрасте. При этом особую роль она придавала переживаниям зависти, агрессии или благодарности, испытываемыми младенцами по отношению к материнской груди. Материнская грудь, с её точки зрения, является «первым объектом окружающей среды, который выделяет младенец, и в зависимости от того удовлетворяет ли этот объект его потребности, ребёнок дает ему соответствующую оценку («добрая грудь», «злая грудь»)»[[3]](#footnote-3). М.Klein удалось показать, что негативные эмоции ослабевают, если мать способна интроецировать чувства ребёнка и при этом оставаться в уравновешенном состоянии. Интеграция личности, по мнению М. Klein, может состояться лишь тогда, «когда пациент начнёт строить свои отношения с окружающим миром, обретя вновь чувство безопасности, которое испытывал в утробе матери (in utero)»[[4]](#footnote-4).

Многие выдающиеся семейные психотерапевты писали о том, что семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьезных изменений, а значит, семейная система становится уязвимой, нестабильно её функционирование. Нередко такая семья становится источником психической травмы для её членов. Появление ребёнка меняет состав семейных подсистем, перестраивает отношения членов семьи, что некоторыми из них переживается весьма болезненно. C.A.Whitaker отмечал, что все трудности семейной жизни «отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления младенцев до одного года»[[5]](#footnote-5) (1989). S. Minuchin предупреждал, что «появление ребёнка означает появление в семье новой диссипативной структуры, что влечёт за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи» (1981).

Параллельно с И.З. Вельвовским в 50-х годах во Франции похожую программу практиковал доктор Фернанд Ламаз. Эта программа также базировалась на теории И.П. Павлова и быстро завоевала популярность в Европе. Ученицы доктора Ламаза – физиотерапевт Элизабет Бинг и будущая мать Марджори Кармел – использовали и активно пропагандировали его метод в Соединённых Штатах. Ими было основано Американское общество психопрофилактики в акушерстве (ASPO), которое занимается подготовкой преподавателей и обучением родителей в целях дальнейшего распространения метода психопрофилатики. Метод, подобный тому, что разрабатывали Вельвовский и Ламаз, успешно совершенствовался их последователями в течение многих лет и в настоящее время предлагает большое разнообразие техник (П.Симкин, Д. Вэлли, Э.Кепплер, 1998).

В 50-х и 60-х годах американский врач Роберт Бредли изучал и пропагандировал естественные методы родоразрешения (без излишних медикаментов и инструментальных вмешательств). Он учил свои пациенток, что «страх родов увеличивает напряжение и ведёт к усилению боли. А чем сильнее боль, тем больше страх. Таким образом, образуется порочный круг, который возможно разорвать, используя психотерапевтические методы расслабления в родах, элементы аутотренинга»[[6]](#footnote-6). Однако главным достижением Бредли было привлечение мужей к непосредственному участию в родах жены. Он основал Американскую академию мужей-инструкторов при родах (AAHCC) для подготовки преподавателей и распространения его метода.

С 60-х годов большое влияние на методы подготовки к родам во всём мире оказывает психосексуальный подход Шейлы Китсинджер – антрополога и преподавателя из Великобритании. Она рассматривает роды как серьёзное личное, сексуальное и социальное событие. Метод доктора Китсинджер делает акцент на «сознательном контроле над своим телом, новых методах расслабления и специальных приёмах дыхания»[[7]](#footnote-7).

В 1960-е гг. известный детский врач, испанец Иеронимо де Могарас рассказал об интересных результатах, которые он получил, изучая три группы матерей. Первую группу составили те, кто во время беременности испытывал страх за ее исход, так как прошлые беременности закончились неудачно. Ко второй группе принадлежали женщины, отрицательно относившиеся к будущему младенцу, главным образом потому, что беременность наступила вопреки их желанию. Женщины третьей группы — те, кто хотел ребенка; период беременности проходил у них без отклонений, свойственных первой и второй группам. И дети их росли здоровыми. Младенцы же двух других групп матерей оказались очень беспокойными, плохо спали и ели. Некоторые из них подолгу надрывно кричали, создавая в доме весьма нервозную обстановку. Ранний возраст их отличался невротическими отклонениями. Конечно, было бы неправильно объяснять это только следствием того или иного отношения матери к будущему ребенку; тут может быть комплекс причин. Однако фактор родительского настроя никак нельзя сбрасывать со счетов[[8]](#footnote-8).

В 70-х годах ассоциация деторождения (ICEA)подвергла критике традиционную акушерскую практику и сделала упор на более «естественных» физиологическом и психологическом подходах. Эти подходы включали в себя разрешение ходить матери во время родов и использование вертикального положения для ускорения родов (Роберто Кальдейро-Барсия и др.); естественные методы изгнания плода (Китсинджер, Кальдейро-Барсия, Джойс Робертс, Элизабет Ноубл); более тесный контакт между родителями и новорожденным (Маршал Клаус, Джон Кеннел); мягкое обращение с новорожденным (Фредерик Лебойер); акценты на эмоциональной поддержке при родах, создании домашней обстановки, возможности свободного и непринуждённого поведения матери (Мишель Оден, Гейл Петерсон, Клаус и Кеннел, Нильс Ньютон и многие другие.

В июле 1983 г. доктор Верни организовал проведение Первого американского конгресса по пре- и перинатальному воспитанию, в работе которого участвовали многие специалисты из европейских государств и Канады. А.Бертиным был сделан ряд интересных сообщений о взрослых, причиной страданий которых была сохранившаяся в подсознании информация о событиях, проходивших с матерью во время беременности. Т.Верни считает, что мысли, переживания, ощущения матери передаются ребенку и запоминаются им. В будущем они играют существенную роль в становлении его характера, поведения и психического благополучия. А.А.Логинов не согласен с таким выводом и считает, что нет достаточных оснований говорить о внутриутробном формировании личности в социальном смысле. Однако различные социальные факторы, влияя на мать, опосредованно влияют и на плод. Недаром народная мудрость советует женщине во время беременности быть спокойной, а окружающим — не волновать ее.

В 1971 г. в Вене ученик З.Фрейда Д.Грабен организовал Общество пре- и перинатальной психологии. В 1983 г. в Торонто состоялся Первый Американский конгресс по пре- и перинатальному воспитанию. Подобные организации продолжают возникать и развиваться в разных странах. В последние годы активность исследователей, занимающихся подобной проблематикой, увеличивается. Об этом свидетельствует, например, то, что только в 1996 г. состоялись крупные международные конференции, посвященные вопросам перинатологии: в январе (Монако), в мае (Страсбург), в июле (Тампере). Большинство ученых признает, что психика ребенка не может появиться вдруг, в момент родов, что человек появляется на свет не «чистым листом», что психические особенности матери влияют на развитие плода. Влияние на исход беременности и рождение ребенка начинается с момента зачатия. Гены матери, переданные ей родителями через ее собственное внутриутробное развитие, опасности при ее рождении, ее социальный и биологический опыт в течение младенчества, детства, юности — все это формирует базу для ее психического и физического здоровья, когда она станет взрослым человеком. Влияют и такие факторы, как место жизни, окружение, социальный и экономический статус. Все это воздействует на эмоциональную сферу матери и передается ребенку[[9]](#footnote-9).

Зачатие и беременность не только приводят к физиологическим изменениям в организме матери, но и оказывают значительное влияние на ее психику, меняют характер межличностных отношений женщины с окружающей средой. Здесь особое значение приобретает поддержка, оказываемая беременным женщинам со стороны окружающих. Отмечается зависимость между наличием чувства поддержки у беременных женщин и благополучным протеканием у них беременности и родов, а также лучшим психическим развитием ребенка в дальнейшем.

Сегодня на важность междисциплинарного подхода к акушерским проблемам указывают и отечественные и зарубежные клиницисты. Речь идет о форме медицинского мышления допускающего, что не только психические заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, утомление, тревога, депрессии могут являться этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений. Необходимость психопрофилактической работы с беременными была заявлена в медицинской литературе достаточно давно, а сейчас мы можем констатировать возрастание практического спроса на такого рода психологическую помощь. Васильева В.В. отмечает, что «только в Москве в настоящее время работает 45 центров по подготовке к родам. Методики в них значительно разнятся и, к сожалению, часто они складываются на основе интуитивного представления о роли разного рода психологических воздействий или даже на основе личного опыта в родах. В одних, акцент делается на тренировку технических возможностей (дышать, расслабится), в других, напротив предлагается отказаться от какого бы то ни было сознательного контроля и «прислушаться к собственному телу», в третьих, с помощью психоанализа предлагается разрешение внутренних конфликтов (использование глубинных методов психологического воздействия в период беременности, на мой взгляд, не приемлемо). Кроме того, психологи центров часто негативно высказываются относительно методов и способов наблюдения беременной акушерами-гинекологами. Такая ситуация приводит к эскалации эмоциональной напряженности и в конечном итоге к развитию нервно-психических расстройств у беременной. Медицинские сведение относительно успешности родов показывают вполне сопоставимые результаты в группе женщин, прошедших такую специальную подготовку, и в группе «неподготовленных» женщин»[[10]](#footnote-10).

С другой стороны, жалобы беременных невротического характера в женских консультациях часто объясняются либо «положением» женщины и игнорируются, либо приводят к назначению симптоматической медикаментозной терапии. Известно, что 35% женщин во время беременности принимают психотропные препараты. Применение наиболее распространенных трициклических антидепрессантов в первом триместре может увеличивать вероятность развития уродств у младенца, в более поздние сроки нередко приводит к нарушениям дыхания и сердечнососудистой системы, к повышению мышечного тонуса у новорожденных. В то же время, раннее выявление нервно-психических расстройств у беременных и применение адекватной психокоррекции и психотерапии позволят значительно снизить количество назначаемых препаратов или вообще обойтись без них.

Таким образом, важной задачей, стоящей перед медициной и психологией является формирование новых методов и форм психопрофилактики женщин в период вынашивания и рождения ребенка.

Если рассматривать траекторию психологического состояния человека, как череду стабильных и критических периодов, то время ожидания рождения ребенка и первое время после его появления на свет - это критическая стадия развития личности женщины. Понимание беременности как психологического кризиса дает возможность построить работу с беременными женщинами в форме оказания психологической помощи в кризисной ситуации. Низкая эффективность подготовки к родам наблюдается в том случае, если новая ценность «ребенок» не заняла устойчивого места в системе ценностей женщины. В этом случае, несмотря на «подготовленность», в реальной ситуации женщина будет вести себя не в соответствии с нуждами ребенка, а в большей степени будет ориентироваться на себя, свои актуальные потребности (избавиться от боли, поскорее завершить процесс). Как бы хорошо ее не научили «дышать», в критический момент, она будет кричать, задерживать дыхание, осуществляя более привычное помогающее ей (а не ребенку) действие. Тренинговая работа с беременной может проводиться как индивидуально, так и в группе. С помощью психотерапевтических методов необходимо уменьшить невротические проявления, ориентировать на адекватную реакцию в ответ на стрессовые раздражители, подготовить тело и психику к будущим родам. Важной целью при подготовке беременных к родам является рассеивание страхов женщин, связанных с родами. Страх, напряженность и боль неразрывно связаны. Страх является результатом отсутствия знаний у роженицы о событиях, происходящих в процессе родов. Он, в свою очередь, вызывает напряженность мышц, в том числе и мышц нижнего полюса матки. Напряженность мышц вызывает боль и приводит к затягиванию родов. Этот порочный круг (страх - напряженность - боль) можно разорвать, если беременная в антенатальном периоде получит объяснения того, что происходит во время родов.

Абрамченко В.В. указывает, что «сравнение групп беременных, прошедших психопрофилактическую подготовку и не прошедших ее, выявило, что подготовленные женщины имеют, как правило, физиологическое течение родов, их дети получают высокую оценку состояния при рождении по шкале Апгар.

При этом вне зависимости от характера стресса, необходима комплексная профилактика перинатальных повреждений. Выявлены определенные ключевые периоды развития фетоплацентарной системы, во время которых возможно применить медикаментозную и немедикаментозную коррекцию. В частности, применение дифференцированной психотерапии и физиотерапевтических методов лечения способствуют процессам адаптации к острому или хроническому психоэмоциональному стрессу и адекватному развитию фетоплацентарной системы, что влечет за собой снижение частоты и тяжести перинатальных последствий перенесенного стресса»[[11]](#footnote-11).

Оздоровительная программа должна предусматривать оценку состояния здоровья, прогнозирование акушерских осложнений и собственно оздоровительные мероприятия. С этой целью возможно проведение занятий по оздоровительной гимнастике с выполнением специальных дыхательных и мышечно-релаксирующих упражнений.

«Создание и внедрение программ психопрофилактического сопровождения акушерского мониторинга беременных будет способствовать снижению числа осложнений во время гестации и родов, рождению здоровых детей, и в конечном итоге сохранению и укреплению здоровья нации»[[12]](#footnote-12).

Важнейшим психопрофилактическим принципом работы с беременными и роженицами является учет их индивидуальных особенностей, а также характера личностного реагирования на трудные ситуации, способности к самоорганизации. Основными этическими нормами психолога, работающего в родовспомогательном учреждении, являются компетентность, профессиональная и социальная ответственность, уважение к человеческим правам и достоинствам членов семьи, ожидающей ребенка.

Необходимо отметить и тот факт, что уже рожавшие женщины на сегодняшний день не стремятся иметь второго ребенка.

Аверина Ю.В. и Пашкова Е.С. говорят, что «половина опрошенных нами женщин, рожающих повторно спустя 10-15 лет, главным фактором, «отодвигавшим» рождение второго ребенка, назвали психотравмирующий негативный опыт рождения первенца.

Психофизиологическая подготовка этой категории женщин к родам; помимо общепринятых методик, должна включать в себя и особые психокоррекционные методы, направленные на снятие специфического комплекса переноса сформировавшегося негативного гештальта на последующую беременность и роды»[[13]](#footnote-13).

Помимо общих психологических и физиологических особенностей, характерных для женщин 30-35 лет, данная выборка будущих мам имеет ряд специфических характеристик, вызванных отрицательными переживаниями при рождении первого ребёнка. Это наличие обострённой тревоги перед родами, навязчивое чувство вины, тенденции к жестокому невротическому самоконтролю, и как следствие, зачастую, можно говорить о формировании тревожно-депрессивного типа акцентуации характера. Все эти тенденции эмоционально дезадаптируют течение беременности, делают поведение женщины в родах менее толерантным, оказывают отрицательное воздействие на будущего малыша.

Необходимо особенно отметить психопрофилактическую работу с беременными раннего возраста (как правило, подросткового).

Беременность в несовершеннолетнем возрасте связана с огромным количеством стрессорных факторов психологического, социального, физиологического порядка, нарушающих формирование гестационной доминанты и процесс адаптации. Беременность и роды у юных женщин, в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости, имеют особенности, протекают с большим количеством осложнений и представляют значительный риск для беременной и ее ребенка. Поиск эффективных путей профилактики акушерских и перинатальных осложнений у подростков является актуальной задачей современного акушерства. Однако даже самое благополучное течение беременности и родов не решает всех проблем, так как по нашим данным юные матери имеют низкое качество жизни, меньшие социально-экономические перспективы, а их дети отличаются низкими показателями здоровья.

Беременность и роды для женщин являются временем значительных психических и физиологических перемен, которые нередко сопровождаются депрессивными состояниями различной степени выраженности и относятся к кругу психосоматических, что требует тесного взаимодействия акушеров, психологов и психотерапевтов.

Учитывая описанные выше психо-эмоциональные особенности беременных, современные «школы» психопрофилактической подготовки к родам используют эклектичные методы работы. Каждая школа имеет свой неповторимый климат и традиции, но то, что их всех объединяет – это желание помочь женщине принять и освоить своё материнство, избежав физических и душевных травм, находясь в гармонии с собой и окружающим миром.

Таким образом, основными особенностями психотерапии и психопрофилактики, позволяющими выделить ее в особое направление являются обращение к семье, работа с системами «беременная-плод», а затем «мать-дитя», с возникающими при их неблагоприятном развитии нервно-психическими расстройствами.

Можно выделить следующие разделы перинатальной психотерапии:

1. Психотерапия на этапе планирования зачатия ребёнка;
2. Психотерапия на этапе беременности;
3. Психотерапия семьи, имеющей новорождённого ребёнка.

В качестве дополнительных разделов можно выделить: психотерапию пациентов (детей разного возраста, подростков, взрослых), у которых нервно-психические расстройства связаны с проблемами перинатального периода, психотерапию семей, имеющих проблемы зачатия, психотерапию нервно-психических расстройств, возникающих в связи с утратой плода или младенца. Последняя совершенно не разработана в нашей стране.

Психотерапия беременной женщины играет особую роль, так как медикаментозная терапия может неблагоприятно сказаться на развитии плода. В литературе можно встретить описания применения отдельных психотерапевтических методик с целью устранения нервно-психических отклонений, возникающих у беременных женщин. При этом их авторы работали исключительно с женщиной, а не с системой мать-плод. Наиболее популярна была гипносуггестивная психотерапия (Николаев А.П., 1927; Здравомыслов В.И., 1938; Powels W.E., 1948; Gueguen J., 1962; Платонов К.И., 1962; Слободяник А.П., 1963; Варшавский К.М., 1973; Буль П.И., 1974; Chertok L., 1958, 1992; Свядощ А.М., 1982 и др.). Среди показаний к ней авторы указывали рвоты беременных, диссомнии, фобические расстройства и т.п. Но наиболее часто этот метод применялся с целью аналгезии в родах.

В настоящее время перинатальной психотерапии большое внимание уделяется взаимоотношениям, складывающимся в семье, ожидающей ребёнка. Во многом они определяются особенностями психологического компонента гестационной доминанты женщины (Аршавский И.А., 1967; Каплун И.Б., 1995; Добряков И.В., 1996). Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, меняющих отношения беременной к себе и к окружающим, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребёнка. В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный (Добряков И.В., 1996).

Определение типа ПКГД может помочь разобраться в том, как складывались отношения в семье в связи с беременностью, рождением ребёнка, прогнозировать каким образом будет формироваться тип привязанности по М. Ainsworth (1969), стиль семейного воспитания.

Одной из важнейших задач психотерапевта, работающего с семьёй, ожидающей ребёнка, является формирование оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты. Предпочтение при этом должно отдаваться краткосрочным психотерапевтическим методикам, например, краткосрочной позитивной (Добряков И.В., 1997; Чеботарёва И.С., 2001), телесно-ориентированной (Шевцов М.В., 2001), семейной (Добряков И.В., 2002) психотерапии.

Курс краткосрочной семейной психотерапии состоит из 4 - 8 сеансов. Встречи с психотерапевтом рекомендуется проводить 2 - 3 раза в неделю. В сеансах семейной перинатальной психотерапии участвует беременная женщина и её муж. Существенным моментов в процессе работы с супругами является беседа с ними во время сеанса о будущем ребёнке, обучение их приёмам общения с плодом (вербального, гаптономического), установления с ним обратной связи. При этом в сеансе активную роль играют не только супруги, но и будущий ребёнок. Подобные сеансы помогают мобилизовать ресурсы супружеского холона, улучшают коммуникации супругов, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию новорождённого.

Что касается «Школы подготовки», как правило, первое занятие в любой современной «школе» подготовки к родам несёт ознакомительный характер. Первая встреча с терапевтом всегда очень важна. Сюда беременная приносит самый большой груз накопившихся у неё вопросов, тревог и страхов. Эта встреча посвящается знакомству с методами и основными подходами «школы», её сотрудниками. Терапевт объясняет, как именно будет складываться подготовка, и для чего необходим каждый из её этапов. Подобное вступление способствует наиболее мягкой и быстрой адаптации новых членов группы. Врач изучает основные моменты акушерско-гинекологического и общесоматического анамнеза беременной, выясняет некоторые особенности личности пациентки и её биографии. Далее при необходимости подбирается индивидуальная программа физических нагрузок и психотерапевтической работы. На вводном занятии беременная обычно задаёт наиболее волнующие её вопросы, определяя свои основные мотивы обращения в «школу». В соответствии с этим терапевт акцентирует внимание пациентки на обязательных для неё тематических занятиях, указывает на дополнительные источники информации по интересующим темам. Разрабатывается оптимальный график посещения групп.

Таким образом, достигается налаживание базового доверия, устранение распространённых заблуждений беременных и связанных с ними тревог и страхов, формируются позитивные установки на будущее.

Содержание тренингов, как уже было сказано, в каждой «школе» имеет свою специфику. Темы же, обсуждаемые на лекционных занятиях, по понятным причинам пересекаются и затрагивают следующие вопросы материнства: психоэмоциональные особенности при беременности, кризис перемен; стресс в жизни беременной; профессиональная деятельность и беременность; отношения в паре, особенности мужского восприятия беременности, решение супружеских конфликтов, особенности сексуальности во время беременности; принятие своего нового образа и статуса, удовольствие быть беременной; общение с ребёнком до родов, в первый месяц после родов, в первый год после родов; переживания женщины на различных этапах родов; страхи, связанные с беременностью и родами; вопросы организации, режима и гигиены; навыки по уходу за младенцем.

Таким образом, можно сделать вывод, что на современном этапе среди психотерапевтических практик при работе с беременными в основном используются когнитивно-бихевиоральная терапия, краткосрочная динамическая психотерапия (Pines D., 1997), телесно-ориентированная психотерапия (Fuchs,1974; Stolze,1977;). Многими «школами» используются арттерапия, элементы ароматерапии, пение. В.Н. Сидоренко и Е.А.Клепацкая (1998) в своих исследованиях показали, что применение медицинской резонансной музыкотерапии (МРМ) в первый период родов (на схватках) и в послеродовый период улучшает психосоматическое состояние женщин, улучшает их настроение, сон, общее состояние и течение послеродового периода.

# Глава II. СОСТОЯНИЕ ПСИХИКИ И ТРЕВОЖНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

##

## 2.1 Психика с точки зрения перинатальной психологии

«Мы не можем смотреть на материнство только с точки зрения его благополучного завершения. Мы должны вникнуть в жизнь молодой женщины и ознакомиться с мыслями и переживаниями, которые в конечном итоге и приводят ее к желанию стать матерью»[[14]](#footnote-14), - пишет Грантли Дик-Рид.

Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологии, медицины, физиологии, биологии поведения, социологии, психологии. В последнее время появился интерес к комплексному исследованию материнства. Важность материнского поведения для развития ребенка, его сложная структура и путь развития, множественность культурных и индивидуальных вариантов, а также огромное количество современных исследований в этой области позволяют говорить о материнстве как самостоятельной реальности, требующей разработки целостного научного подхода для его исследования.

В психологической литературе (преимущественно, зарубежной Gomber and Mitchell, Shereshefsky and Yarow и др.) много внимания уделяется биологическим основам материнства, а также условиям и факторам индивидуального развития его у человека. В отечественной психологии (Филиппова Г.Г. и др.) в последнее время также появился ряд работ, связанных с феноменологией, психофизиологией, психологией материнства, психотерапевтическими и психолого-педагогическими аспектами беременности и ранних этапов материнства, дивиантным материнством.

Дивиантное материнство в настоящее время является одной из наиболее острых областей исследования в психологии, как в практическом, так и в теоретическом аспекте. Сюда включаются проблемы, связанные не только с матерями, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, но и проблемы нарушения материнско-детских отношений, которые служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрастах. В этом отношении большое значение имеет целостное представление о материнстве, его структуре, содержании и онтогенетическом развитии.

Существуют различные концепции психики и ее содержания у беременной женщины. Наталья Боровикова[[15]](#footnote-15) говорит о том, что беременность – это синдром, это новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, который начинается не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивающийся не родами, а в момент «пигмалионизации» своего ребенка. Синдром беременности - как правило, переживается на бессознательном уровне, и каждый из этих симптомов присутствует у всех беременных, только с разной степенью выраженности. Ярче все это проявляется при первой беременности. По мнению Н.Боровиковой, симптомы составляют синдром (структура психики):

1. симптом - аффект осознания себя беременной. Какой бы беременность не была, возникают эмоции, которые могут быть элементами неожиданности. Может быть застревание на каком-либо этапе. Наиболее сложно этот симптом протекает у женщин с высшим образованием;
2. симптом - принятия решения. Два полюса - я и беременность. Акцент на себе;
3. симптом - нового «я». Рефлексивное принятие нового образа «я» в положении;
4. симптом - эмоциональной лабильности. Настроение меняется очень часто. Будет наблюдаться тошнота и рвота (у большого процента женщин), если предменструальный синдром явно выражен - то также будет тошнота и рвота;
5. симптом - противоречивого отношения к беременности. С одной стороны - гордость в связи с женственностью, с другой стороны страх и беспокойство, навязанное социальными установками. Например: Роды - это такой кошмар...
6. симптом - приятия новой жизни в себе. 2 этапа: женщина осознает, что будет иметь ребенка; перенос доминанты на ребенка;
7. симптом - перинатальной дисморфофобии (дис - расстройство, морфо - структура, фобии - страх). У большинства женщин страх о своем организме;
8. симптом - завышенных притязаний. У женщин в перинатальном периоде гораздо больше требований к окружающим. Повышенный уровень притязаний к отцу ребенка;
9. симптом - ощущения депривации. У большинства женщин есть ощущение, что ей уделяется не так много внимания. Кажется, что внимания недостаточно;
10. симптом - сексуальной неполноценности периода беременности;
11. симптом - пигмалионизация родившегося ребенка.

Выделим еще одну концепцию, которую выдвинул Сильвио Фанти[[16]](#footnote-16). По его мнению, микропсихоанализ всю человеческую жизнь обобщает в трех войнах, которые разделяют Эдипов комплекс на фазы психосексуального развития. Из 3-х войн, мы рассмотрим первую. Первая война - пренатальная война. Длится с момента зачатия и до рождения. С момента зачатия и до рождения эмбрион противопоставляет свою филогенетическую агрессивность - агрессивным реакциям матери. Отношение между эмбрионом и матерью, по мнению С.Фанти, - это рукопашная битва. Это можно проиллюстрировать следующим примером:

1. «внедрение эмбриона в стенку матки представляет собой случай людоедства и кровопийства.
2. разрастание эмбриона можно сравнить с раковой опухолью, от которой мать любой ценой пытается избавиться.
3. эмбрион - это сверхчувствительный приемник, способный воспринимать страхи, желания, недомогания, сексуального наслаждения своей матери, от которого она не отказывается ради него. Состояние войны, отличающее утробное развитие делает шаткой гипотезу Ранка о травме рождения: переход от внутри пренатальной безопасности, в угрожающий внешний мир, представляет собой никогда незаживающую рану, которая обуславливает возникновение страха и невроза»[[17]](#footnote-17).

По мнению Лоранса Перну у будущих матерей существует своя особая психология, меняющаяся из месяца в месяц, которая тесно связана с физическими изменениями. Он разделил беременность с психологической точки зрения на три периода (триместра), как ее делят с точки зрения физиологии. (Перну, 1989)

Первый триместр — месяцы неуверенности и адаптации. Чувства женщины еще не определились; счастливая от сознания, что ждет ребенка, она переходит от радости к сожалению. Это еще не боязнь родов, а неопределенный страх, включающий в себя и радость от неведения того, что происходит, и боязнь перед неизвестностью (особенно, если это впервые), и беспокойство о будущем (как решить материальные проблемы, возникающие с появлением ребенка), и опасения, что муж отдалится от нее за несколько месяцев беременности, и т.д.

Тошнота, бессонница, отсутствие аппетита — причины или следствие этих смешанных чувств — часто делают первые недели беременности утомительными.

Страх перед неизвестностью может привести к состоянию подавленности, женщина чувствует себя обезоруженной, зависимой, как в некоторых случаях инфантилизма.

Второй триместр — месяцы равновесия.Первые движения плода имеют огромное значение для всех будущих матерей. Те, кто раньше не решался показать свою радость, отдаются ей целиком, ибо теперь они уверены в существовании внутри себя новой жизни. Присутствие ребенка влияет не только на мысли, воображение будущей матери, но и на ее организм, поскольку это тесно взаимосвязано.

Третий триместр — месяцы отступления. В первые три месяца ребенок был надеждой, потом уверенностью, но не реальностью; во втором триместре его присутствие стало ощутимым; в третьем — он сделался единственным средоточием помыслов, интересов и занятий будущей матери.

Постепенно события повседневной жизни отступают на второй план, занимая женщину все меньше и меньше, ее мысли концентрируются на ребенке, которого она носит.

Это погружение в ребенка — основная черта третьего триместра. Будущая мать настолько занята мыслями об этом ребенке, что порой кажется, будто она хочет отстраниться даже от тех, кто ее любит.

Женщина становится безразличной ко многому не только в эмоциональном, но и в интеллектуальном плане: она с трудом заставляет себя интересоваться работой, ее внимание рассеивается, ей отказывает память (так, например, процент ошибок, допущенных бухгалтерами, счетоводами, телефонистками, находящимися в этом состоянии, стремительно возрастает)[[18]](#footnote-18).

Основой перинатальной психологии с точки зрения Коваленко Н.П. является Юнгианский психоанализ, Теория инстинктов по Гарбузову и теория перинатальных матриц.

Структуру психических процессов с точки зрения перинатальной психологии можно представить в виде схемы (см. приложение 1).

«Овальное пространство — это ориентировочная область индивидуальных психических процессов человека, контур которой на самом деле не сплошной, а прерывистый, т. е. имеет исключительно схематический смысл и отделяет индивидуальное сознание и психическую жизнь индивида.

Схематическое яйцо сознания делится на три области: верхняя — зона активного сознания (инструмента познания окружающего мира); средняя — зона подсознания (зона защитных психических механизмов и зона накопления психического (духовного) и интеллектуального опыта, способствующего эволюции человека, барьер между индивидуальным сознанием и бессознательным); нижняя — зона бессознательного (зона, имеющая сложную иерархичность, которую мы упрощаем до следующих элементов: индивидуальное бессознательное, архетипы, зона трансов, трансперсональный опыт, перинатальный опыт, коллективное бессознательное, сознание Универсума.

Вертикальная ось означает траекторию движения сознания индивида в процессе его эволюции, причем сама ось — это идеальный вариант совпадения точки сознания с потоком интуиции и сознания Универсума с его волевым компонентом, который можно отнести с понятием Духа»[[19]](#footnote-19).

Верхняя точка Я символизирует проявление максимальной реализации Я-структуры и реализации инстинкта доминирования в самом позитивном его проявлении. В этом состоянии сознания человек, опираясь на интуицию и интересы общества, способен брать ответственность на себя, мобилизовать интеллект и волю во имя достижения высших целей. Для реализации планов и идей человека эта позиция очень перспективна.

«Противоположная позиция точки сознания Я, в нижней области структуры сознания, совпадает с реализацией инстинкта альтруизма (3) — реализацией высших форм служения семье, коллективу, сообществу. Человек, обладающий таким качеством сознания, имеет глубочайшую связь с бессознательным человечества, поэтому он чувствителен, сердоболен и сострадателен. Его жизнь — это вечный транс любви и сострадания.

Область подсознания, отделяющая сознание от бессознательного, выполняет буферную функцию между ними. Организация буфера происходит за счет инстинктов самосохранения (1) и продолжения рода (2). Эти инстинкты вообще нацелены на сохранение всего полезного, с чем сталкивается человек в своей жизни, и этот опыт накапливается в блоках памяти разного уровня. Здесь накапливается информация о жизненном опыте рода, семьи, и на основании этих блоков памяти сортируется и вся остальная информация, поступающая от активного сознания. Эта область фильтрует и те информационные потоки, которые человек может получать из бессознательного посредством интуиции и эмоций. Если эта информация соотносится с накопленным опытом, она поступает в блоки памяти, если нет — то, очевидно, не воспринимается. В этот момент человек почему-то не слышит голос своей интуиции, не допускает возможности существования новой идеи, нового чувства и т. д.

Осуществляя свои охранные функции, эти инстинкты и подсознание не дают нам запомнить тяжелые сновидения, помогают забыть родовую боль, освобождая нашу психику от излишних нагрузок. Но, тем не менее, также глубоко запечатлевают весь наш жизненный опыт с соматическими характеристиками.

Кроме сна и глубинных блоков памяти подсознание формирует общий профиль эмоционального реагирования и описанной выше эмоциональной компетенции, так как в зависимости от опыта, накопленного на уровне подсознания, человек имеет навыки доступа к бессознательному через эмоции и интуицию. И если этот опыт благоприятен, то человек имеет, как часто говорят, «открытое сознание», «светлую голову», «легкий характер». Человек интуитивно чувствует ситуацию и как в ней себя вести, чувствует достоверность и недостоверность информации, полученной извне. Такой человек, если не богобоязнен, то интуитивно чувствует наличие «высших сил» божественного присутствия, ангельского ведения, т. е. образов бессознательного. Он обычно не выпячивает этих ощущений, а интуитивно чувствует, что они должны оставаться в зоне интимных переживаний, которые не должны быть доступны другим людям. Интуитивный и позитивный эмоциональный опыт помогает человеку осуществлять циркуляцию жизненной энергии от обычного активного опыта до энергии бессознательного. А так как бессознательное представляет собой океан психической энергии, то такой опыт энергетизирует человека, делает его эффективным и адаптивным.

Другое дело, если человек случайно преодолел фильтры подсознания, еще не будучи готовым к такому открытию, еще не имея эволюционного опыта взаимодействия с сильными энергиями бессознательного. В этом случае есть опасность попадания в стихийные хаотические потоки бессознательного и человек может перегрузить свою психику неадекватными переживаниями и пострадать от такого опыта»[[20]](#footnote-20).

«Страхи, особенно неосознанные, — явления величайшей важности в психической жизни человека, В эволюционных процессах они играют иногда позитивную (обучающую, предупреждающую) роль, а иногда негативную (разрушающую) роль. Особенно когда страх становится неуправляемым, навязчивым.

Если позитивная эмоция включает связь с благоприятными архетипическими зонами бессознательного, то негативная эмоция включает связь с отрицательными, темными, хаотическими архетипическими областями бессознательного.

Первичное формирование базы данных подсознания зависит от перинатального опыта и регуляторов прохождения через матричные зоны (I, II, III, IV) сознания. Самый близко лежащий слой от подсознания — индивидуальное бессознательное, оно является как бы продолжением или глубиной подсознания индивида. На схеме (рис. 2.1) оно и находится под слоем подсознания.

Подсознание открывает пласты памяти и информации, помогая человеку в процессе адаптации, выживания и выполняет некую охранную функцию»[[21]](#footnote-21).

Н.П.Коваленко выдвигает предположение, что в организации слоя подсознания принимают участие инстинкты сохранения рода и самосохранения. Они направлены на реализацию процессов деторождения, поддержания должного уровня иммунитета и адаптивных возможностей человека. На схеме они совпадают с уровнем подсознания.

Инстинкт продолжения рода проявляется в нашей жизни не только в форме желания иметь ребенка, но и в сексуальном влечении к противоположному полу.

В древних культурах этот инстинкт контролировался ритуалами, мистическими и религиозными обрядами. Гормональное созревание, оформление способности продолжить род отождествлялось с мистической трансформацией физического тела и тела души (эмоций) и включало высшую духовную ответственность за семя рода (сперму), за материнское лоно (яйцеклетку).

Существуют «две противоположные тенденции в древних традициях:

1. женщина относится к существам мира духов, неземных ангельских миров и приравнивается к высшим духовным силам на земле, силам, несущим мир, любовь, просветление;
2. женщина считается существом, изначально нечистым (за счет регул) и имеющим связь с мистическим, темным духовным миром»[[22]](#footnote-22).

«Эти представления живут в общечеловеческой памяти, в бессознательном и, в зависимости от психического опыта, задействуются в тот или иной момент жизни, влияют на наши представления, предчувствия, поведение»[[23]](#footnote-23).

Н.П.Коваленко указывает на то, что «у женщин в первом варианте этот инстинкт осознан, а значит, управляем. Во втором варианте этот инстинкт стихиен, отпущен, неконтролируем, а значит, неуправляем». «С точки зрения эволюции человека наиболее целесообразен контролируемый осознанный инстинкт, так как сам по себе он – потенция и источник энергии»[[24]](#footnote-24).

Инстинкт продолжения рода и в семейных отношениях может проявляться в разных формах, не всегда гармоничных. Инстинктивная привязанность матерей к своим детям иногда проявляется в виде слепой любви, мешающей раскрыться дарованиям ребенка, его природным силам. Страх потери ребенка, тревожность матери создают неблагоприятную эмоциональную атмосферу для развития волевых, творческих качеств, вызывают изменение характера, личности ребенка.

Если мы обратим внимание на схему (см. приложение 1), то можем увидеть, что «исследовательский, творческий инстинкт (4), относящийся к зоне активного сознания человека, провоцирует человека на освоение окружающего мира, через развитие интеллекта и заполнение сферы подсознания интеллектуальным опытом. И задача состоит в том, чтобы сфера интеллекта и эмоциональная сфера развивались гармонично».

«Творческий процесс, позитивная эмоция, стремление к красоте питают душу человека благодатными потоками энергии бессознательного из высших духовных архетипических слоев. Поэтому исследовательский инстинкт (творческий) обязательно включает творческий компонент как стремление к созданию целостности, гармонии, красоты.

Оставшиеся инстинкты свободы (6) и сохранения достоинства (7) — это силы, данные человеку для улучшения качества человеческого рода и расширения его физических и духовных возможностей. Они потому и вынесены за пределы структуры, так как их задачей является расширение этой структуры, пополнение и охрана ее резервов. А инстинкт сохранения достоинства помогает создать в процессе эволюции человека с высшими нравственными качествами и сохранить их в генетической программе человека.

В данной структуре присутствует еще один важный компонент, который выражен центральной осью — Я, проходящей через все слои сознания. Эта ось соответствует такому качеству или состоянию сознания, которое соотносится с понятием «воля».

По мере развития аспекта воли, человек может вначале опираться на свою индивидуальную волю, а потом, подключив интуицию, может выйти на уровень соединения с волей Универсума. В таких случаях мы говорим о «силе духа» человека и соподчиненности плану эволюции Универсума.

Тогда получается, что сознание (мысль) — это инструмент освоения плана бытия, воля — организующая сила этого процесса освоения и познания, а эмоция — это энергия, качество осуществления этих процессов.

Перинатальный опыт и печать базовых матриц отражаются на всех этапах эволюционного пути человека.

Первая перинатальная матрица дает первичную информацию для формирующегося психического мира ребенка об образах, условиях существования и источниках жизни. В этот период сознание ребенка имеет доступ к океану бессознательного и только мать способна закрепить этот опыт, если сама способна творчески использовать эту энергию и информацию.

Например, женщина, в первой половине беременности страдающая от токсикоза и проклинающая все на свете, создает очень неблагоприятный эмоциональный фон для развития ребенка.

Иногда женщины в этот период переживают стресс по поводу неоформленных брачных отношений и состоявшейся беременности. Долгий период раздумий, сомнений по поводу жить ребенку или не жить тоже переносится в блоки памяти бессознательного ребенка и формируют защиту от возможной опасности, исходящей от родителей, которые его не желают. В дальнейшем это может вылиться в отчуждение ребенка от родителей на каком-то этапе его взросления или в отсутствие взаимопонимания, доверия к родителям, в склонность к депрессиям.

Вторая матрица фиксирует опыт индивидуального бессознательного и позволяет реализовывать те возможности, которые имеются в виде наследственных характеристик, опыта рода, фамилии, но за счет проявленных инстинктов может быть дополнена и усовершенствована. Тем более матрица может быть преобразована за счет сознательного поведения матери в родах, ее самоорганизации, самообладания.

Например, поскольку вторая матрица связана с таким сложным и ответственным актом в физиологии женщины, как открытие шейки матки, то эффективность раскрытия зависит от того, как с этим моментом справлялись мать роженицы и ее бабушка. То есть зависит от родовой наследственной программы по женской линии. Также замечено, что на успешность процесса открытия шейки матки влияют эмоциональный фон и качество взаимоотношений роженицы и ее матери. По нашим наблюдениям, наиболее тяжелая ситуация в этот период родов складывается, если будущая бабушка не желает внука, гневается по поводу его появления и отрицает целесообразность его рождения. Из 20 случаев в подобной ситуации 19 имели осложнения в периоде открытия шейки матки.

Коррекция семейных отношений с помощью специально разработанных психологических методик и обучение женщин необходимым родовым навыкам (дыхание, голос, движение) позволяют избежать осложнений на этом ответственном участке родового пути. Таким образом, позитивный эмоциональный фон может позволить справиться с наследственными погрешностями и психологическими преградами к рождению человека, избежать затруднений при рождении.

По мнению Н.П.Коваленко, «вторая перинатальная матрица ребенка, отражая наследуемый родовой опыт материнской линии, связана с базовыми инстинктом продолжения рода матери и инстинктом самосохранения ребенка. И главное заключается в том, чтобы эти инстинкты реализовывались согласованно, чтобы мать и ребенок не вредили друг другу. Тогда шейка матки открывается, и ребенок проходит через самое узкое отверстие родового пути.

Если второй период прошел благоприятно и шейка матки открылась, а ребенок миновал этот трудный участок пути мягко и плавно, то следующий шаг, третий период родов ребенка (третья перинатальная матрица), чаще всего тоже может быть мягким и постепенным»[[25]](#footnote-25).

Как показывают исследования, проводимые Н.П.Коваленко, «удалось наблюдать при очень глубокой релаксации роженицы, самопроизвольное, без усилий матери, прохождение ребенком этапа родового пути»[[26]](#footnote-26). «Женщина в этот момент испытывает глубокий транс, медленно и глубоко дышит или издает звук (которому заранее обучается). В этот момент усилить релаксацию и транс удается именно мужу, который может шептать ей на ухо приятные слова, успокаивать, ласкать. Если женщина достигает достаточной глубины релаксации, ребенок буквально вываливается из влагалища, не повредив ни себя, ни мать»[[27]](#footnote-27).

Но бывают случаи, когда из-за слабой родовой деятельности, патологий, болевого шока мышцы женщины запирают влагалище, и ребенок не может пройти. Именно в этот момент ребенок может пострадать от асфиксии, получить травму шейных позвонков, если пришлось прибегнуть к физической помощи при высвобождении его головки из влагалища.

Это уже осложнения, а причина — отсутствие возможности и умения женщины к глубокому расслаблению. Оно связано с глубинным опытом эмоциональных травм, осознанных и неосознанных страхов, блокировавших силы инстинктов, силы воли, самообладания.

Таким образом, третья перинатальная матрица, несмотря на то, что по времени она не очень длительная (соответствует последнему периоду родов), тем не менее, оказывает значительное влияние на успешность тандема «мать-ребенок» в родах. И, конечно же, женщина здесь является причиной проблем в родах, так как ребенок уже сделал шаг, прошел шейку матки, а этот этап зависит от самообладания и комфортности женщины, а может быть, и от степени проявления ее альтруизма и любви к ребенку. Поэтому данный период родов, если активизируются инстинкты самосохранения и сохранения рода и матери, и ребенка, да еще присутствует инстинкт альтруизма, проходит мягко и спокойно. Если же эти инстинкты по каким-то причинам подавлены, то могут появиться трудности.

На схеме (см. приложение 1) третья перинатальная матрица ориентировочно соотнесена с уровнем подсознания, т. е. с уровнем сознания, который соответствует глубинным пластам памяти индивидуальной жизни с соматическими характеристиками. Уровень подсознания выполняет функцию барьера между бессознательным и сознанием. Это последний барьер в родах, который отделяет ребенка от реальной жизни в активном сознании.

Когда же этот барьер преодолен, наступает период четвертой перинатальной матрицы, и этот период — вся жизнь человека до смерти. И первые секунды, минуты новой жизни так же важны, как и все последующие. Именно в первые моменты вступает в силу такой процесс, как импринтинг, именно в первые секунды этого периода включаются новые формы инстинктов самосохранения, пробуждается исследовательский инстинкт, заставляющий ребенка с интересом наблюдать совершенно новые формы окружающего мира. Логический ум будет только-только делать первые шаги, а интуиция и чувства будут добавлять в банк данных памяти огромный объем информации.

На схеме этот период — вся верхняя часть структуры. Исследовательский инстинкт, инстинкт доминирования, инстинкт свободы в процессе жизни будут помогать человеку адаптироваться в новой среде, занять в ней свое место и реализовать свое предназначение. Инстинкт сохранения достоинства поможет сформировать важные для личности качества, повышающие ее статус в обществе и развивающие такое духовное качество, как совесть»[[28]](#footnote-28).

«Так же, как и в родах, на первых порах жизни ребенок черпает жизненный опыт через проекцию своих родителей. Именно на основе соотнесения ребенком своего собственного Я, своей воли с волей родителей и строится система его ценностей, целей и возможностей»[[29]](#footnote-29).

Обобщенная структура психической деятельности помогает в абстрактном виде представить модель взаимозависимости психических процессов различного уровня и взаимовлияния психической жизни матери и психического мира ребенка в перинатальном и антенатальном периоде. Гармонизация эмоциональной жизни и баланс инстинктивной деятельности — залог благоприятного течения беременности, родов и получения ребенком позитивных ресурсных паттернов памяти о перинатальном периоде развития. Это в свою очередь благоприятно сказывается на его дальнейшем развитии как личности.

Рассмотренные нами различные концепции говорят о том, что существуют различные взгляды на психику в перинатальном периоде, но мы в данной работе будем придерживаться точки зрения Н.П.Коваленко, так как мы считаем, что она на сегодняшний день является наиболее целостной и исследует психику беременной женщины с разных сторон.

## 2.2. Структура и сущность тревожности во время беременности

В настоящее время принято считать, что деторождение лишь провоцирует начало или обострение уже имеющеюся психоза. Чаще других встречаются шизофрения и маниакально-депрессивный психоз.

Современные исследования в области психосоматической медицины выявляют постоянный рост интереса к пограничным нервно-психическим расстройствам, возникающим в периоде беременности. Такой интерес обусловлен изменившимся углом зрения психиатрии. И если «патос» безусловно, является областью психиатрии, то пограничные расстройства, эта та область пересечения, где возможно и необходимо искать сотрудничества между психиатрией и психологией. Выделение пограничных расстройств при беременности и после родов в отдельную область исследований представляется необходимым уже потому, что при работе с этой группой расстройств возможно использование сугубо психологических, а, следовательно, менее вредоносных для организма матери и ребенка, методов и средств. До настоящего времени нет ясности в вопросе об особенностях клиники пограничных нервно-психических расстройств у беременных женщин. Отечественные авторы рассматривали подобные расстройства лишь в рамках токсикозов беременных (Бибилейшвили З.А., 1974; Цирульников М.В., 1971 и др.). В то же время многие исследователи подчеркивали, что пограничные нервно-психические расстройства могут развиваться у данного контингента и помимо токсикоза (Сахаров Е.А., 1989; Бреслав Г.Э., 1980; Менделевич Д.М., 1989 и др.).

Оценить уровень тревожности беременных женщин по их электроэнцефалограмме (ЭЭГ) и дать некоторый прогноз на течение беременности попытались ученые с кафедры психофизиологии и физиологии высшей нервной деятельности Санкт-Петербургского государственного университета. Исследование они проводили на базе женской консультации, так что их пациентами были обычные женщины, без ярко выраженных патологий.

Оказалось, с возрастанием уровня тревожности увеличивается вероятность угрозы прерывания беременности. В группе высокотревожных женщин таких было в два раза больше, чем в группе низкотревожных. С точки зрения физиологии, тревожность повышает уровень адреналина в крови и активирующие влияния на кору мозга, что может привести к повышению тонуса мышц матки. Отсюда и угроза прерывания беременности.

Что касается низкотревожных женщин, то у них, отмечают ученые, снижено внимание к своему состоянию во время беременности, поэтому угроза выкидыша меньше, но какие-то реальные симптомы заболевания они могут просто не заметить.

Тревога играет приспособительную роль, являясь сигналом об угрожающих изменениях во внешнем мире или в собственном организме. Однако если она выражена чрезмерно, то мешает нормальному функционированию индивида. Даже околопороговые значения уровня тревоги значительно ухудшают качество жизни человека.

К настоящему времени накоплена масса фактов, свидетельствующих о том, что неадекватное поведение матери во время беременности, ее эмоциональные реакции на стрессы, которыми насыщена наша жизнь, служат причиной огромного числа различных патологических состояний у ребенка, как поведенческих, психологических, так и соматических. Во время перинатального периода развития ребенок живет практически «одной жизнью» с матерью. Сегодня доказано, что при стрессе гормоны надпочечников матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время положительных эмоций (радости, успокоения) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины (гормоны радости), которые, проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод. Следовательно, мать и ребенок представляют собой единый нейрогуморальный организм, и каждый из них в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка. По мнению Н.П.Коваленко, позитивные материнские эмоции вызывают усиление роста плода, спокойствие и возрастание уровня сенсорного восприятия плода. Ее стресс приводит к низкому весу плода, увеличению процента смертности, респираторных инфекций, астмы, ослаблению когнитивного развития.

Для понимания сущности тревожности крайне важно рассмотрение внутренних, физиологических особенностей человека сопутствующих склонности к переживанию чувства тревоги. Это важно как для понимания определенных физиологических механизмов, возникающих в ответ на некоторые ситуации, так и для хотя бы примерного представления о том, насколько тревожность биологическое, насколько социальное явление; насколько она обусловлена генотипом, а насколько средой. Такие данные помогают определиться в ряде вопросов, например, понять, насколько можно помочь тревожной личности «изжить» тревогу, а в каких случаях необходимо помочь личности адаптироваться и использовать себе во благо некоторые индивидуальные особенности.

В большинстве зарубежных исследований основное внимание сосредоточено на изучении эмоциональных расстройств у беременных. При этом совершенно упускаются из виду другие формы гестационных пограничных нервно-психических расстройств.

Особенностью пограничных нервно-психических расстройств при беременности является неизменное включение в их клиническую картину тех или иных психопатологических феноменов, непосредственно связанных с беременностью: различных опасений за благополучное протекание беременности, навязчивых страхов за судьбу плода, ожидания родов, условнорефлекторных страхов, связанных с неблагоприятными в прошлом беременностями и родами[[30]](#footnote-30).

Наличие конфликтности или тревожности в материнской сфере проявляются в таких же характеристиках образа ребенка, себя как матери, своей матери и себя как ребенка своей матери. Таким образом, психологические особенности, относящиеся к материнской сфере женщины и провоцирующие нарушение течения беременности, во-первых, являются общими характеристиками, проявляющимися на всех этапах развития материнской сферы (до беременности и после нее), а во-вторых, могут быть выявлены как факторы группы риска до наступления беременности.

Данные, полученные в течение последних лет при исследовании женщин до беременности, во время беременности и матерей с детьми позволяют выделить три группы показателей, характеризующих женщин с нарушениями репродуктивной функции:

1. Свойства личности, определяющие неадекватные механизмы преодоления стрессовых (и вообще кризисных) ситуаций: личностная незрелость и несформированность адекватных адаптационных механизмов
2. Дезадаптивный способ разрешения внутреннего конфликта, проявляющийся в соматизации или особой форме телесного отреагирования (нарушение репродуктивной функции не всегда является угрозой здоровью, поэтому отнесение этого нарушения к соматическому отреагированию - как отреагированию нарушением соматического здоровья - не всегда корректно).
3. Психологическая неготовность к материнству, проявляющаяся в конфликте между острым желанием иметь ребенка и несформированностью материнской позиции.

Полученные данные позволили выделить симптомокомплекс психологических особенностей женщин с нарушением репродуктивной функции. Эти особенности можно представить в виде шести шкал, каждая из которых является двухполюсной и может быть оценена по степени выраженности каждого из разнополюсных показателей:

1. Направленность агрессии (гетероагрессия и аутоагрессия).
2. Выраженность составляющей тревоги (эмоциональная и функциональная).
3. Склонность к переживанию фрустрации (реактивно-взрывчатая и депрессивная).
4. Соотношение вербальных и невербальных образов ребенка, себя и своей матери (позитивный - негативный).
5. Отношение к беременности и ребенку (реальная ценность и декларация сверхценности).
6. Характер внутреннего конфликта в материнской сфере (по типу «Конфликтность» и «Тревожность»).

В каждом случае будет своя картина сочетания этих особенностей, которая и определит конкретную направленность и содержание психологической помощи.

Все вышесказанное характеризует наличную картину психологических особенностей у женщин, уже имеющих патологию репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание, патология беременности), но не всегда сопровождает психологическую неготовность к материнству, которая может выражаться в других формах (например, неадекватное отношение к ребенку, не сопровождаемое нарушением репродуктивной функции). В последнем случае не будет наблюдаться комплекс особенностей, характеризующих женщину как личностно незрелую, дезадаптивную и обладающую неконструктивными способами разрешения внутреннего конфликта. Чаще это женщины высоко адаптированные, реагирующие на стрессовые или фрустирирующие ситуации в форме рационализации, игнорирования, реже тревоги, реализующейся в гиперконтроле ситуации или ее преобразовании в соответствии со своими целями. В целом они отличаются наличием пониженной ценности ребенка и себя как матери, эти ценности имеют статус ценности-средства (а не ценности-цели). При адаптации к беременности и материнству у них не возникает невротических или соматических проявлений. Эти женщины обычно не становятся объектом исследования или терапии в перинатальной психологии и медицине. Однако они представляют группу риска развития ребенка, причем в двух направлениях:

1. Риск нарушения физического и психического развития ребенка, для которого такие матери создают неадекватную психологическую среду развития.
2. Риск нарушения формирования родительской сферы ребенка (как будущего родителя), поскольку такие матери представляют неадекватную модель для идентификации и построения образов ребенка и родителя.

Для практических задач диагностики и психологической профилактики и коррекции неготовности к материнству имеет смысл разделять факторы, влияющие на адаптацию женщины к беременности и материнству, которые могут сочетаться по-разному и соответственно, определять собой различную стратегию и тактику психологической помощи[[31]](#footnote-31).

Психологическая помощь может быть обращена к различным уровням (струтктурам) индивидуума:

* + личностный уровень: работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками;
	+ эмоциональный уровень: поощрение открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию;
	+ когнитивный уровень: передача знаний;
	+ операциональный уровень: формирование навыков и умений (поведения в родах, ухода за ребенком);
	+ психофизический уровень: обучение регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арттерапии, телесноориентированной терапии (см. приложение 2).

В значительной мере семья нуждается, прежде всего, в психологической поддержке. Работа с семьей и ее членами может проводиться как индивидуально, так и в группе. Причем групповая поддержка имеет особый терапевтический смысл. Попадая в группу, семья выходит из изоляции, в которой нередко оказывается. Она знакомится с другими семьями с аналогичными заботами и получает от них поддержку, которая, как правило, сохраняется в трудный период первого года жизни ребенка. Кроме того, сталкиваясь зачастую противоположными точками зрения по самым различным проблемам, родители задумываются о многообразии существующих традиций и представлений, учатся вырабатывать и отстаивать собственную точку зрения, одновременно сохраняя толерантность по отношению к чужому мнению. Задача психолога способствовать формированию в группе атмосферы доверия и безопасности.

В каждой семье к моменту зачатия ребенка, как и в любой структуре, присутствуют здоровые и разрушительные силы. В результате всего комплекса мер психологической поддержки можно ожидать усиления конструктивных факторов и снижения воздействия разрушительных факторов (см. приложение 2).

Работа психолога имеет свои специфические задачи и осуществляется специфическими психологическими методами. Те необходимые им установки, знания и навыки, которые родители могут приобрести на занятиях психолога в школе по подготовке к материнству и отцовству, они не могут получить ни от каких других специалистов. Потребность родителей в этих знаниях и заинтересованность общества в их приобретении родителями приведет, в конце концов, к тому, что посещение будущими родителями школ подготовки к отцовству и материнству станет неотъемлемой частью социальной помощи молодой семье наравне с наблюдением в женских консультациях.

## 2.3.Занятия в бассейне (акватреннинг) как способ усовершенствования психопрофилактических занятий для снижения уровня тревожности

В течение 9 месяцев беременности тело непрерывно изменяется. Выделяющиеся гормоны ослабляют и размягчают связки, удерживающие суставы, и скелет становится более гибким в процессе подготовки к родам. Увеличивается количество жидкости в теле, что заставляет сердце работать с большей нагрузкой, чтобы перекачать значительно больший объем крови и обеспечить ее проникновение сквозь плаценту, а также кровоснабжение ваших жизненно важных органов. Повышается нагрузка на почки, которые должны обеспечить переработку отходов жизнедеятельности не только вашей, но и вашего малыша. Кроме того, замедляется процесс пищеварения из-за гормонального размягчения мускулов пищеварительного тракта.

Акватренинг – это вид оздоровительно-рекреативной физической культуры, в которой используется сочетания традиционных и нетрадиционных упражнений, выполняемых в водной среде.

По словам греческого философа Гераклита, «Вода – источник всего во Вселенной». Вода составляет около 79% общего веса человека (50% – содержится в мышцах, 13% – в костях, 5% – в крови, 16% – в печени, 0,4% – в селезенке).

Вера в могучую силу воды рождала у народов различные обычаи и обряды. Так, в древней Индии вода считалась эликсиром жизни, люди верили, что омовение водой дает десять преимуществ: ясность ума; свежесть; бодрость; здоровье; силу; красоту; молодость; чистоту; приятный цвет кожи; внимание красивых женщин. Православное таинство крещения также связано с водой.

Вода – самое доступное средство, позволяющее укреплять здоровье и бороться с разными недугами. Водные процедуры оказывают многообразное воздействие на организм, улучшая терморегуляцию, обмен веществ, работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Оздоровительное воздействие плавания связано с физическими, термическими и механическими свойствами водной среды. Гиппократ писал: «Чтобы излечиться и быть здоровым, надо черпать жизненную силу, которая находится в Природе». Меньшуткина Т.Г отмечает, что, «занимаясь, можно использовать разнообразные упражнения: купание, плавание, водная гимнастика, специальные плавательные упражнения, гидропроцедуры и массаж, упражнения на дыхание и расслабление. Все это способствует гармоничному развитию организма и укреплению мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, оказывает хороший закаливающий эффект»[[32]](#footnote-32).

К специфическим особенностям плавания относятся не только особенности среды, в которой осуществляется двигательная деятельность, но и характер движений. При проведении занятий в воде необходимо учитывать специфические особенности водной среды по сравнению с привычной для человека воздушной средой: теплоемкость воды в 25-28 раз больше теплоемкости воздуха; плотность воды в 800 раз больше плотности воздуха.

Даже простое движение, а тем более тренировки в воде благоприятно влияют на самочувствие. Существует много оснований для того, чтобы сменить «земную твердь» на воду, чтобы совершенно по-новому раскрыться телесно и духовно:

1. Выталкивающая сила воды и относительная невесомость: вес тела в воде составляет лишь одну десятую веса на суше.
2. Суставы почти не испытывают нагрузки.
3. Эффективность от упражнений в воде вдвое выше, т. к. сила тяжести в воде ниже обычной, и каждое движение приходится совершать, преодолевая сопротивление воды. Это ощутимо, даже когда необходимо просто поднять и опустить колено.
4. Воздух над водой богат кислородом, как, например, лесной воздух. В некоторых бассейнах его специально обогащают ионами йода, соли, фтора и других веществ.
5. В воде кровообращение интенсивнее, чем на суше.
6. Даже теплая вода все равно охлаждает кожу и облегчает выполнение всей программы упражнений без боязни перегрева.

Вода обладает выраженным расслабляющим действием. С ростом ребенка увеличивается не только вес и размер живота, но все тело становится менее подвижным. В воде происходит расслабление, поэтому очень важно хотя бы раз в неделю давать телу возможность отдохнуть. Все упражнения, которые выполняют женщины, получаются в воде легко и непринужденно.

Физическому здоровью сегодня придается большое значение в обществе. Беременные женщины должны тоже нести физические нагрузки для того, чтобы оставаться или стать здоровыми и работоспособными. Благодаря этому они берут на себя ответственность за свое собственное здоровье и за здоровье своего ребенка. Если еще совсем недавно беременные женщины приговаривались к абсолютному покою, и любое физическое напряжение было запрещено, то сегодня специалисты едины в том, что спортивные занятия во время беременности положительно влияют на здоровье, хорошее самочувствие и работоспособность. Они вселяют мужество и показывают беременным, каким нагрузкам они способны подвергаться и что у них будет достаточно сил для родов. Многие женщины потеряли большую часть своего страха перед родами, когда узнали, насколько они сильные.

А после родов женщины хотят стать как можно скорее такими же, какими они были до беременности. Этому существенно способствует регулярная реабилитационная гимнастика.

Водная среда именно для беременных и родивших женщин предоставляет дополнительные возможности сохранения здоровья и представляет собой особую нагрузку для всего организма. За счет подъемной силы воды и определенной невесомости гимнастические упражнения воспринимаются очень приятно.

У. Мелхерм считает, что «вода действует путем своего особого взаимодействия сил. Сила тяжести, тянущая тело вниз, действует в направлении, противоположном подъемной силе воды. За счет этого упражнения в воде оказывают особенно щадящее воздействие на суставы, позвоночник и межпозвоночные диски. Одновременно требуются повышенное усилие для того, чтобы бежать в воде, и, следовательно, повышенная работа мускулатуры. Даже самые медленные движения в воде обладают более высоким тренировочным эффектом, чем быстрые движения на суше»[[33]](#footnote-33).

Важное значение для беременной женщины имеет акватическая подготовка - длительное плавание и ныряние с ритмичной задержкой дыхания. Уникальные свойства воды позволяют вести активный образ жизни вплоть до момента родов.

«В воде, - по мнению М. Разенковой, - происходит разгрузка суставов, движения становятся свободными. Будущая мама сохраняет легкость и изящество движений до последних дней беременности. Состояние полуневесомости облегчает общее расслабление мышц, улучшает венозный отток (происходит профилактика расширения вен и отеков)».

В акватренинге самое главное это уловить состояние ребенка и его взаимоотношение с водной средой, а потом уж все остальное. Все что мешает погрузиться в это состояние прорабатывается дыханием.

Главную роль здесь играют упражнения на задержку дыхания. Потому что от многократных погружений под воду уходит страх, а вместе с ним и напряжение. Тело расслабляется и начинает «доверяться» воде. Появляется чувство покоя и уверенности в себе.

Плавание, ныряние тренирует дыхательную мускулатуру, увеличивает жизненную емкость легких, стимулирует кровообращение, оказывает благотворное влияние на плаценту и плод, который также приучается к гипоксии из-за снижения у матери кислородной емкости крови. Когда наступают роды, он, стиснутый, сдавленный в родовых путях, легче преодолеет трудности рождения.

Беременная женщина, как никто другой, должна сохранять душевное спокойствие. Если она научилась владеть своим дыханием, она тем самым овладела произвольным расслаблением всех мышц. Такая физическая релаксация способствует нервно-психической устойчивости. Особенно расслабляет теплая вода, в ней легче устраняются гнетущие состояния, ощущения стресса, если их испытывает будущая мама.

Безусловным лидером среди всех физических мероприятий по подготовке к родам является регулярное посещение бассейна. Его необходимо посещать 1-2 раза в неделю и начинать не позже 28 недель. Для того, чтобы какие-нибудь мероприятия дали оздоравливающий эффект, необходимо, чтобы этих мероприятий было не меньше 12 (для людей 20-30 лет, к которым относится большинство беременных). Желательно, чтобы занятия проводились с инструктором, который может разумно дозировать нагрузку. Идеально, если бассейн теплый, 30-32 градуса, т.к. в нем можно хорошо производить растяжки.

Упражнения в воде - это физическая нагрузка без нагрузки на позвоночник. Позвоночник отдыхает, и проходят боли в спине. Боли чаще всего возникают во-первых из-за нарушения осанки, а во вторых из-за расслабления мышц и связок всего тела и в том числе позвоночника под влиянием гормонов плаценты прогестерона и релаксина. Кроме того, в воде хорошо производить упражнения на растяжку позвоночника.

Акватренинг - это тренировка всей сердечно-сосудистой системы. Даже легкие движения в воде повышают минутный объем сердца на 1\3. При нахождении в воде стоя, на нижнюю часть тела действует гидростатическое давление, что улучшает кровообращение в венах ног и в малом тазу. Таким образом, осуществляется профилактика варикозного расширения вен и отеков, связанных с нарушением кровообращения. Происходит массаж всей поверхности тела. Тренируются и растягиваются мышцы ног и промежности при плавании брассом.

Вода помогает расслабиться и улучшается сон. Вода, особенно теплая, снимает повышенный тонус матки и позволяет часто отказаться от лекарственных препаратов, снижающих тонус.

Упражнения на задержку дыхания и на тренировку удлиненного выдоха, которые обычно делают в воде, улучшают состояние иммунной системы, усиливают процесс отдачи кислорода в ткани головного мозга, как мамы, так и ребенка. Ребенок тренируется к предстоящим родам, активнее двигается и развивает свои адаптивные механизмы, ожидая схваток, в которых ему тоже будет не хватать кислорода.

Психотерапевтическое действие водных процедур давно известно. Вдобавок, беременная в купальнике в окружении других беременных начинает гордиться своей фигурой, что благотворно влияет на психику.

Гимнастика в воде не только оказывает благотворное влияние на общее самочувствие, но и позитивно воздействует на течение беременности, на процесс родов и восстановление. Активная подготовка к огромному событию придает чувство безопасности и уверенности в своих силах. Плавание для беременных служит дополнением курса подготовки к родам, восстановлению функциональной физической способности, необходимым балансом для представительниц большого спорта или является просто облегчением изменений в организме, обусловленных беременностью, и успокаивает боли в спине и суставах.

Особую роль играет обучение плаванию и нырянию «дельфином». Здесь как раз разрушается восприятие воды как опасности, неизвестности. «Дельфин» - это медитация на тему воды. Это стиль, направленный на полное взаимодействие с водой. Не нужно отталкивать воду или бить по ней, наоборот, нужно ощутить естественное движение воды и подчиниться ему. Это упражнение можно в полной мере назвать репетицией родов. Оно учит доверять процессу и направлять свои действия в соответствии с ним.

Важная задача предродовой подготовки - это придание женщине уверенности в своих силах, создание у нее глобального ощущения готовности к родам. И эти задачи во многом решаются в процессе водных занятий. Если в начале курса будущая мама боялась опустить лицо в воду и не могла сделать ни одного упражнения, а к концу занятий научилась проплывать «дельфином» полбассейна, у нее появляется ощущение, что она может очень многое. И, конечно же, сможет родить.

Акватренинг рассматривается не просто как физический комплекс упражнений, а своего рода психотерапия. Инструкторы считают, что в воде можно смоделировать многие психологические переживания, которые на суше пережить невозможно. Например, сонастроиться с малышом и представить, как ему там (упражнение «поплавок») или пройти через «родовой канал». Для этого все мамы-папы встают в ручеек, ноги на ширине плеч. И «новорожденный» проплывает под ногами этот канал.

Различные упражнения, которые проводятся в воде, помогают будущей матери представить себя на месте ребенка. Те проблемы, которые были у женщины на протяжении всей ее жизни, начиная с момента рождения, наиболее явно начинают проявляться в воде, так как вода способствует выходу тех эмоций, которые женщины скрывали в себе.

Качество материнско-дочерних связей и его влияние на материнскую сферу женщины определяется, помимо привязанности, стилем их эмоционального общения, участием матери в эмоциональной жизни дочери, причем важным считается изменение такого участия со стороны матери в соответствии с возрастными изменениями эмоциональной сферы дочери. Большое значение имеет удовлетворенность матери ее материнской ролью. Взаимодействие с собственной матерью меньше сказывается на родительском поведении будущих отцов, чем будущих матерей. Для мальчиков нарушения их отношений с матерью большее влияние оказывают на половую сферу и социальную, а также на развитие мотивации достижений. Для девочек же это прямо связано с их материнской сферой (Gomber and Mitchell, Shereshefsky and Yarow и др.). С. Фанти, М. Марконе и другие представители микропсихоанализа считают, что начало развития будущего отношения матери к ее ребенку закладывается еще внутриутробно на основе первых эмоциональных конфликтов матери с плодом и продолжается в младенчестве. Во время беременности у женщины актуализируется этот эмоциональный опыт, который влияет на содержание ее собственного материнства. И именно вода в бассейне раскрывает сущность всех переживаний.

В водной стихии беременным есть, чем заняться. На сегодняшний день разработаны как дыхательные практики, так и комплексы на растяжение мышц таза, промежности, ног, так и специальные расслабляющие техники.

Основная задача задержек дыхания под водой - тренировка. Некоторые духовные акушеры считают, что так беременные готовят малыша к нехватке кислорода в родах, и он привыкает к нагрузкам. Не все разделяют эту точку зрения, однако для женщины такие тренировки полезны точно.

Екатерина Чинарова[[34]](#footnote-34) рекомендует проводить следующие упражнения. Самое распространенное, по ее мнению, – «поплавок»: набрать в легкие воздуха и нырнуть под воду. Там берутся руки в ноги, обхватываются колени руками, прижимая их к животу, и как бы повиснуть в невесомости бассейна, моря или озера. Как только дыхание начинает не хватать, не выплывать, а пытаться задержать его еще немного, буквально на секунду. Акушерки считают, что с этим «не могу» женщина всегда сталкивается в родах. Кажется, все, сил нет, дышать нечем. И через этот барьер надо пройти. Организм находит резервы.

Особенно это упражнение полезно для женщин, которых пугает процесс рождения, или, кажется, что ребенок плохо перенесет его. «Поплавок» имитирует жизнь ребенка в животе матери: в позе зародыша в водной среде. Данное упражнение очень полезно для того, чтобы «прочувствовать» то, что на данный момент чувствует ребенок, понять, что ему там безопасно и хорошо. Обязательным при этом является уверенность женщины в том, что пока она находится в воде, с ней ничего не может случиться. Такие упражнения значительно снижают чувство тревоги женщины.

Усложнение «поплавка» - водолаз: набрать воздуха в легкие, опуститься на дно, сесть на корточки и держаться руками за ноги партнера или лестницу. Алгоритм тот же, как только дыхание «спирает», кажется, пора выплывать. Попытаться оттянуть этот момент на секунду. Если все получается, можно усложнить задачу. Нырнуть на выдохе, полностью очистив легкие. И под водой попытаться пробыть несколько долгих секунд.

«Кит наоборот» - представить себя большим пузатым китом, который шумно выбрасывает фонтан в воздух. Только наоборот. Для этого надо сильно вдохнуть над водой и резко выдохнуть в воду.

По мнению Е.Чинаровой, «акватренинг - самый полезный и щадящий способ подготовить себя и малыша к родам. А еще вода - это удовольствие, расслабленность и приятная легкость. Погружаясь в воду, мы становимся похожими на то маленькое существо, что поселилось у нас внутри: так же тихо, так же темно, так же спокойно»[[35]](#footnote-35).

В родах женщине придется очень много дышать, и в потужной период должно быть очень глубокое, мощное, эффективное дыхание. И во время схваток, для нормального раскрытия шейки матки, снятия болевого эффекта, для сохранения малыша в энергонасыщенном состояния необходимо умение осознанного, контролируемого дыхания.

Акватренинг хорош тем, что в комфортных условиях даются все необходимые навыки, а вода дает необходимую обратную связь. Если неправильно ведется дыхательный процесс, то определенные упражнения в воде просто не получаются. Особенно это касается упражнений на расслабление.

Таким образом, прорабатываются зажимы в теле, напряжения, определенные блокировки. Для родов умение чередовать полное расслабление с качественным напряжением так же важно, как и эффективное дыхание.

Сегодня азы акватренинга для беременных преподают как в родительских школах («Волшебный ребенок», «Второе рождение», «Драгоценность», «Крошка», «Медуница», «Пангея», «Стихиаль», «Школа для мам и пап», «Радуга» в Москве, в Санкт-Петербурге, в Самаре, в Новосибирске), так и в фитнес-клубах (Петровка-спорт, World Class, Planeta Fitness, Кимберли-Лэнд и т.п.).

На основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что психическое состояние женщины во время беременности претерпевает значительные изменения. Комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с ее беременностью, формирует у беременной женщины образ беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на приспособление к ней или устранение ее.

Тревога играет приспособительную роль, являясь сигналом об угрожающих изменениях во внешнем мире или в собственном организме. Однако если она выражена чрезмерно, то мешает нормальному функционированию индивида.

Психологические особенности, относящиеся к материнской сфере женщины и провоцирующие нарушение течения беременности, во-первых, являются общими характеристиками, проявляющимися на всех этапах развития материнской сферы (до беременности и после нее), а во-вторых, могут быть выявлены как факторы группы риска до наступления беременности.

Большое значение для беременной женщины имеет акватренинг - длительное плавание и ныряние с ритмичной задержкой дыхания. Уникальные свойства воды позволяют вести активный образ жизни вплоть до момента родов. Вода помогает снять напряжение и готовит и маму и малыша к более легким родам.

# Глава III. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

##

## 3.1 Обследование контрольной и экспериментальной группы на выявление тревожности

Исследование проводилось на базе женской консультации №1 Ленинского района г. Новосибирска. В эксперименте приняли 30 беременных женщин в возрасте от 20 до 30 лет и сроком беременности от 12 до 39 недель. Были сформированы две группы: экспериментальная, в которой беременные начинали посещать занятия в бассейне на сроке от 12 до 20 недель, и контрольная, беременные этой группы психопрофилактические занятия не посещали.

Цель исследования: Проанализировать особенности состояния тревожности во время беременности.

Задачи исследования:

1. выявление уровня тревожности у беременных;
2. разработка комплекса занятий в бассейне на снижение тревожности;
3. нахождение оптимальных путей снятия тревожности у беременных при помощи занятий в бассейне (аквагимнастика).

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[[36]](#footnote-36).

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.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

Использование теста Дж.Телора «Личностная шкала проявления тревоги» необходимо для выявления также шкалы откровенности ответов тестируемых, так как содержит шкалу лжи, позволяющую судить о честности ответов.

Использование теста «Склонность к немотивированной тревожности» позволит выявить, насколько у испытуемых развито подсознательное беспокойство.

В исследовании применялись следующие тесты на выявление тревожности (см. приложение 3):

1. «Шкала реактивной и личностной тревожности» (опросник Спилбергера)[[37]](#footnote-37);
2. «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчинова)[[38]](#footnote-38);
3. «Склонность к немотивированной тревожности»[[39]](#footnote-39).

После проведения исследования по всем трем методикам были получены следующие результаты, которые представлены в приложении 4.

Как видно из представленных таблиц (см. приложение 4), по «шкале лжи» ни в экспериментальной, ни в контрольной группе показатель не превышает нормы, следовательно, можно говорить о том, что ответы испытуемых являются правдивыми.

Графически данные по опроснику Спилбергера можно представить в виде диаграммы (рис. 3.1).

Рисунок 3.1 – Результаты обследования по опроснику Спилбергера

Как видно из рисунка 3.1, в контрольной и в экспериментальной группе по шкале ситуативной и личной тревожности преобладают беременные женщины имеющие высокую тревожность.

В контрольной группе только у одной женщины по шкале ситуативной тревожности отмечен низкий показатель. В экспериментальной группе таких нет.

По тесту Тейлора результаты контрольной и экспериментальной группы представлены на рисунке 3.2.

Рисунок 3.2 – Результаты диагностики по методике Дж. Тейлора

Как и в предыдущей методике только один человек контрольной группы имеет средний показатель тревожности с тенденцией к низкой. Подавляющее большинство в обеих группах имеют высокий уровень тревожности (7 человек – в контрольной, 10 человек – в экспериментальной). Очень высокий уровень тревожности имеют по 3 человека в каждой группе.

На рисунке 3.3 представлены графические результаты по необоснованной тревожности в контрольной и экспериментальной группе.

Рисунок 3.3 – Результаты выявления необоснованной тревожности

По данной методике, как видно из рисунка 3.3, склонности к необоснованной тревожности нет по одному человеку в контрольной и экспериментальной группе. У всех остальных присутствует склонность к необоснованной тревожности, у 2 человек в контрольной и у 3 человек в экспериментальной группе необоснованная тревожность явно выражена.

Как мы можем увидеть из результатов тестирования по различным методикам, уровень тревожности женщин в контрольной и экспериментальной группе почти одинаковы, поэтому есть возможность сравнить данные группы после проведения занятий.

Для того, чтобы математически доказать, что мы имеем право сравнивать контрольную и экспериментальную группы, нами был вычислен U-критерий Манна-Уитни. Данный критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого либо одного определенного признака, количественного измеренного и позволяет выявлять различия между малыми выборками. А также, рекомендуется для выявления сдвигов под влиянием экспериментальных воздействий при наличии контрольной группы[[40]](#footnote-40).

Подсчет U – критерия Манна – Уитни представлен в Приложении 5.

Мы получили, что по всем выборкам U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются и мы можем сравнивать контрольную и экспериментальную группы в нашем исследовании.

После проведения диагностики, в экспериментальной группе в течение 20 недель были проведены занятия в бассейне на снятие тревожности.

##

## 3.2 Комплекс занятий в бассейне на снижение тревожности

В течение 20 недель 15 человек, которые были отобраны в экспериментальную группу (согласились заниматься акватренингом), посещали занятия в бассейне.

Цель акватренинга: Снизить ощущение тревожности у беременных женщин через придание будущим мамам уверенности в том, что они физически и психологически подготовлены к родам.

Комплекс занятий в бассейне разработан на основе общих инструктивных положений по программе «Глория» Н.П. Коваленко научным руководителем и автором дипломного проекта.

Вода в бассейне - 30-31 градус. Глубина бассейна такова, что вода доходила до середины груди. Количество повторений зависит от занятия и сроков беременности. Во время цикла занятий были использованы следующие упражнения (техника выполнения упражнений в приложении 6):

1. Дыхательные упражнения.

*Цель*: обучение использованию аппарата и механизмов дыхания для регуляции ощущений и переживаний женщины. Управляемое дыхание – это активация дыхательной функции, стимуляция кровообращения, ритмизация окислительно-восстановительных процессов у матери и ребенка.

2. Упражнения на задержку дыхания.

*Цель*: с задержкой дыхания у будущей мамы в крови накапливается углекислый газ, ребенок активнее толкается, «зарабатывая» себе необходимый кислород, что очень важно для его физиологической зрелости; углекислый газ, с которым он «познакомился» еще в период внутриутробного развития, никогда не станет причиной кислородного голодания во время родов. Обычно дети плавающих мам не страдают гипоксией и асфиксией, а если вдруг случается обвитие пуповины, то ребенок адаптируется значительно легче и быстрее.

3. Голосовые упражнения.

*Цель*: пробудить скрытые резервы организма с помощью естественно звучащего голоса; углубить контакт матери и ребенка через голосовую вибрацию; снять дыхательные и голосовые блоки.

4. Активные упражнения у бортика.

*Цель*: ликвидация гиподинамии у женщин, улучшение кровообращения, плацентарного кровообращения, повышение мышечного и эмоционального тонуса беременной женщины; работа с болевыми блоками и творческая самореализация.

5. Растяжки, вися на бортике лицом к нему.

*Цель*: ликвидация гиподинамии у женщин, улучшение кровообращения, плацентарного кровообращения, снятие мышечных и эмоциональных зажимов.

6. Упражнения, вися на бортике спиной к нему.

*Цель*: ликвидация гиподинамии у женщин, улучшение кровообращения, плацентарного кровообращения, снятие мышечных и эмоциональных зажимов.

7. Упражнения для груди.

*Цель:* формирование у женщин позитивного отношения к своему телу, к переменам в теле в связи с беременностью, формирование позитивного отношения к своему здоровью.

8. Упражнения с доской.

*Цель*: снятие тревожных переживаний (доска как поддержка); гармонизация эмоционального состояния; снятие мышечных блоков.

9. Упражнения на расслабление.

*Цель*: помогают войти в трансовое состояние, снять мышечные и психические зажимы, снять напряжение и тревожное состояние.

10. Упражнения под водой.

*Цель*: погружение в зону С (см. структуру психики в приложении 1) и далее, соприсоединение к ощущением и эмоциям ребенка, находящегося в утробе; преодоление страха воды и темноты; коррекция первой матрицы.

11. Упражнения в группе.

*Цель*: эмоциональная зарядка, общение, снятие зажимов пихического характера через общение с другими беременными; преодоление физических зажимов.

В комплексе акватренинга помимо теоретических знаний, женщины получают практические навыки поведения и ощущений в определенных ситуациях, причем некоторые можно смоделировать только в воде. Например, ощущения и эмоции ребенка во время родов. Также, если занятия посещаются совместно с папой, можно предположить, что происходит улучшение взаимоотношений в системе мать – дитя – отец, и это влияет на снижение тревожности не только у беременной, но и во всей системе, за счет лучшего понимания ощущений, эмоций, страхов и т.п. другого члена системы.

Необходимо отметить, что наилучший эффект дают упражнения в паре мать – отец, так как данном случае начинает работать система мать – отец – ребенок.

Помимо перечисленных упражнений после проведения занятий в воде проводились беседы по следующим темам (см. приложение 7):

1. Позитивное планирование родов и проработка своих страхов тревог методом центрированного рисунка.
2. Формирование личности ребенка.
3. Признаки начала родов, течение родов, варианты позиций матери во время схваток и потуг.
4. Роды в роддоме.
5. Ведение родов. Обзор роддомов.
6. Определение состояния ребенка в первые минуты жизни по шкале Апгар.
7. Первые месяцы жизни младенца. Патронаж.
8. Типичные проблемы беременных - как с ними справляться.
9. Различные способы вскармливания младенца.
10. Особенности первых дней жизни ребенка.
11. Послеродовый патронаж матери и новорожденного.

После проведения всего курса занятий в бассейне и бесед, было проведено повторное тестирование.

## 3.3 Итоговое обследование на выявление уровня тревожности

Повторное обследование проходило по тем же методикам, которые были использованы при первично диагностике. Результаты обследования представлены в приложении 8.

Как видно из представленных таблиц (см. приложение 8) в контрольной группе показатель тревожности по всем методикам повысился, в экспериментальной группе – понизился. Наиболее явно это можно увидеть графически. На рисунке 3.4 представлены результаты контрольной группы на первом и итоговом тестировании.

Рисунок 3.4 – Результаты контрольной группы по методике Спилбергера

Как видно из рисунка 3.4, в контрольной группе ситуативная тревожность выросла, а личностная уменьшилась, но незначительно. Низкая ситуативная тревожность наблюдалась у одного человека и на предварительном, и на итоговом тестировании.

На рисунке 3.5 представлены результаты контрольной групп на предварительном и итоговом тестировании по методикам Тейлора и необоснованной тревожности.

Рисунок 3.5 – Результаты тестирования контрольной группы по методике Тейлора и склонности к тревожности

Как можно увидеть из рисунка 3.5, диагностика по методике Тейлора показало, что женщин с высоким уровнем тревожности стало больше, так же как и женщин, у которых наблюдается необоснованная (немотивированная) тревожность.

Склонность к необоснованной тревожности на предварительном этапе наблюдалась у одной испытуемой, на итоговом - у двоих.

На рисунке 3.6 представлены графические данные по экспериментальной группе (методика Спилбергера).

Рисунок 3.6 – Результаты тестирования экспериментальной группы по методике Спилбергера

Как видно из рисунка 3.6, на итоговом тестировании после проведения занятий в бассейне значительно снизился показатель ситуативной и личной тревожности у женщин экспериментальной группы. Низкая ситуативная и личная тревожность на итоговом тестировании обнаружена у двух женщин. Умеренный показатель тревожности возрос.

На рисунке 3.7 представлены результаты выявления тревожности по методике Тейлора и необоснованной тревожности.

Рисунок 3.7 – Результаты тестирования экспериментальной группы

На рисунке 3.7 видно, что у женщин экспериментальной группе по методике Тейлора значительно снизились показатели по уровню тревожности. Появилось 3 человека, у которых уровень тревожности с тенденцией к низкому, чего не было на предварительном тестировании до проведения занятий в бассейне. Необоснованная тревожность, которая наблюдалась у трех женщин на предварительном этапе, после занятий снизилась.

Для выявления достоверности и значимости полученных результатов необходимо провести математическую обработку результатов обследования. Подсчет U – критерия Манна – Уитни представлен в приложении 9.

Результаты статистической обработки доказывают, что в контрольной группе уровень тревожности на конец исследования не понизился, в то же время в экспериментальной группе уровень тревожности значительно снизился.

Итак, можно говорить о том, что занятия в бассейне способствовали снижению уровня тревожности.

Таким образом, наша гипотеза о том, что беременные женщины, занимающиеся аквагимнастикой, имеют более низкий уровень тревожности, чем беременные женщины, которые не посещают занятия бассейне нашла в исследовании свое подтверждение.

**Заключение**

Одним из актуальных вопросов нашего времени является физическое и психическое здоровье будущего поколения. Беременность и роды, хотя и являются нормальной, естественной функцией организма женщины, но в то же время несут с собой колоссальную нагрузку на ее тело и психику. Неподготовленая женщина, не только подходит к родам с отрицательными эмоциями, непониманием и чувством беспомощности, но и, чаще всего, этот комплекс сопровождает будущую маму на протяжении всей беременности. Взаимоотношения между плодом и матерью в пренатальном периоде сложны и разнообразны. А.Бертин выявил, что качество эмоциональной связи между матерью и ребенком влияет на его развивающуюся психику.

Изменения в жизни, ждущие женщину с рождением ребенка, необычайно глубоки. Она перестанет принадлежать только себе, от нее будет теперь зависеть жизнь нового существа. Ответственность за ребенка, его физическое и личностное развитие она ни на кого не сможет переложить. Беременность влечет за собой решительные перемены во взаимоотношениях с другими людьми, в профессиональной деятельности женщины. Происходят изменения и с ее телом, и с ее психикой. Они начинаются уже в первой трети беременности, когда ребенок еще и не ощущается как живое существо. Такие изменения воспринимаются именно как изменения в себе, причем необратимые и далеко не всегда желательные. Интересы постепенно смещаются с привычных на новые, связанные с ребенком, его воспитанием. Это может переживаться как потеря своих личностных достижений.

Отрицательные переживания, острые стрессовые состояния, устойчивые страхи, возникновение неоднозначных чувств к будущему ребенку или к самой себе, а иногда своеобразное игнорирование беременности (когда женщина не ощущает себя беременной, не чувствует никаких изменений в физическом и психическом состоянии) могут свидетельствовать о наличии у будущей матери неосознаваемых внутренних проблем, конфликта между желанием иметь ребенка и неготовностью к решительным переменам в себе и в жизни.

В данной работе предполагалось изучить влияние психопрофилактических занятий, включающих в себя упражнения в бассейне (акватреннинг), на уровень тревожности у женщин во время беременности.

Объектом данного исследования выступали беременные женщины со сроком от12 до 20 недель (на начало исследования).

Нами была выдвинута гипотеза, что занятия в бассейне (акватренинг) положительно влияют на снижение уровня тревожности.

В ходе работы был проведен эксперимент. Женщин разделили на две группы – экспериментальную и контрольную. После предварительной диагностики на выявление уровня тревожности, женщины экспериментальной группы посещали занятия в бассейне. После проведения всего цикла занятий было проведено повторное тестирование женщин, в ходе которого нами были получены результаты, которые подтвердили выдвинутую гипотезу: уровень тревожности женщин, которые занимались акватренингом, снизился.

Таким образом, можно говорить о том, что занятия в бассейне целесообразны для уменьшения тревожности, следовательно, для общего психоэмоционального состояния женщин, которые готовятся к родам.

# Библиографический список

1. Абрамченко В.В, Мальгина Г.Б., Коваленко Н.П., Убайдатова Б.А. Стресс и беременность. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.-49.
2. Аверина Ю.В., Пашкова Е.С. Особенности психокоррекционной работы с повторнородящими женщинами, имеющими психотравмирующий опыт рождения первенца. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. – С.-109.
3. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. - СПб: Питер, 2001.
4. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498с.
5. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка // Перинатальная психология и медицина. Ч.1. – Иваново, 2001. - С. 164 – 179
6. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии – 1999. - №3. С. 38 – 47.
7. Васильева В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе акушерского мониторинга. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.-43-45.
8. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. – М.: Просвещение, 1986.
9. Волкова Е.Ф. Статистические методы экспериментальной психологии. – Новосибирск, 2003.
10. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 1008с.
11. Грантли Дик-Рид Роды без страха. – М.: Просвещение, 1996. – 168с.
12. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Речь, 2004.
13. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001.
14. Коваленко Н.П., Смагин С.Ф. Нервно-психические расстройства у женщин до и после родов. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001.
15. Ланцбург М.Е. Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. // Мат. Росс. Конф. 26-28 мая 1999г. - Санкт-Петербург – Иваново, 2000. - С.312-320.
16. Материнство: сравнительно-психологический подход. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. общества, т.2, вып.3, - М., 1996.
17. Мелхерм У. Плавание для беременных. – М.: АСТ: Астрель, 2004.
18. Меньшуткина Т.Г., Непочатых М.Г. Аквафитнес и питание. – М., 2005.
19. Перну Л. Я жду ребенка: 2-е изд. М., 1989.
20. Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда, Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006.
21. Сидоренко Е.С. Методы математической обработки в психологии - СПб, 2001
22. Фанти С. Микропсихоанализ. - М.: «ЦПП», 1997. – С.67-70.
23. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - №2.
24. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Детский психолог. - №5. – 2003.
25. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции. / Под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.-35-36.
26. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.
27. Чинарова Е. Аквапузики. // Беременность. – 2005. - №1 (январь).

# Глоссарий

Активность – понятие, указывающие на способность живых существ производить спонтанные движения и изменяться под воздействием внешних или внутренних стимулов-раздражителей.

Инстинкты (с точки зрения перинатальной психологии) – психофизиологические представители бессознательного в реальной жизни человека, являющиеся инструментом адаптации и эволюции человека.

Личность — это индивид, занимающий определенное положение в обществе, выполняющий определенную общественно полезную деятельность и отличающийся своими, присущими только ему индивидуально- и социально-психологическими особенностями.

Материнство - вариант родительской сферы поведения (как составной части репродуктивной сферы), присущего женскому полу, которое приобретает особое значение у млекопитающих.

Мотивация – динамический процесс внутреннего, психологического и физиологического управления поведением, включающий его инициацию, направление, организацию, поддержку.

Онтогенез — развитие организма от стадии оплодотворения яйца до окончания индивидуальной жизни.

Онтогения, онтогенезис — история развития индивида в противоположность истории развития вида (или рода, семейства или иной систематической группы), которая носит название филогении, филогенеза, филогенезиса. Между явлениями онтогенетическими и явлениями филогенетическими существует тесная связь, позволяющая, на основании первых делать заключение о филогенезе данной формы.

Перинатальная матрица – информационный блок индивидуального бессознательного, связанный с периодом прохождения опыта рождения. Зависит от внешних (родительских) психоэмоциональных программ и от наследственных генетических программ реализации базовых инстинктов родителей и ребенка.

Потребность – состояние нужды организма, индивида, личности в чем-то необходимом для их нормального существования.

Психика – общее понятие, обозначающее совокупность всех психических явлений, изучаемых в психологии.

Сознание — высшая, свойственная человеку форма обобщенного отражения объективных устойчивых свойств и закономерностей окружающего мира, формирования у человека внутренней модели внешнего мира, в результате чего достигается познание и преобразование окружающей действительности.

Субъективный – относящийся к человеку – субъекту.

Тревожность– свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях.

# Приложение 1

Структура психических процессов с точки зрения перинатальной психологии

I-IV — зоны перинатальных матриц; 1 *—* инстинкт самосохранения, 2 — инстинкт продолжения рода, 3 *—* инстинкт альтруизма, 4 — инстинкт творчества, исследовательский, 5 — инстинкт доминирования; 6 -инстинкт свободы, 7 — инстинкт сохранения достоинства; А — состояние включенного сознания: от логического анализа до сна и трансовых состояний; *В—* состояние сознания, при котором анализ скоординирован с индивидуальной волей и может проявиться в виде принятия решения, ответственности; *С* - уровень проявления эмоций в реальной жизни, легкие эмоциональные трансы (смех, плач, релаксация), возникающие как реакция на опыт взаимодействия с окружающим миром; D — уровень подсознания, психические функции, играющие роль буфера (фильтра) между сознанием и бессознательным; Е — вытесненный эмоциональный опыт, проявляющийся в психосоматических реакциях; зона сновидений, отражающих индивидуальный жизненный опыт, связанный с близкими людьми, семьей; F *—* зона перехода области индивидуального опыта (сознания) в область коллективного бессознательного; зона сновидений с потерей самоидентификации, с фантастическими образами и явлениями, архетипы, взаимодействие с которыми может привести к переживанию, как счастья, так и страха, ужаса; G — коллективное бессознательное, глубинная трансовая зона, состояние сознания, идентичное Сверх-Я.

#

# Приложение 2

Уровни (структуры) индивидуума и методы воздействия

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни воздействия | Методы воздействия |
| Личностный | Групповая, семейная и индивидуальная психотерапия, аутотренинг, арттерапия, ролевые игры |
| Эмоциональный | Арттерапия, ролевые игры, телесноориентирванная терапия, групповая психотерапия |
| Когнитивный | Лекции, семинары |
| Операциональный | Отработка навыков |
| Психофизический | Аутотренинг, арттерапия, телесноориентированная терапия |

Ожидаемые результаты психологической работы с семьей[[41]](#footnote-41)

|  |  |
| --- | --- |
| Усиление конструктивных факторов | Ослабление разрушительных факторов |
| принятие на себя ответственности за семью, ребенка и род | Эмоциональное безразличие |
| самоанализ и самосовершенствование | отношение к ребенку как к объекту |
| повышение родительской компетентности | ослабление негативных чувств: вины, страха, тревоги, агрессии, уныния |
| уважение к ребенку и взаимодействие с ним |  |
| принятие жизни в развитии, изменений в себе, близких и семье |  |
| уважение к проявлениям многообразия в природе и культуре |  |
| усиление позитивных чувств: радости, уверенности, спокойствия, любви |  |

# Приложение 3

Тесты на выявление тревожности

**Тест «Шкала реактивной и личностной тревожности» (опросник Спилбергера)**

**1. Шкала ситуативной тревожности (СТ)**

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Суждение | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я внутренне скован | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я ощущаю душевный покой | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не чувствую скованности, напряжения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

**2. Шкала личной тревожности (ЛТ)**

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Суждение | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
| 21 | У меня бывает приподнятое настроение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Я бываю раздражительным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Я легко расстраиваюсь | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Я чувствую прилив сил и желание работать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Меня тревожат возможные трудности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Я бываю вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Я все принимаю близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Я чувствую себя беззащитным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я бываю доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Бывает, что я чувствую себя неудачником | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обработка результатов:

Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.

Вычисление среднегруппового показателя СТ и ЛТ и их сравнительный анализ.

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла - умеренная; 45 и более высокая.

**Ключ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| СТ | Ответы | ЛТ | Ответы |
| № | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совер-шенно верно | № | Никогда | Почти никогда | Часто | Почти всегда |
| СТ | ЛТ |
| 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 21 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 4 | 1 | 3 | 2 | 22 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 23 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 4 | 1 | 3 | 2 | 25 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 1 | 4 | 2 | 3 | 26 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 1 | 4 | 2 | 3 | 27 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | 4 | 1 | 3 | 2 | 28 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | 1 | 4 | 2 | 3 | 29 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | 4 | 1 | 3 | 2 | 30 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | 4 | 1 | 3 | 2 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 1 | 4 | 2 | 3 | 32 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 1 | 4 | 2 | 3 | 33 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 1 | 4 | 2 | 3 | 34 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | 4 | 1 | 3 | 2 | 35 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | 4 | 1 | 3 | 2 | 36 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | 1 | 4 | 2 | 3 | 37 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | 1 | 4 | 2 | 3 | 38 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | 4 | 1 | 3 | 2 | 39 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | 4 | 1 | 3 | 2 | 40 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Тест «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчинова)**

Методика предназначена для диагностики уровня тревоги испытуемого. Шкала лживости, введенная В. Г. Норакидзе в 1975 г., позволяет судить о демонстративности и неискренности. Опросник состоит из 60 утверждений.

Текст опросника:

1. Я могу долго работать не уставая.
2. Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.
3. Обычно руки и ноги у меня теплые.
4. У меня редко болит голова.
5. Я уверен в своих силах.
6. Ожидание меня нервирует.
7. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
8. Обычно я чувствую себя вполне счастливым.
9. Я не могу сосредоточиться на чем-то одном.
10. В детстве я всегда немедленно и безропотно выполнял все то, что мне поручали.
11. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
12. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
13. Я думаю, что я не более нервный, чем большинство людей.
14. Я не слишком застенчив.
15. Жизнь для меня почти всегда связана с большим напряжением.
16. Иногда бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
17. Я краснею не чаще, чем другие.
18. Я часто расстраиваюсь из-за пустяков.
19. Я редко замечаю у себя сердцебиение или одышку.
20. Не все люди, которых я знаю, мне нравятся.
21. Я не могу уснуть, если меня что-то тревожит.
22. Обычно я спокоен и меня не легко расстроить.
23. Меня часто мучают ночные кошмары.
24. Я склонен все принимать слишком серьезно.
25. Когда я нервничаю, у меня усиливается потливость.
26. У меня беспокойный и прерывистый сон.
27. В играх я предпочитаю скорее выигрывать, чем проигрывать.
28. Я более чувствителен, чем большинство людей.
29. Бывает, что нескромные шутки и остроты вызывают у меня смех.
30. Я хотел бы быть так же доволен своей жизнью, как, вероятно, довольны другие
31. Мой желудок сильно беспокоит меня.
32. Я постоянно озабочен своими материальными и служебными делами.
33. Я настороженно отношусь к некоторым людям, хотя знаю, что они не могут причинить мне вреда.
34. Мне порой кажется, что передо мной нагромождены такие трудности, которых мне не преодолеть.
35. Я легко прихожу в замешательство.
36. Временами я становлюсь настолько возбужденными, что это мешает мне заснуть.
37. Я предпочитаю уклоняться от конфликтов и затруднительных положений.
38. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
39. Я никогда не опаздывал на свидание или работу.
40. Временами я определенно чувствую себя бесполезным.
41. Иногда мне хочется выругаться
42. Почти всегда я испытываю тревогу в связи с чем-либо или с кем-либо
43. Меня беспокоят возможные неудачи.
44. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
45. Меня нередко охватывает отчаяние.
46. Я - человек нервный и легко возбудимый.
47. Я часто замечаю, что мои руки дрожат, когда я пытаюсь что-нибудь сделать.
48. Я почти всегда испытываю чувство голода.
49. Мне не хватает уверенности в себе.
50. Я легко потею, даже в прохладные дни.
51. Я часто мечтаю о таких вещах, о которых лучше никому не рассказывать.
52. У меня очень редко болит живот.
53. Я считаю, что мне очень трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
54. У меня бывают периоды такого сильною беспокойства, что я не могу долго усидеть на одном месте.
55. Я всегда отвечаю на письма сразу же после прочтения.
56. Я легко расстраиваюсь.
57. Практически я никогда не краснею.
58. У меня гораздо меньше опасений и страхов чем у моих друзей и знакомых.
59. Бывает, что я откладываю на завтра то, что следует сделать сегодня.
60. Обычно я работаю с большим напряжением.

Ключ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкала | Ответ | Номер вопроса |
| Шкала тревоги | «Да» | 6, 7, 9 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60 |
| «Нет» | 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58 |
| Шкала лжи | «Да» | 2, 10, 55 |
| «Нет» | 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59 |

Совпадения оцениваются в 1 балл.

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

Затем подсчитывается суммарная оценка по шкале тревоги:

40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;

25 – 40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги;

15 – 25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровню;

5 – 15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровню;

0 – 5 баллов - о низком уровне тревоги.

**Тест «Склонность к немотивированной тревожности»**

Инструкция: Ответьте на предложенные ситуации «да» или «нет».

1. В детстве вы были пугливым, робким ребенком.
2. Ребенком вы боялись оставаться один в доме (возможно, боитесь и сейчас).
3. Вас иногда преследует мысль, что с вами может случиться что-то страшное.
4. Вы пугаетесь во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (пугались в детстве).
5. У вас часто бывает чувство сильного внутреннего беспокойства, ощущения возможной беды, неприятности.
6. Вам страшно спускаться в темный подвал.
7. Вам часто сняться страшные сны.
8. В вашем воображении обычно возникают неприятные мысли, когда близкие без предупреждения задерживаются.
9. Чаще всего беспокоитесь: как бы чего не случилось.
10. Вам страшно, когда в темноте раздаются различные звуки.
11. Очень переживаете, когда близкие уезжают на отдых, в командировку, за границу.
12. Вам страшно летать самолетом (или ездить поездом).

Обработка результатов:

Чем больше утвердительных ответов, тем отчетливее выражена дисфункциональность стереотипа эмоционального поведения:

10-12 баллов - необоснованная тревожность проявляется очень ярко, и стала неотъемлемой чертой поведения;

5-9 баллов - есть некоторая склонность к тревожности;

4 балла и меньше - склонности к тревожности нет.

# Приложение 4

Результаты констатирующего эксперимента

**Результаты исследования тревожности контрольной группы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № беременной | Опросник Спилбергера | Шкала Тейлора | Немотивированная тревожность |
| СТ | ЛТ | ШЛ | ШТ |
| 1 | 42 | 54 | 5 | 24 | 9 |
| 2 | 46 | 60 | 3 | 38 | 8 |
| 3 | 34 | 42 | 4 | 21 | 6 |
| 4 | 60 | 71 | 2 | 42 | 10 |
| 5 | 28 | 39 | 3 | 13 | 4 |
| 6 | 59 | 70 | 3 | 44 | 11 |
| 7 | 48 | 61 | 4 | 38 | 7 |
| 8 | 66 | 53 | 1 | 41 | 7 |
| 9 | 50 | 64 | 5 | 36 | 6 |
| 10 | 71 | 51 | 1 | 36 | 9 |
| 11 | 52 | 48 | 1 | 27 | 5 |
| 12 | 41 | 49 | 3 | 34 | 8 |
| 13 | 49 | 56 | 4 | 19 | 5 |
| 14 | 64 | 56 | 2 | 29 | 6 |
| 15 | 37 | 48 | 3 | 17 | 3 |

**Результаты исследования тревожности экспериментальной группы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № беременной | Опросник Спилбергера | Шкала Тейлора | Немотивированная тревожность |
| СТ | ЛТ | ШЛ | ШТ |
| 1 | 59 | 71 | 4 | 44 | 8 |
| 2 | 48 | 39 | 4 | 38 | 6 |
| 3 | 66 | 70 | 1 | 41 | 11 |
| 4 | 50 | 61 | 3 | 36 | 7 |
| 5 | 46 | 66 | 5 | 34 | 10 |
| 6 | 46 | 50 | 1 | 39 | 6 |
| 7 | 34 | 61 | 3 | 36 | 8 |
| 8 | 60 | 52 | 6 | 24 | 5 |
| 9 | 71 | 70 | 1 | 46 | 10 |
| 10 | 52 | 61 | 5 | 31 | 6 |
| 11 | 41 | 48 | 2 | 34 | 7 |
| 12 | 49 | 49 | 3 | 38 | 9 |
| 13 | 46 | 42 | 3 | 26 | 8 |
| 14 | 34 | 39 | 3 | 21 | 3 |
| 15 | 60 | 71 | 4 | 34 | 6 |

# Приложение 5

Математическая обработка результатов констатирующего эксперимента

**Спилберг СТ**

Ранжирование баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| СТ |  | СТ |  |
| 42 | 8 | 59 | 21,5 |
| 46 | 10,5 | 48 | 13,5 |
| 34 | 3 | 66 | 27,5 |
| 60 | 24 | 50 | 17,5 |
| 28 | 1 | 46 | 10,5 |
| 59 | 21,5 | 46 | 10,5 |
| 48 | 13,5 | 34 | 3 |
| 66 | 27,5 | 60 | 24 |
| 50 | 17,5 | 71 | 29,5 |
| 71 | 29,5 | 52 | 19,5 |
| 52 | 19,5 | 41 | 6,5 |
| 41 | 6,5 | 49 | 15,5 |
| 49 | 15,5 | 46 | 10,5 |
| 64 | 26 | 34 | 3 |
| 37 | 5 | 60 | 24 |
| сумма рангов | 228,5 |  | 236,5 |

Общая сумма рангов: 228,5 + 236,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2,

где Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 236,5 = 108,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 108,5, то есть U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

**Спилберг ЛТ**

Ранжирование баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ЛТ |  | ЛТ |  |
| 54 | 15 | 71 | 29 |
| 60 | 18 | 39 | 2 |
| 42 | 4,5 | 70 | 26 |
| 71 | 29 | 61 | 20,5 |
| 39 | 2 | 66 | 24 |
| 70 | 26 | 50 | 11 |
| 61 | 20,5 | 61 | 20,5 |
| 53 | 14 | 52 | 13 |
| 64 | 23 | 70 | 26 |
| 51 | 12 | 61 | 20,5 |
| 48 | 7 | 48 | 7 |
| 49 | 9,5 | 49 | 9,5 |
| 56 | 16,5 | 42 | 4,5 |
| 56 | 16,5 | 39 | 2 |
| 48 | 7 | 71 | 29 |
| сумма рангов | 220,5 |  | 244,5 |

Общая сумма рангов: 220,5 + 244,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2,

где Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 244,5 = 100,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 100,5, то есть U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

**Шкала Тейлора ШЛ**

Ранжирование баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ШЛ |  | ШЛ |  |
| 5 | 27,5 | 4 | 22,5 |
| 3 | 14,5 | 4 | 22,5 |
| 4 | 22,5 | 1 | 3,5 |
| 2 | 8 | 3 | 14,5 |
| 3 | 14,5 | 5 | 27,5 |
| 3 | 14,5 | 1 | 3,5 |
| 4 | 22,5 | 3 | 14,5 |
| 1 | 3,5 | 6 | 30 |
| 5 | 27,5 | 1 | 3,5 |
| 1 | 3,5 | 5 | 27,5 |
| 1 | 3,5 | 2 | 8 |
| 3 | 14,5 | 3 | 14,5 |
| 4 | 22,5 | 3 | 14,5 |
| 2 | 8 | 3 | 14,5 |
| 3 | 14,5 | 4 | 22,5 |
| сумма рангов | 221,5 |  | 243,5 |

Общая сумма рангов: 221,5 + 243,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле:

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2,

где Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 243,5 = 101,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 101,5, то есть U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

**Шкала Тейлора ШТ**

Ранжирование баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ШТ |  | ШТ |  |
| 24 | 6,5 | 44 | 28,5 |
| 38 | 21,5 | 38 | 21,5 |
| 21 | 4,5 | 41 | 25,5 |
| 42 | 27 | 36 | 17,5 |
| 13 | 1 | 34 | 13,5 |
| 44 | 28,5 | 39 | 24 |
| 38 | 21,5 | 36 | 17,5 |
| 41 | 25,5 | 24 | 6,5 |
| 36 | 17,5 | 46 | 30 |
| 36 | 17,5 | 31 | 11 |
| 27 | 9 | 34 | 13,5 |
| 34 | 13,5 | 38 | 21,5 |
| 19 | 3 | 26 | 8 |
| 29 | 10 | 21 | 4,5 |
| 17 | 2 | 34 | 13,5 |
| сумма рангов | 208,5 |  | 256,5 |

Общая сумма рангов: 208,5 + 256,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2,

где Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 256,5 = 88,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 88,5, то есть U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

**Тревожность**

Ранжирование баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тревожность |  | Тревожность |  |
| 9 | 24 | 8 | 20 |
| 8 | 20 | 6 | 10 |
| 6 | 10 | 11 | 29,5 |
| 10 | 27 | 7 | 15,5 |
| 4 | 3 | 10 | 27 |
| 11 | 29,5 | 6 | 10 |
| 7 | 15,5 | 8 | 20 |
| 7 | 15,5 | 5 | 5 |
| 6 | 10 | 10 | 27 |
| 9 | 24 | 6 | 10 |
| 5 | 5 | 7 | 15,5 |
| 8 | 20 | 9 | 24 |
| 5 | 5 | 8 | 20 |
| 6 | 10 | 3 | 1,5 |
| 3 | 1,5 | 6 | 10 |
| сумма рангов | 220 |  | 245 |

Общая сумма рангов: 220 + 245 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2,

где Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 245 = 100

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 100, то есть U эмп. > U кр. (р≤0,01), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

**Приложение 6**

Техника выполнения упражнений в бассейне

**1. Группа упражнений – дыхательные:**

Активные шумные вдохи над водой с резким выдохом в воду.

Вдох над водой и очень длинный выдох в воду. Чем больше срок беременности, тем обычно дольше человек может выдыхать.

Форсированное дыхание 10 секунд с акцентом на вдохе. Плавный вдох-выдох.

Форсированное дыхание 10 секунд с акцентом на выдохе.

Имитация задержки дыхания на потуге. Это упражнение делается обязательно после теоретической подготовки. Шумный вдох, задержка дыхания до 15 счета, медленный выдох в воду, снова вдох и т.д. 3 раза. Имитация 3 потуг на схватке.

Варианты предыдущего упражнения, но задержка дыхания на полувыдохе, на полном выдохе и замкнутой голосовой щели.

Собачье (поверхностное) дыхание.

**2. Группа упражнений – активные у бортика:**

Стоя спиной к бортику. Махи ногой перед собой у поверхности воды.

Стоя спиной к бортику. Нога выпрямлена перед собой. Носок ноги на себя, от себя.

Стоя спиной к бортику. Нога выпрямлена перед собой. Скручиваем ногу в тазобедренном суставе внутрь, наружу.

Упражнения 1-3 другой ногой.

Стоя левым боком к бортику. Выпрямить правую ногу в сторону. Круги прямой ногой вперед, назад.

Стоя левым боком к бортику. Согнуть правую ногу в колене и взять ее правой рукой за колено. Поворачивать рукой колено вперед - вниз и возвращать обратно. «Куриное крылышко».

Стоя левым боком к бортику. Согнуть правую ногу в колене и взять ее правой рукой за колено. Вращать рукой колено, чтобы работал правый тазобедренный сустав. Вперед, назад.

Стоя левым боком к бортику. Согнуть правую ногу в колене и взять ее правой рукой за колено. Повернуться к бортику налево всем корпусом стоя на неподвижной ноге, затем развернуться обратно. Не отпуская колено, согнуться вправо корпусом, стараясь положить правое ухо на правое колено.

Стоя левым боком к бортику. Согнуть правую ногу в колене и взять ее правой рукой за колено. Постоять несколько секунд, стараясь держать прямой корпус и «раскрывая» себя рукой за колено на длинном выдохе.

Упражнения 5-9 другой ногой.

Встать лицом к бортику. Махи прямой правой ногой назад, не опуская ногу до дна.

Выпрямить правую ногу назад, затем согнуть ногу в колене и пружинящими движениями покачать пятку, стараясь прижать ее к ягодице.

Оставаясь в этом же положении, взяться правой рукой за правый носок и потянуть согнутую ногу наверх.

Упражнения 11-13 другой ногой.

**3. Группа упражнений – растяжки, вися на бортике лицом к нему:**

Повиснуть на бортике или поручне на руках. Обе ноги согнуть в коленях, носки выпрямить и прижать колени к стенке, разведя их максимально в стороны. Носки соединить. Пружинящими движениями стараться прижать таз к носкам ног.

И.п. как в первом. Таз неподвижен. Выпрямлять руки в локтях и сгибать их.

Повиснуть на бортике или поручне на руках. Ноги согнуть в коленях и упереться ступнями в стену как можно выше. Выпрямлять ноги в коленях, делая «поплавок». Спину скруглить. Затем согнуть ноги в коленях, прижимая ягодицы к стенке и к пяткам

Повиснуть на бортике или поручне на руках. Ноги согнуть в коленях и упереться ступнями в стену как можно шире. Делать выпады влево и вправо по стенке, сгибая ноги поочередно.

**4. Группа упражнений – упражнения, вися на бортике спиной к нему.**

Согнуть ноги в коленях. Вращать согнутые ноги влево - вправо.

«Велосипед».

«Велосипед», скрутив нижнюю часть корпуса влево, затем вправо.

«Книжка». Согнуть ноги в коленях и слегка поднять колени над поверхностью воды. Ступни соединить, колени широко развести. С силой сдвигать колени, стараясь вытолкнуть воду, как бы захлопывая книжку.

«Лягушка». Имитировать движения брассом ногами, находясь в том же положении спиной к бортику.

Выпрямить ноги перед собой на поверхности воды и развести их как можно шире. Свести ноги вместе, положив одну на другую и попробовать слегка поднять их над поверхностью воды. Снова развести как можно шире.

**5. Группа упражнений – для груди.**

Встать в круг. Согнув руки в локтях, соединить ладони перед собой. Сильно прижимать ладони одну к другой, напрягая грудные мышцы.

То же, сдвигая соединенные ладони влево, вправо.

Соединить ладони над головой и слегка спереди. С силой стараться соединить локти на уровне носа.

Имитировать руками движения кролем вперед, назад.

Поднять руки над головой, сжать в кулаки, подержать 5 секунд. Расслабить руки поочередно во всех суставах, опустив затем руки в воду с длинным выдохом.

Встать спиной к стенке на расстоянии одного шага от нее. Не отрывая ног от пола повернуться к стенке, опереться ладонями в нее и отжиматься от стенки, поддерживая корпус в скрученном положении. Вернуться в исходную позицию и сделать то же в другую сторону.

**6. Группа занятий – с доской:**

Лечь на живот, держась за поручень. Доску зажать коленями. На выдохе стараться отодвинуться от стены не отпуская рук. На вдохе руки согнуть в локтях и «подъехать» к стенке.

Лечь на живот, держась за поручень. Доску зажать коленями. Крутить коленями доску, т.е. скручивать нижнюю часть корпуса относительно фиксированной верхней части.

**7. Группа занятий – на задержку дыхания:**

«Поплавок». Обхватить руками колени и висеть в воде, медленно выдыхая под воду.

«Поплавок» в паре – один зависает в воде, другой начинает его покачивать, затем переворачивает в разные стороны. Таким образом, имитируются движения ребенка в матке, и женщина может «присоединиться» к плоду. Также в этом упражнении женщина входит в некое трансовое состояние, которое помогает ощутить переживания женщины в I матрице: если она чувствует дискомфорт, то тогда необходимо оказание ей пихокоррекционной помощи, например, используя методы арт-терапии или беседы, которая проводится после занятий.

Разбиться на пары. Взяться за руки. Лечь на воду лицом вниз, выпрямиться и слегка прогнуться в пояснице, чтобы ноги не тонули. Долгий выдох, стараясь «перележать» партнершу.

«Звездочка». Все участницы встают в круг. Удобно делать, когда участников 5-9 человек. Один человек ложится на воду лицом вниз, раздвинув руки и ноги в стороны. Остальные крутят лежащую в кругу, держа ее поочередно за руки, ноги.

**8. Упражнения в группе.**

«Хоровод». Все участники берутся за руки и перекидывают одну ногу через соединенные руки снаружи внутрь, чтобы все пятки смотрели внутрь. Все прыгают на одной ноге, двигаясь по кругу. Спина прямая.

**9. Упражнения на расслабление.**

Все разбиваются на пары. Одна из пары ложится на спину, раскинув руки, а другая поддерживает ее своей правой рукой за правое плечо. Голова лежащей лежит на сгибе локтя ведущей. Левая рука лежащей проходит под мышкой ведущей.

Один из пары ложится на спину, другой берет его одной рукой за затылок, другой за подбородок и катает по воде, расслабляя шею поворотами головы то вправо, то влево. Задача первого – максимально расслабиться. Это упражнение способствует снятию напряжения с позвоночника.

# Приложение 7

Беседы с беременными женщинами после занятий в бассейне

**1. Формирование личности ребенка.**

* + Перинатальная жизнь младенца: внутриутробное существование, формирование характера ребенка в процессе родов, механизм импринтинга (первое впечатление ребенка об окружающем мире). Воссоединение с миром через мать. Последствия разлучения матери и ребенка сразу после родов.
	+ Недоношенные дети.
	+ Восьмимесячные младенцы.
	+ Особенности «кесарят».

**2. Признаки начала родов, течение родов, варианты позиций матери во время схваток и потуг.**

* + Признаки начала родов. Эмоциональные состояния, возникающие у матери и ребенка в последний месяц беременности и в родах. «Синдром гнезда». Важная подготовительная работа организма. Предвестники, опускание живота, отхождение слизистой пробки.
	+ Течение родов. Схватки, потуги (интервалы, длительность). Приемы самообезболивания. Рождение плаценты, обрезание пуповины.

**3. Роды в роддоме.**

* + Чего следует избегать и к чему следует стремиться, чтобы достичь благополучного исхода родов.
	+ Освещение отдельных моментов родовспоможения в конкретном роддоме (в каких случаях применяют стимуляцию, анестезию, кесарево сечение).
	+ Необходимые действия, производимые с ребенком после рождения (когда перерезают пуповину, кладут ли на живот маме, что делают с плацентой и т.д.).

**4. Ведение родов. Обзор роддомов.**

* + Роды с предлежанием малыша, отличным от головного, действия акушера в таких родах.
	+ Особенности протекания и ведения родов с ранним излитием вод.
	+ Физиологическая и патологическая боль в родах.
	+ Безопасные методы стимуляции затянувшихся родов.
	+ Стремительные роды.
	+ Профилактика возникновения патологий: гипотрофии (недоразвития) ребенка, угрозы выкидыша и преждевременных родов.

**5. Определение состояния ребенка в первые минуты жизни по шкале Апгар.**

* + Пограничные состояния ребенка первых дней жизни, особенности врачебного наблюдения.

**6. Первые месяцы жизни младенца. Патронаж.**

* + Аптечка и приданное для ребенка.
	+ Комната малыша.
	+ Уход за ребенком первых дней жизни.
	+ Проблемы, с которыми сталкиваются родители на первом году жизни малыша.

**7. Типичные проблемы беременных - как с ними справляться.**

* + Конкретные рекомендации по следующим проблемам: токсикоз, боли в спине, растяжки, боли внизу живота, отеки, изжога, температура, насморк, разрыхление связок и др. Прибавка в весе.
	+ Использование витаминов и других медицинских препаратов (плюсы и минусы).

**8. Различные способы вскармливания младенца.**

* + Особенности грудного и искусственного вскармливания.
	+ Основы питания матери при кормлении грудью.
	+ Способы увеличения лактации.
	+ Показания к использованию различных видов детского питания при частичной или полной замене грудного кормления.
	+ Введение прикорма.

**9. Особенности первых дней жизни ребенка.**

* + Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка.
	+ Врачебный взгляд на уход за новорожденным.
	+ Типичные проблемы первых месяцев жизни.
	+ Иммунопрофилактика: польза и вред вакцинации.

**10. Послеродовый патронаж матери и новорожденного.**

* + Медицинское наблюдение.
	+ Развивающие занятия для младенца с первых дней жизни (массаж, динамическая гимнастика, акватренинг).

# Приложение 8

Результаты контрольного эксперимента

**Результаты исследования тревожности контрольной группы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № беременной | Опросник Спилбергера | Шкала Тейлора | Немотивированная тревожность |
| СТ | ЛТ | ШЛ | ШТ |
| 1 | 44 | 44 | 4 | 24 | 9 |
| 2 | 46 | 54 | 1 | 36 | 11 |
| 3 | 48 | 52 | 5 | 21 | 6 |
| 4 | 60 | 74 | 2 | 42 | 12 |
| 5 | 38 | 44 | 3 | 20 | 4 |
| 6 | 59 | 62 | 3 | 44 | 11 |
| 7 | 50 | 56 | 4 | 38 | 7 |
| 8 | 62 | 48 | 1 | 41 | 10 |
| 9 | 56 | 37 | 5 | 36 | 6 |
| 10 | 76 | 56 | 1 | 36 | 11 |
| 11 | 52 | 52 | 1 | 27 | 9 |
| 12 | 48 | 51 | 3 | 34 | 8 |
| 13 | 29 | 36 | 4 | 12 | 3 |
| 14 | 62 | 56 | 1 | 29 | 7 |
| 15 | 35 | 48 | 5 | 14 | 3 |

**Результаты исследования тревожности экспериментальной группы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № беременной | Опросник Спилбергера | Шкала Тейлора | Немотивированная тревожность |
| СТ | ЛТ | ШЛ | ШТ |
| 1 | 42 | 41 | 4 | 24 | 8 |
| 2 | 46 | 39 | 4 | 20 | 6 |
| 3 | 42 | 52 | 1 | 24 | 6 |
| 4 | 39 | 41 | 3 | 19 | 7 |
| 5 | 42 | 60 | 3 | 28 | 8 |
| 6 | 46 | 50 | 3 | 36 | 6 |
| 7 | 34 | 42 | 3 | 36 | 8 |
| 8 | 32 | 40 | 2 | 27 | 5 |
| 9 | 64 | 52 | 1 | 41 | 9 |
| 10 | 41 | 58 | 5 | 31 | 6 |
| 11 | 29 | 26 | 2 | 13 | 3 |
| 12 | 49 | 49 | 3 | 14 | 2 |
| 13 | 46 | 42 | 3 | 26 | 6 |
| 14 | 26 | 25 | 3 | 10 | 1 |
| 15 | 39 | 43 | 4 | 24 | 6 |

# Приложение 9

Математическая обработка результатов контрольного эксперимента

1. Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин контрольной группы на констатирующем и контрольном этап эксперимента[[42]](#footnote-42) по «Шкале тревожности Дж.Тейлора».

Наша задача определить, различаются ли выборки по уровню тревожности на различных этапах исследования. Занесем полученные данные в таблицу А1.

**Таблица А1 - Ранжирование баллов контрольной группы на контрольном и констатирующем этапе («Шкала тревожности Дж.Тейлора»)**

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 24 | 9,5 | 24 | 9,5 |
| 38 | 23 | 36 | 19 |
| 21 | 7,5 | 21 | 7,5 |
| 42 | 27,5 | 42 | 27,5 |
| 13 | 2 | 20 | 6 |
| 44 | 29,5 | 44 | 29,5 |
| 38 | 23 | 38 | 23 |
| 41 | 25,5 | 41 | 25,5 |
| 36 | 19 | 36 | 19 |
| 36 | 19 | 36 | 19 |
| 27 | 11,5 | 27 | 11,5 |
| 34 | 15,5 | 34 | 15,5 |
| 19 | 5 | 12 | 1 |
| 29 | 13,5 | 29 | 13,5 |
| 17 | 4 | 14 | 3 |
| ∑ | 235 | ∑ | 230 |

Общая сумма рангов: 235 + 230 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле:

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где (1)

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T, где (2)

n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 235 = 110

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 110, то есть U эмп. > U кр., поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Для выявления динамики уровня тревожности у женщин, которые занимались акватренингом, проведем математическую обработку показателей тревожности на начало и на конец исследования.

Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента.

Наша задача определить, различаются ли выборки по уровню тревожности на различных этапах исследования. Занесем полученные данные в таблицу А2.

Таблица А2 - Ранжирование баллов экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапе

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 44 | 29 | 24 | 8,5 |
| 38 | 24,5 | 20 | 5 |
| 41 | 27,5 | 24 | 8,5 |
| 36 | 21,5 | 19 | 4 |
| 34 | 18 | 28 | 14 |
| 39 | 26 | 36 | 21,5 |
| 36 | 21,5 | 36 | 21,5 |
| 24 | 8,5 | 27 | 13 |
| 46 | 30 | 41 | 27,5 |
| 31 | 15,5 | 31 | 15,5 |
| 34 | 18 | 13 | 2 |
| 38 | 24,5 | 14 | 3 |
| 26 | 11,5 | 26 | 11,5 |
| 21 | 6 | 10 | 1 |
| 34 | 18 | 24 | 8,5 |
| ∑ | 300 | ∑ | 165 |

Общая сумма рангов: 300 + 165 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле:

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где (1)

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T, где (2)

n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 300 = 45

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 45, то есть U эмп. < U кр., поэтому можно говорить о том, что уровень тревожности женщин экспериментальной группы на конец исследования понизился по сравнению с началом исследования.

2. Выявим значение критерия Манна – Уитни для данных личностной тревожности Спилбергера. Данные занесем в таблицу А3.

Таблица А3 - Ранжирование баллов контрольной группы на контрольном и констатирующем этапе («Шкала личностной тревожности»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 54 | 18 | 44 | 6 |
| 60 | 24 | 54 | 18 |
| 42 | 4 | 52 | 14,5 |
| 71 | 29 | 74 | 30 |
| 39 | 3 | 44 | 6 |
| 70 | 28 | 62 | 26 |
| 61 | 25 | 56 | 21,5 |
| 53 | 16 | 48 | 9 |
| 64 | 27 | 37 | 2 |
| 51 | 12,5 | 56 | 21,5 |
| 48 | 9 | 52 | 14,5 |
| 49 | 11 | 51 | 12,5 |
| 56 | 21,5 | 36 | 1 |
| 56 | 21,5 | 44 | 6 |
| 48 | 9 | 54 | 18 |
| ∑ | 258,5 | ∑ | 206,5 |

Общая сумма рангов: 258,5 + 206,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где (1)

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 258,5 = 86,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. =86,5, то есть U эмп. > U кр., поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента («Шкала личностной тревожности»). Занесем полученные данные в таблицу А4.

Таблица А4 - Ранжирование баллов экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапе («Шкала личностной тревожности»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 71 | 29,5 | 41 | 7,5 |
| 39 | 4 | 39 | 4 |
| 70 | 27,5 | 52 | 19 |
| 61 | 24 | 41 | 7,5 |
| 66 | 26 | 60 | 22 |
| 50 | 16,5 | 50 | 16,5 |
| 61 | 24 | 42 | 10 |
| 52 | 19 | 40 | 6 |
| 70 | 27,5 | 52 | 19 |
| 61 | 24 | 58 | 21 |
| 48 | 13 | 26 | 2 |
| 49 | 14,5 | 49 | 14,5 |
| 42 | 10 | 42 | 10 |
| 39 | 4 | 25 | 1 |
| 71 | 29,5 | 43 | 12 |
| ∑ | 293 | ∑ | 172 |

Общая сумма рангов: 293 + 172 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где (1)

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T, где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 293 = 52

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 52, то есть U эмп. < U кр., поэтому можно говорить о том, что уровень тревожности женщин экспериментальной группы на конец исследования понизился по сравнению с началом исследования.

3. Выявим значение критерия Манна – Уитни для данных ситуативной тревожности Спилбергера. Данные занесем в таблицу А5.

Таблица А5 - Ранжирование баллов контрольной группы на контрольном и констатирующем этапе («Шкала ситуативной тревожности»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 42 | 8 | 44 | 9 |
| 46 | 11,5 | 46 | 11,5 |
| 34 | 3 | 48 | 14 |
| 60 | 23,5 | 60 | 23,5 |
| 28 | 1 | 38 | 6 |
| 59 | 21,5 | 59 | 21,5 |
| 48 | 14 | 50 | 16,5 |
| 66 | 28 | 62 | 25,5 |
| 50 | 16,5 | 56 | 20 |
| 71 | 29 | 76 | 30 |
| 52 | 18,5 | 52 | 18,5 |
| 41 | 7 | 48 | 14 |
| 49 | 15 | 29 | 2 |
| 64 | 27 | 62 | 25,5 |
| 37 | 5 | 35 | 4 |
| ∑ | 228,5 | ∑ | 241,5 |

Общая сумма рангов: 228,5+ 241,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 241,5 = 103,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 103,5, то есть U эмп. > U кр., поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Для выявления динамики уровня тревожности у женщин, которые занимались акватренингом, проведем математическую обработку показателей тревожности на начало и на конец исследования.

Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента («Шкала ситуативной тревожности»).

Наша задача определить, различаются ли выборки по уровню тревожности на различных этапах исследования. Занесем полученные данные в таблицу А6.

Таблица А6 - Ранжирование баллов экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапе («Шкала ситуативной тревожности»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 59 | 25 | 42 | 12 |
| 48 | 20 | 46 | 16,5 |
| 66 | 29 | 42 | 12 |
| 50 | 23 | 39 | 7,5 |
| 46 | 16,5 | 42 | 12 |
| 46 | 16,5 | 46 | 16,5 |
| 34 | 5 | 34 | 5 |
| 60 | 26,5 | 32 | 3 |
| 71 | 30 | 64 | 28 |
| 52 | 24 | 41 | 9,5 |
| 41 | 9,5 | 29 | 2 |
| 49 | 21,5 | 49 | 21,5 |
| 46 | 16,5 | 46 | 16,5 |
| 34 | 5 | 26 | 1 |
| 60 | 26,5 | 39 | 7,5 |
| ∑ | 294,5 | ∑ | 170,5 |

Общая сумма рангов: 294,5 + 170,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле:

∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 294,5 = 50,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 50,5, то есть U эмп. < U кр., поэтому можно говорить о том, что уровень тревожности женщин экспериментальной группы на конец исследования понизился по сравнению с началом исследования.

4. Выявим значение критерия Манна – Уитни для результатов, полученных по тесту «Склонность к немотивированной тревожности». Данные занесем в таблицу А7.

Таблица А7 - Ранжирование баллов контрольной группы на контрольном и констатирующем этапе («Немотивированная тревожность»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 9 | 21,5 | 9 | 21,5 |
| 8 | 18 | 11 | 27,5 |
| 6 | 10 | 6 | 10 |
| 10 | 24,5 | 12 | 30 |
| 4 | 4,5 | 4 | 4,5 |
| 11 | 27,5 | 11 | 27,5 |
| 7 | 14,5 | 7 | 14,5 |
| 7 | 14,5 | 10 | 24,5 |
| 6 | 10 | 6 | 10 |
| 9 | 21,5 | 11 | 27,5 |
| 5 | 6,5 | 9 | 21,5 |
| 8 | 18 | 8 | 18 |
| 5 | 6,5 | 3 | 2 |
| 6 | 10 | 7 | 14,5 |
| 3 | 2 | 3 | 2 |
| ∑ | 209,5 | ∑ | 255,5 |

Общая сумма рангов: 209,5 + 255,5 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 255,5 = 89,5

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 72 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 89,5, то есть U эмп. > U кр., поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Для выявления динамики уровня тревожности у женщин, которые занимались акватренингом, проведем математическую обработку показателей тревожности на начало и на конец исследования.

Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента («Немотивированная тревожность»).

Наша задача определить, различаются ли выборки по уровню тревожности на различных этапах исследования. Занесем полученные данные в таблицу А8.

Таблица А8 - Ранжирование баллов экспериментальной группы на контрольном и констатирующем этапе («Немотивированная тревожность»)

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный этап эксперимента | Констатирующий этап эксперимента |
| Показатель уровня | Ранг | Показатель уровня | Ранг |
| 8 | 22,5 | 8 | 22,5 |
| 6 | 11,5 | 6 | 11,5 |
| 11 | 30 | 6 | 11,5 |
| 7 | 18 | 7 | 18 |
| 10 | 28,5 | 8 | 22,5 |
| 6 | 11,5 | 6 | 11,5 |
| 8 | 22,5 | 8 | 22,5 |
| 5 | 5,5 | 5 | 5,5 |
| 10 | 28,5 | 9 | 26,5 |
| 6 | 11,5 | 6 | 11,5 |
| 7 | 18 | 3 | 3,5 |
| 9 | 26,5 | 2 | 2 |
| 8 | 22,5 | 6 | 11,5 |
| 3 | 3,5 | 1 | 1 |
| 6 | 11,5 | 6 | 11,5 |
| ∑ | 272 | ∑ | 193 |

Общая сумма рангов: 272 + 193 = 465.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: ∑ (Ŕ) = Ń ٠ (Ń + 1) / 2, где (1)

Ń – общее количество ранжируемых наблюдений;

Ŕ - общая сумма рангов.

∑ (Ŕ) = 30 ٠ (30 + 1) / 2 = 465

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

U= (n ٠ n) + n ٠(n + 1) / 2 – T, где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

U эмп. = (15 ٠15) + 15٠ (15 + 1) / 2 – 272 = 45

По таблицам найдем критическое значение для n.

U кр. = 73 (р≤0,05) U кр. = 56 (р≤0,01)

U эмп. = 73, то есть U эмп. < U кр. (р≤0,01), поэтому можно говорить о том, что уровень тревожности женщин экспериментальной группы на конец исследования понизился по сравнению с началом исследования, но так как Uэмп.> U кр. (р≤0,05). то эти данные нельзя считать абсолютно достоверными.

1. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. – М.: Просвещение, 1986. С. 14-18. [↑](#footnote-ref-1)
2. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. С. 103-106. [↑](#footnote-ref-2)
3. Цит. по: Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Речь, 2004. С. 3-5. [↑](#footnote-ref-3)
4. Там же. [↑](#footnote-ref-4)
5. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498с. [↑](#footnote-ref-5)
6. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка // Перинатальная психология и медицина. Ч.1. – Иваново, 2001. С. 164 – 179. [↑](#footnote-ref-6)
7. Цит. по: Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии – 1999. - №3. С. 38 – 47. [↑](#footnote-ref-7)
8. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 14-15. [↑](#footnote-ref-8)
9. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 21-23. [↑](#footnote-ref-9)
10. Васильева В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе акушерского мониторинга. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. С. 43-45. [↑](#footnote-ref-10)
11. Абрамченко В.В, Мальгина Г.Б., Коваленко Н.П., Убайдатова Б.А. Стресс и беременность. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. С. 49. [↑](#footnote-ref-11)
12. Васильева В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе акушерского мониторинга. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. С. 43-45. [↑](#footnote-ref-12)
13. Аверина Ю.В., Пашкова Е.С. Особенности психокоррекционной работы с повторнородящими женщинами, имеющими психотравмирующий опыт рождения первенца. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. С. 109. [↑](#footnote-ref-13)
14. Грантли Дик-Рид Роды без страха. – М., 1996. С. 57. [↑](#footnote-ref-14)
15. Боровикова Н. Беременность – это не болезнь. // Беременность. – 2004. - №3. [↑](#footnote-ref-15)
16. Фанти С. Микропсихоанализ. - М.: «ЦПП», 1997. – С.67-70. [↑](#footnote-ref-16)
17. С.Фанти. Микропсихоанализ. - М.: «ЦПП», 1997. С. 67-70 [↑](#footnote-ref-17)
18. Перну Л. Я жду ребенка: 2-е изд. - М., 1989. [↑](#footnote-ref-18)
19. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 127. [↑](#footnote-ref-19)
20. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 130. [↑](#footnote-ref-20)
21. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 132. [↑](#footnote-ref-21)
22. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 133. [↑](#footnote-ref-22)
23. Там же. С. 134. [↑](#footnote-ref-23)
24. Там же. С.134. [↑](#footnote-ref-24)
25. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 138. [↑](#footnote-ref-25)
26. Там же. С. 139. [↑](#footnote-ref-26)
27. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 139. [↑](#footnote-ref-27)
28. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001. С. 140. [↑](#footnote-ref-28)
29. Там же. С. 141. [↑](#footnote-ref-29)
30. Коваленко Н.П., Смагин С.Ф. Нервно-психические расстройства у женщин до и после родов. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. С. 173. [↑](#footnote-ref-30)
31. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции. / Под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. С. 34-35. [↑](#footnote-ref-31)
32. Меньшуткина Т.Г., Непочатых М.Г. Аквафитнес и питание. – М., 2005. [↑](#footnote-ref-32)
33. Мелхерм У. Плавание для беременных. – М.: АСТ: Астрель, 2004. С. 5. [↑](#footnote-ref-33)
34. Чинарова Е. Аквапузики. // Беременность. – 2005. - №1 (январь). [↑](#footnote-ref-34)
35. Чинарова Е. Аквапузики. // Беременность. – 2005. - №1 (январь). [↑](#footnote-ref-35)
36. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - №2. [↑](#footnote-ref-36)
37. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. - СПб: Питер, 2001. С.103-107. [↑](#footnote-ref-37)
38. Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда,Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.241-246. [↑](#footnote-ref-38)
39. Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда,Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.298-300. [↑](#footnote-ref-39)
40. Сидоренко Е.С. Методы математической обработки в психологии - СПб, 2001. [↑](#footnote-ref-40)
41. Ланцбург М.Е. Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. // Мат. Росс. Конф. 26-28 мая 1999г., Санкт-Петербург – Иваново, 2000. С.312-320. [↑](#footnote-ref-41)
42. Волкова Е.Ф. Статистические методы экспериментальной психологии. – Новосибирск, 2003. [↑](#footnote-ref-42)