

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Алтайский государственный гуманитарно-педагогический
университет имени В.М. Шукшина»
(АГГПУ им. В.М. Шукшина)

Психолого-педагогический факультет
Кафедра педагогики и психологии

**Психологическое консультирование женщин, имеющих
намерение прервать беременность**

Выпускная квалификационная работа

Допустить к защите

Зав. кафедрой **Манузина Е.Б.**

«__» _____ 2017 г.

Выполнил: студент 5 курса
группы П-ЗП121

**Ванина
Анна Андреевна**

Научный руководитель:

канд. пед. наук, доцент

**Шевченко
Наталья Борисовна**

Оценка _____

«__» июня 2017 г.

Председатель ГЭК

Скоркина Татьяна Васильевна

Подпись _____

Бийск – 2017

Оглавление

Введение.....	2
Глава 1. Психологические и медико-биологические аспекты беременности	
1.1. Беременность как физиологический процесс.....	7
1.2.Состояние психики во время беременности	14
1.3.Современное состояние психокоррекционной работы с беременными женщинами	22
Глава 2. Организация проведения исследования.	
2.1.Условия проведения исследования, характеристика контингента.....	26
2.2. Методы исследования.....	38
Глава 3. Обработка результатов.....	40
Заключение.....	70
Выводы.....	73
Список использованной литературы.....	74
Приложение 1.	86
Приложение 2.....	93
Приложение 3.....	101
Приложение 4.....	104
Приложение 5.....	110
Приложение 6.....	112

ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование перинатальной психологии и психотерапии в нашей стране создало предпосылки к тому, что в ряде женских консультаций в штат включили перинатальных психологов. Однако, еще во многих родильных домах и женских консультациях, специалисты, которые чаще всего сталкиваются с пациентками, нуждающимися в психологической помощи, а в отдельных случаях, даже требующими urgentной психотерапии, перинатальные психологи и психотерапевты отсутствуют. К таким особым случаям, к примеру, относятся: помощь женщинам в репродуктивном выборе, замершая беременность, пороки развития плода не совместимые с жизнью. Психология преодоления таких трагических событий, а также принципы помощи в таких ситуациях женщинам в нашей стране недостаточно разработаны, публикации на эти темы редки.

В настоящее время в научном мире активно ведется дискуссия по поводу того, какое влияние оказывает материнство на дальнейшее развитие, как самой женщины, так и ее ребенка. И только рассмотрение этой проблемы одновременно с медицинской, психологической и психиатрической точек зрения позволяет выявить те моменты, которые могут негативно отразиться на готовности женщины стать мамой.

Медицинские исследования подтверждают зависимость патологий беременности и родовой деятельности, особенностей периода после родов от состояния психического здоровья беременной женщины.

Последние психологические исследования рассматривают родившую женщину как определяющий фактор в формировании отношения к ее ребенку как к субъекту; описывают роль матери в поддержке инициативы ребенка, его социальной активности и любознательности.

Современная психология личности рассматривает материнство со стороны удовлетворенности женщины своей ролью матери, а также выделяет отдельные аспекты материнства. М. Айнсворт, Дж. Боулби, М. А.

Лисина в своих работах анализируют последствия нехватки любви матери для благополучного психического развития ребенка.

Опираясь на многочисленные научные труды, можно сделать вывод о том, что плод или, так называемый, «внутриутробный человек» наделен разнообразными способностями; также эти исследования показывают опосредующую роль мировоззрения матери на те перемены, которые происходят с телом плода под воздействием социума. Четко прослеживается связь между эмоциональным состоянием беременной женщины и развитием ребенка после его рождения, выдвинута теория адаптивных систем и изучены нейрогормональные механизмы, трансформирующие переживания матери в обучающие либо травмирующие факторы воздействия на еще не рожденного ребенка.

Первичное здоровье человека формируется в очень важном «первичном периоде нашей жизни, то есть во время существования в матке, окolorодового периода и периода грудного вскармливания» отмечает М. Оден в своей работе «Первичное здоровье».

Отчеты Министерства здравоохранения и социального развития РФ свидетельствуют о прогрессирующей в данный момент тенденции к ухудшению физического здоровья населения страны, что происходит на общем фоне снижения рождаемости. Естественно, что в подобных условиях не приходится говорить о рождении абсолютно здоровых детей. Что же касается психического и эмоционального состояния будущих родителей и их готовности нести ответственность за своего ребенка, то в настоящее время это выглядит еще более печально. А ведь согласно научным данным, плод впитывает в себя переживания своих родителей.

Большинство отечественных и зарубежных исследователей считают, что самые первые этапы в индивидуальном развитии человека являются самыми важными, определяющими его дальнейшую жизнь. К примеру, европейские психологи под руководством Р.Д. Лэнга и Ф.Лейка полагают, что переживания и воспоминания до нашего рождения имеют наибольшее значение для всей последующей жизни человека. Не оспаривается и то, что

общей «возрастной» задачей индивида в период внутриутробного развития является его готовность ко времени своего появления на свет к соучастию в общении, сознании, переживаниях, деятельности с родившей его женщиной.

Таким образом, изучение поведенческой активности матери, выявление закономерностей проявления поведения беременной женщины и является важнейшей задачей исследователей.

К примеру, беременность изучалась в филогенетическом, а также психофизиологическом аспектах. Проводились исследования на предмет психологической готовности к роли мамы. Выявлено, что у беременных женщин с угрозой прерывания беременности усиливаются астенические эмоции, они становятся более чувствительными, ранимыми, мнительными, ведомыми, относятся ко всему более пессимистично. Другие исследователи отмечают высокий уровень тревожности и психической ригидности у беременных женщин в состоянии острого стресса. Л.И. Шелехов в своей работе описывает свойственные беременным с сенситивным типом личности страхи и опасения за течение беременности и исход родов. О.Л. Баз, Л.В. Копыл, О.В. Баженова в своих исследованиях описали как изменяется образ будущего ребенка в воображении матери с течением беременности.

Анализируя вышеперечисленные факты, можно смело сказать, что на сегодняшний день наука рассматривает внутриутробный период жизни человека как «особый возраст, особую ступень развития человеческой реальности».

Однако необходимо отметить, что будущие родители, да и общество в целом не придают особого значения важности внутриутробного периода развития, как и периода родов. Большинство полагают, что не рожденный ребенок не имеет сознания и крайне редко думают о плоде как о человеческом существе.

Современное российское общество пропитано атмосферой боязни детей. Статистика утверждает: на сегодняшний день лишь 40% женщин в

состоянии репродуктивного выбора решают родить ребенка. Большинство женщин, решивших прервать беременность даже не имеют представления о внутриутробном развитии человека. Многие из них испытывают шок, если вдруг перед планируемым абортом они слышат на ультразвуковом исследовании как бьется сердце плода. Гораздо трагичнее, если фотографии плода в утробе или подобные видеоматериалы попадают женщинам уже после аборта, когда ситуацию уже не изменить. Очень часто женщины, планирующие прервать беременность, не владеют информацией о последствиях своего выбора, что и понятно - СМИ сплошь и рядом рекламируют гарантированно «безопасный» аборт.

Естественно, что для женщины незапланированная беременность является фактором стресса, женщина оказывается в трудной жизненной ситуации, а в подобном состоянии человек не способен принять осознанное и разумное решение, именно поэтому женщины в состоянии репродуктивного выбора так нуждаются в квалифицированной психологической помощи.

Актуальность затронутой в данной статье темы подтверждается и Стратегией национальной безопасности РФ до 2020 года.

Но, тем не менее, анализ исследований, посвященных затронутой теме, по проблемам, возникающим у женщин в состоянии репродуктивного выбора, дает все основания говорить о недостаточном уровне разработанности в области теории и методологии психологической работы с беременными женщинами.

Таким образом, **целью** настоящей работы является изучение влияния психологического доабортного консультирования на эмоциональное состояние женщин, планирующих прерывание беременности.

Объект исследования – особенности влияния психологического консультирования женщин, имеющих намерение прервать беременность на изменение их эмоционального состояния.

Предмет исследования – динамика изменения эмоционального состояния женщин, планирующих прерывание беременности в результате психологического консультирования.

Гипотеза исследования. Основное предположение, выдвигаемое в исследовании, состоит в том, что психологическое доабортное консультирование сопровождается специфическими эмоционально-личностными особенностями и состоянием психической сферы женщин, планирующих прерывание беременности. В частности, было сформулировано следующее предположение: состояние эмоциональной сферы и системы эмоциональных отношений беременных женщин с установкой на прерывание беременности изменяется после психологического консультирования.

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы были поставлены следующие **задачи**:

1. описать психоэмоциональное состояние беременных женщин перед абортом;
2. разработать алгоритм консультирования на основе эмпирического изучения социальных и психологических причин решения о добровольном прерывании беременности, теоретического изучения последствий прерывания беременности;
3. сравнить изменения эмоционального состояния женщин, принявших решение об аборте или сохранивших беременность после прохождения консультирования;
4. определить изменение ситуативной и личностной тревожности у беременных женщин после прохождения ситуации консультирования.

Методы исследования: каждый этап исследования подразумевал использование специальных методов: 1) изучение и теоретический анализ научной литературы по исследуемой проблематике; 2) интервьюирование и анкетный опрос, 3) комплекс тестовых методик: 1. «Шкала реактивной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина
2. «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.

Немчинова)¹;

3.«Склонность к немотивированной тревожности»².

4) обработка результатов производилась при помощи методов вариационной статистики.

Экспериментальной **базой** исследования стала женская консультация Центральной городской больницы г. Бийска Алтайского края.

Научная новизна проведенного исследования заключается в том, что впервые предпринимается попытка выявить влияние психологического доабортного консультирования на эмоциональное состояние женщин, планирующих прерывание беременности.

Теоретическая значимость данной работы заключается в том, что результаты проведенного исследования позволяют уточнить теоретические представления об изменениях, происходящих в эмоциональной сфере беременной женщины, планирующей прерывание беременности, дополнить собственно психологические концепции репродуктивного поведения и сопоставить психологический портрет респонденток с разными типами репродуктивной активности.

Практическая значимость результатов исследования состоит в возможности их применения для оптимизации и индивидуализации процесса психологической подготовки беременных женщин к роли матери, составления программ по профилактике абортотв и реабилитации женщин с установкой на искусственное прерывание беременности. Исследование позволяет оценить необходимость и направленность психокоррекции личностной и эмоциональной сфер женщин оптимального репродуктивного возраста. Полученные данные позволяют дать практические рекомендации по оптимизации методов психологического консультирования в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения и консультационных центрах. Результаты данного

¹ Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда, Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.241-246.

² Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда, Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.298-300.

исследования полезны не только для психологов, работающих с беременными женщинами, но и для медицинского персонала женских консультаций.

Структура работы: Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложений, содержит иллюстрационный материал (таблицы и рисунки).

ГЛАВА I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Беременность как физиологический процесс

Беременность – это физиологический процесс, во время которого в организме женщины из оплодотворенной яйцеклетки развивается плод, способный к внеутробной жизни. Нормально протекающая беременность длится от 266 до 294 дней (т.е. 40 недель или 10 акушерских месяцев), считая от первого дня последней менструации до родов.

В организме беременной женщины происходит целый ряд изменений, способствующих правильному развитию зародыша и плода, подготовке к родам и кормлению новорожденного. Возникновение и течение разнообразных физиологических процессов, связанных с беременностью, регулируются нервной и эндокринной системами.

Изменения процессов возбуждения и торможения в коре г.м., взаимоотношений между корой и подкоркой, тонуса вегетативной нервной системы могут приводить к появлению таких симптомов, как: сонливость, раздражительность, изменение аппетита, вкуса и обоняния, повышенное выделение слюны, тошнота (иногда рвота) и др. Обычно эти симптомы отмечаются в первые 2-3 мес., и выражены нечетко. Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщин во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адаптации.

На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает один из яичников, во вторую - матка. Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая образование своеобразных критических периодов для материнского организма. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатико-адреналовой системы, во

вторую половину 28-30 недель усиливается тонус обоих отделов, но с некоторым преобладанием холинэргических реакций.

Принято выделять несколько периодов беременности, но нас интересует 1й период, который носит название «Идентификация беременности»

Этот период в большинстве случаев начинается и заканчивается еще до возникновения первых изменений в физическом состоянии женщины и непосредственно связан с осознанием факта беременности.

Общеизвестно, что «беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического и психологического здоровья». Невротические состояния «легкого» регистра встречаются у 30—80% беременных и рожениц. К ним относятся астенические, депрессивные и истерические состояния, неврозы, психосоматические нарушения.

Соматическому здоровью в женских консультациях врачами (акушерами и терапевтами) уделяется достаточно внимания, в то же время предоставление психотерапевтической помощи вообще не предусмотрено.

Учитывая тот факт, что беременность не всегда планируется, немаловажное значение в решении вопроса о необходимости оказания психотерапевтической помощи является выяснение мотивов, как сохранения, так и прерывания женщинами случайной беременности.

Из проведенных исследований стало очевидным, что большинство женщин рожают детей исходя из отношения к другим (80%), по отношению к себе (20%)

д о м и н и р у ю щ а я к о н с т р у к ц и я

Отношение к значимым людям	27.7%
Отношение к социальному окружению	56.7%
Изменение личной ситуации "Я"	13.4%
Отношение к здоровью	8.6%

д е т е р м и н а н т а м о т и в а ц и и

Ради ребенка	19.0%
Ради любимого	7.7%
Соответствие социальным ожиданиям	21.0%
Протест	4.5%

Сохранение отношений	27.8%
Отказ от прошлого	3.8%
Уход от настоящего	8.6%
Сохранение здоровья	7.6%

Первые два мотива проявляются как на сознательном, так и на бессознательном уровнях, остальные обычно не осознаются женщиной.

1. Сохранение собственного здоровья. Этот мотив обусловлен страхом причинения вреда своему здоровью абортom или потерей возможности деторождения в будущем. Часто встречается у женщин с первой беременностью, а также у женщин с ослабленным здоровьем.

2. Уход от настоящего. В этом мотиве чётко прослеживается побег от нарастающего психического напряжения, связанного с “невыносимой” действительностью. Как правило, он связан с попыткой уйти от собственных проблем, заменив свою жизнь его жизнью. Мотив преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье.

3. Отказ от прошлого. В этом случае беременность может расцениваться женщиной как средство “очищения от собственной греховности”. Имеет место попытка зачеркнуть прошлое, обрести женскую индивидуальность, почувствовать себя личностью. Мотив часто встречается у женщин с “бурным” прошлым и знаменует начало нового этапа в жизни.

4. Сохранение отношений. Мотив встречается как у замужних, так и у незамужних женщин разных возрастных категорий. При этом женщина решается на рождение ребёнка, чтобы внести новое в отношения с мужчиной и надеется удержать его рядом.

5. Протест. Женщины определяют этот мотив, как “беременность назло” родителям или значимому мужчине. Чаще встречается в молодом возрасте. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых (“не учите меня жить, я уже сама мать!”). Мужчине демонстрируется его ненужность и собственная независимость (“смотри,

как я счастлива без тебя!”). Такая беременность часто травмирует психику женщины.

6. Соответствие социальным ожиданиям. Мотив обычно присущ молодым женщинам из хорошо обеспеченных семей. В таких ситуациях женщины иногда рожают не ребёнка для себя, а внука или внучку для своих родителей. В другом варианте женщины, вышедшие замуж по расчёту, рожают ребёнка, не столько руководствуясь своими собственными желаниями, сколько просьбами мужа.

7. Ради любимого. Мотив встречается у женщин разных возрастных категорий и социальных уровней, способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к беременности, даже в том случае, если она остаётся одинокой. Будущий ребёнок выступает в качестве “частицы любимого”.

8. Беременность ради ребёнка. Позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины к материнству и готовность к нему. Мотив характерен для социально зрелых, состоявшихся женщин, а также для одиноких женщин в возрасте.

Понимание мотивов сохранения беременности женщиной помогает выбрать правильную тактику её ведения определить необходимость оказания психотерапевтической помощи.

Несомненно, беременность является, чуть ли не самым важным событием в жизни женщины. С детства она смотрит на свою мать и подсознательно и сознательно готовится в будущем, тоже стать мамой. Даже первая ролевая игра у девочек, а иногда и мальчиков «Дочки - матери». И когда, женщина вступает в брак, она примеряет на своего избранника роль отца.

Но даже такая многолетняя подготовка не может избавить женщину от состояния стресса, когда она узнает, что беременна. Все реагируют по-разному кто радостью, кто разочарованием. Но у всех состояние необычное, волнующее. Перехватывает дыхание, кровь приливает к голове, лицу. Это все объясняется тем, что, узнав такую новость, в голове

женщины сразу возникает целая вереница мыслей относительно ответственности, пола малыша, обязанностей, здоровья, реакции любимого, родственников, собственного тела, благополучном протекании беременности... изменения всей жизни. Или, как не печально это прозвучит, какой срок, можно ли сделать аборт, сколько это будет стоить.

Сама беременность, даже протекающая без какой-либо патологии, является для женщины источником психологического напряжения и способствует возникновению разнообразных личностных реакций.

Уровень распространенности психических расстройств у беременных колеблется от 6% до 34%. Они представлены как донозологическими проявлениями нарушения психофизиологической адаптации, так и клиническими психопатологическими симптомами. Выраженные перепады настроения и др. эмоциональные изменения долгое время рассматривались как характерные физиологические особенности беременных, в то время как эти проявления есть психические расстройства. Каплан Г. показывает, что у женщин на поздних сроках беременности имеют место интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность. Современная женщина очень часто отягощена проблемами, связанными с такими факторами как:

- физиологической патологией (причины: экология, травмы, снижение иммунной защиты и пр.);
- эмоциональной дисгармонией (причины: неадекватное в прошлом воспитание, эмоциональные травмы, неблагоприятное стечение жизненных обстоятельств):
- психологической дисгармонией (причины: нереализация возможностей и способностей, неумение общаться с людьми, проблемы саморегуляции и самоконтроля). Все это формирует невротические реакции и психосоматические нарушения у беременных женщин.

А.И. Захаровым (1994) систематизированы личностные факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности:

1. Эгоцентризм и нарциссизм (самолюбование) как нежелание приносить жертвы во имя ребенка.

2. Поведение типа А, когда приоритетными считаются погоня за успехом и профессиональные интересы, вступающие в противоречие с необходимостью временной самоизоляции в семье и сосредоточения на нуждах и воспитании ребенка.

3. Повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, когда любые стрессы надолго остаются в эмоциональной памяти, проявляясь в наиболее сенситивном периоде жизни женщины — беременности.

4. Тревожность — склонность к беспокойству и страхам.

5. Мнительность — подверженность частым сомнениям и недостаточная уверенность в себе.

6. Невротизация матери вследствие предшествующих неблагоприятных условий жизни в семье и нерешенных проблем в браке.

7. Восприятие родов как крайне болезненного, опасного и неприятного события жизни.

Наиболее опасны такие эмоциональные состояния, как повышенная раздражительность, волнение, состояние эмоциональной неудовлетворенности и недовольства, переживания по поводу отношений с супругом, сильные испуги, повышенная утомляемость, плохое общее самочувствие.

Психологические стрессорные факторы:

- 1) Отсутствие уверенности в прочности брака
- 2) Переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными (внутри личностными) отношениями
- 3) Волнения в начале беременности
- 4) Повышенная раздражительность матери связана с ее утомляемостью и нарушениями сна, образуя своего рода неврастенический симптомокомплекс.

5) Частые состояния эмоциональной неудовлетворенности образуют антенатальный стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушения сна, подверженности испугам и семейным переживаниям.

6) Перегрузки в учебе или на работе

7) Нарушения сна при беременности

8) Повышенная утомляемость при беременности, вне зависимости от своих причин, наиболее «продуктивна» в антенатальном стрессогенезе.

9) Сильные испуги при беременности Волнения в конце беременности прежде всего обуславливают нарушения сна у матери.

10) Страх перед родами.

Из выше сказанного мы можем сделать выводы, что на женщину в период беременности воздействует множество обстоятельств, зависящих от нее и независимых. И насколько данные обстоятельства будут стрессогенными, зависит от нескольких причин: типа реагирования на неудачу, болезнь, личностные характеристики, стиль воспитания, наличие социальной поддержки, круг общения, желание иметь ребенка.

1.2. Состояние психики во время беременности

Как известно, при беременности у женщины изменяется психика, ее отношение к окружающим, беременная по особенному реагирует на внешние и внутренние раздражители. Психика беременной женщины заполнена своими собственными ощущениями, она влияет на функцию нейрогуморальной системы, нейротрофический метаболизм, а также на синтез ферментов и др. биохимические показатели. В значительной степени изменяется реактивность всего организма женщины, включая и психическую форму.

Настроение беременной женщины переменчиво. В короткий отрезок времени оно может несколько раз меняться на прямо противоположное: то она счастлива, бодра, весела, то уже в следующий момент расстроена, огорчена, опечалена. Беременная женщина очень чувствительна и раздражительна, она гораздо острее, чем прежде, реагирует на

окружающий мир, с трудом справляется с собой. Такую смену настроений можно понять, приняв во внимание все те изменения, которые происходят с ней во время беременности.

Рассмотрим более подробно психологические особенности женщин в первом периоде «Идентификация беременности»:

Этот период в большинстве случаев начинается и заканчивается еще до возникновения первых изменений в физическом состоянии женщины и непосредственно связан с осознанием факта беременности. Исследования беременных, отказниц и матерей с детьми разного возраста показали, что момент идентификации беременности очень хорошо помнится, все связанные с ним переживания актуализируются очень точно, вне зависимости от его давности. Содержание и интенсивность этих переживаний, как будет видно ниже, непосредственно отражают значение этой беременности для матери и многие особенности ее материнской сферы. Можно выделить 8 вариантов переживания идентификации беременности.

1. Тревожное. При подозрении на беременность возникает сильная тревога, которая устойчиво сохраняется до подтверждения факта беременности и после него, часто даже усиливаясь. Впоследствии характерно яркое сохранение в памяти всех обстоятельств и своих действий, эмоциональное состояние актуализируется легко и отличается живостью и непосредственностью. Женщины склонны подробно и неоднократно обсуждать причины своих негативных переживаний, оправдывать их неожиданностью, тревогой за сохранение беременности (если беременность интерпретируется как желанная). Если беременность нежеланна, то тревога сопровождается другими переживаниями (досада, страх и т.п.).

2. Первая эмоция отрицательная (страх, тревога, ужас, растерянность, разочарование и др.) Она достаточно явно выражена и продолжается до уточнения факта беременности. После этого происходит смена эмоционального состояния на положительное: удовлетворение от

подтверждения планов, радость, приятное удивление. Первые ощущения чаще всего не возвращаются. Средняя выраженность этого перехода характеризует женщину как достаточно ясно осознающую перемены в жизни и свою ответственность при общем положительном отношении к беременности. Резкая выраженность перехода отражает амбивалентное отношение и наличие некоторых проблем в принятии беременности. Если в дальнейшем признаков амбивалентности не обнаруживается, то это означает, что противоречия получают свое разрешение на этом первом этапе и для их возобновления нужны серьезные причины в дальнейшем.

3. Слабо выраженные отрицательные эмоции, которые обычно не предваряют, а перемежаются с более выраженными положительными. Основное состояние можно описать как удовлетворение, радостное удивление, в сопровождении периодически возникающей озабоченности и сожаления. После уточнения наличия беременности возникает состояние «принятия факта» и сосредоточения на задачах, связанных с беременностью. Особо сильно выраженных положительных эмоций не наблюдается, хотя общая оценка своего состояния явно положительная. Большое значение имеют ожидания близких, отвечая которым женщина часто склонна преувеличивать свою собственную радость. Это наиболее благоприятный вариант переживания идентификации беременности, характеризующий женщину как зрелую, готовую к материнству, понимающую всю важность происходящих в ее жизни перемен и принимающую свою беременность как желательную; готовую перестраивать свою жизнь в ориентации на ребенка.

4. Эйфорическое состояние. Все переживания очень сильно выражены и абсолютно отсутствуют какие-либо признаки тревоги, озабоченности, сожаления и т.п. Чаще всего такое состояние характерно при недостаточной рефлексии неизбежных изменений в жизни, непринятии на себя ответственности, общей личностной незрелости. В этих случаях любое нарушение «идеального течения беременности» (как в отношении физиологии, так и внешних условий) ведет к появлению

страха, резкой смене общего эмоционального состояния. Такие женщины обычно не готовы и к проблемам послеродового периода. Осложнения возникают к концу беременности, когда эти проблемы становятся реальными. На практике не встречается сочетания эйфорического типа идентификации беременности с последующим отсутствием проблем в материнстве.

5. Амбивалентное отношение. Характеризуется периодической сменой полярных эмоций, затягиванием решения о сохранении беременности. При осознании нежелательности беременности и невозможности ее прерывания возможны депрессивные или аффективные эпизоды, адресация к внешним причинам, мешающим принятию беременности. При этом обычны раннее появление соматических ощущений, связанных с беременностью, их сильная выраженность. В некоторых случаях в качестве причин своих состояний и переживаний расцениваются наличие соматических заболеваний, осложняющих беременность, семейные и социальные условия и т.п.

6. Слабо выраженное амбивалентное отношение с неоправданным затягиванием решения о сохранении беременности. Причинами, мешающими это сделать, могут быть недостаток денег, «горящая» путевка, заболевание типа простуды или просто «некогда было». Такое отношение можно выразить фразой: «Когда хватилась, уже поздно было». Последствия могут быть самыми разными, от благополучной коррекции в «хороших» условиях (которые индивидуальны для каждого случая) до отказа от ребенка, и зависят от конкретной ситуации.

7. Неправдоподобно длительная идентификация беременности. Налицо уже все признаки беременности, однако, они интерпретируются как отравление, нарушение менструального цикла, грипп и т.п. В таких случаях соматические ощущения часто бывают смазаны, живот начинает увеличиваться поздно, женщины говорят, что нарушения цикла у них бывают часто (хотя проверить это невозможно). Подробное обсуждение обстоятельств и самочувствия женщины позволяет заключить, что

подозрения на беременность возникали, но активно подавлялись. Такое состояние чаще всего обнаруживается у женщин, впоследствии отказывающихся от ребенка. При сохранении беременности как желанной это очень редкие случаи, которые можно оценить как «нетипичные».

8. Аффективно отрицательное переживание идентификации беременности, устойчиво сохраняющееся вне зависимости от решения о ее сохранении. В разных случаях в зависимости от обстоятельств и личностных особенностей женщины первые негативные эмоции могут переходить либо в игнорирование факта беременности, либо в депрессивное состояние, либо сохраняется аффективно отвергающее отношение. Обычно в этих случаях беременность идентифицируется вовремя. Исключение составляют редкие случаи поздней идентификации, когда уже невозможно прерывание беременности, из-за нетипичных физических состояний (нарушение цикла, продолжение менструаций и т.п.) или у совсем юных беременных.

Следует сказать, что переживание идентификации беременности не влияет на дальнейшее развитие материнства, а только отражает «стартовое» содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков материнской сферы.

«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»³, - пишет Грантли Дик-Рид.

Существуют различные концепции психики и ее содержания у беременной женщины. Наталья Боровикова⁴ 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

³ Грантли Дик-Рид Роды без страха. – М., 1996. С. 57.

⁴ Боровикова Н. Беременность – это не болезнь. // Беременность. – 2004. - №3.

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 беременностью не была, возникают эмоции, которые могут быть элементами неожиданности. 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 - притязания 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.

Анализируя литературу по теме «беременность», мы можем сделать следующие выводы:

1. Беременность для женщины является стрессовым событием, т.к. создаются новые условия жизни, к которым женщина должна адаптироваться.

а) Нормальная, без осложнений соматического характера, без социальных и личностных проблем беременность является для женщины эустрессом, (конструктивный стресс - является защитной реакцией организма, протекает без существенных потерь для организма. б) Беременность же протекающая на неблагоприятном фоне: заболевания, проблема взаимоотношений, внутренний конфликт, выступает как дистресс. Деструктивный стресс подрывает защитные силы организма. И естественно, отрицательно влияет на развивающийся плод. в) Беременность, действуя как неспецифический стресс, проявляется у женщин по-разному, в зависимости от особенностей их личности.

2. К наиболее значимым психосоциальным стрессам относятся:

конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворенные материально-бытовые условия.

Необходимо помнить, что женщина, планирующая прерывание беременности — прежде всего беременная женщина. Следует рассматривать первый триместр беременности, когда совершается большинство аборт. Необходимо отметить, что женщины весьма индивидуально реагируют на беременность. Д. Пайнз (1997) выделяет 2 типа реагирования на беременность.

У одних женщин сразу наступает пассивность и появляется ощущение высшей удовлетворенности. У других наступает легкая депрессия и возрастает физическая активность. Исследования В.И. Брутмана и И.С.

Радионова (1997) показали наличие 2 психологических статусов женщин с нежелательной беременностью:

1 Женщина чувствует себя хорошо, но появляется некоторая невключенность в происходящее, безразличие или эйфория.

2. Устойчивый негативный депрессивный фон настроения, желание избавиться от плода реально и в фантазиях.

Ни в первом, ни во втором случае не происходит формирование образа ребенка у матери.

Начиная с 20-х годов в России была сформирована особая «абортная» культура — приспособление и привыкание общества к широкому производству абортов, как основному и даже единственному способу регулирования числа детей в семье.

Проблема абортов, их распространенность, частота использования именно в нашей стране являются наглядным примером сугубо потребительского, безразличного отношения к здоровью женщин со стороны государства. Декларация заботы о материнстве и детстве никогда не подкреплялась достаточным финансированием.

Тот факт, что аборт наиболее предпочтительный способ планирования семьи, свидетельствует, что недостаточно создано программ, которые помогали бы женщине планировать семейную жизнь, взаимоотношения с партнером, информировали о разнообразных средствах контрацепции.

Социальная среда, в которой живет женщина, является основным источником негативного отношения к материнству. По сравнению с запланированной беременностью, отложенный репродуктивный выбор отражает наличие более выраженных фрустраций и противоречий между потребностями женщин и предъявляемыми к ней новым состоянием перспективными требованиями, что осознается женщиной в той или иной мере, как собственная готовность к материнству и клинически проявляется в виде эмоциональных и поведенческих реакций. Поэтому общество должно развернуть широкую пропаганду разнообразных контрацептивных средств и, что особенно

важно, сделать их доступными, увеличив количество кабинетов планирования семьи, постоянно вести профилактическую работу с женщинами, прерывающими беременность, обеспечить их психологической поддержкой.

1.3. Современное состояние психокоррекционной работы с беременными женщинами

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.

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. С.А. Whitaker отмечал, что все трудности семейной жизни «отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления

младенцев до одного года»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».

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. С другой стороны, жалобы беременных невротического характера в женских консультациях часто объясняются либо «положением» женщины и игнорируются, либо приводят к назначению симптоматической медикаментозной терапии.

Понимание беременности как психологического кризиса дает возможность построить работу с беременными женщинами в форме оказания психологической помощи в кризисной ситуации.

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; Свядош А.М., 1982 и др.). Среди показаний к ней авторы указывали рвоты беременных, диссомнии,

⁵ Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498с.

фобические расстройства и т.п. Но наиболее часто этот метод применялся с целью аналгезии в родах. В настоящее время в 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).

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.

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.

Работа психолога имеет свои специфические задачи и осуществляется специфическими психологическими методами.

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 помощи⁶.

Психологическая помощь может быть обращена к различным уровням (структурам) 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.

Также при организации психологического консультирования женщин, имеющих намерение прервать беременность, следует учитывать, что для данной категории женщин характерен специфический признак, который может быть обозначен как «избегание обсуждения эмоционально значимой ситуации». Полученные данные свидетельствуют о том, что за счет компенсаторного изменения напряженности механизмов психологической защиты происходит уменьшение осознанной включенности в ситуацию и ее сознательная переработка. Психотерапевтическая работа с женщинами, планирующими прерывание беременности, должна быть разделена на два основных этапа. Причем на индивидуальном (первом) этапе мишенью

⁶ 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.

психотерапевтического воздействия является игнорирование субъективного значения ситуации, связанной с медицинским абортом, установление сотрудничающих отношений, а на втором рекомендовано изменение личностных установок пациентки, приводящих к решению о прерывании беременности.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Условия проведения исследования, характеристика контингента

Сбор материала исследования производился в Бийске на базе женской консультации Центральной городской больницы с апреля 2015 г по ноябрь 2015 г. В соответствии с приказом краевого отдела здравоохранения по Алтайскому краю женщины, планирующие прерывание беременности обязательно проходят обследование и консультацию психолога. Естественно, такое нововведение вызвало неоднозначные реакции, как со стороны пациенток, так и со стороны акушеров-гинекологов. Но, тем не менее, этот факт позволяет говорить о женщинах, планирующих прерывание беременности, как о категории немотивированных клиентов в плане психологического консультирования. В исследование было включено две группы. Контрольная (женщин сохраняющих беременность после консультирования) группа включила в себя женщин, имеющих на момент проведения исследования нежелательную беременность и планирующих прервать ее, но сохранивших беременность после психологического консультирования. Экспериментальная группа (женщины планирующие прервать беременность, т.е не изменившие решение после психологического консультирования) состояла из женщин, имевших на момент проведения исследования нежелательную беременность и планировавших прервать ее, и осуществивших это намерение после психологического консультирования. Такая организация исследования позволила выявить при сравнении результатов контрольной и экспериментальной групп ведущие тенденции в изменении эмоционального состояния женщин после консультирования.

В выборку вошли 30 женщин, обратившихся в женскую консультацию с намерением прервать беременность.

Общими критериями отбора (включения) женщин в исследование были: информированное согласие на участие в исследовании со стороны женщины; отсутствие в анамнезе психических заболеваний; отсутствие в анамнезе значимой соматической патологии (острых или декомпенсации хронических соматических заболеваний).

Характеристика контрольной группы. Критерии отбора (включения) в первую группу: искусственное прерывание нежелательной беременности в медицинском учреждении на сроках до 12 недель; отсутствие медицинских показаний к искусственному аборту; наличие диагностируемых отклонений в эмоциональном состоянии; сохранение беременности после психологического консультирования. Количество женщин в группе - 15 человек.

Характеристика экспериментальной группы.

Критерии отбора (включения) во вторую группу: искусственное прерывание нежелательной беременности в медицинском учреждении на сроках до 12 недель; отсутствие медицинских показаний к искусственному аборту; наличие диагностируемых отклонений в эмоциональном состоянии; прерывание беременности после психологического консультирования. Количество женщин в группе - 15 человек.

Процедура исследования включала в себя три этапа.

Первый этап — сбор анамнестических данных, где внимание уделялось социально-психологическим и гинекологическим аспектам. Для этой цели был составлен специальный опросник (структурированное клиническое интервью), включавший в себя «условно фактическую» и «субъективную» части. В «условно фактической» части уделялось внимание формальным данным о респонденте: возраст, образование, социальный статус, род занятий, гинекологический анамнез. К «субъективной» части были отнесены вопросы, посвященные оценке респондентами своего самочувствия и социальной ситуации: жалобы, переживания по поводу сложившейся ситуации, оценка личных и внутрисемейных отношений. Опросник заполнялся женщиной самостоятельно и уточнялся исследователем во время интервью с участницей

исследования. На данном этапе осуществлялось психологическое консультирование. Психологическое консультирование женщин, планирующих прерывание беременности, осуществлялось в рамках метода мотивационного интервьюирования. Мотивационное интервьюирование является направляющим, клиенто-центристским стилем консультирования, направленным на то, чтобы вызвать изменения в поведении клиента, посредством анализа и разрешения амбивалентности. Оно характеризуется не столько используемыми приемами, сколько самим духом консультирования, основанном на облегчающем стиле межличностных взаимоотношений. Впервые она была описана Миллером (Miller, 1983) в статье, опубликованной в журнале "Behavioral Psychotherapy". Эти фундаментальные концепции и подходы получили дальнейшее развитие в работах Миллера и Роллника (Miller and Rollnick, 1991), представивших более детальное описание клинических методик. По сравнению с не-направляющим консультированием, данный метод более сфокусирован и задан поставленной целью. Его основной целью является исследование и разрешение амбивалентности, и психолог намеренно направляет ход консультирования для достижения этой цели. Вариаций приемов консультирования может быть столько же, сколько различных клиентов. Но постоянным остается дух метода, который можно охарактеризовать несколькими ключевыми моментами.

1. *Мотивация к изменению поведения возникает у самого клиента, а не навязывается ему извне.* Другие мотивационные подходы подчеркивают важность принуждения, убеждения, конструктивной конфронтации и использования внешних обстоятельств (например, угрозы потерять работу или семью). Такие стратегии имеют право на существование для побуждения клиента изменить поведение, но по своему духу в корне отличаются от мотивационного интервьюирования, в основе которого лежит определение и мобилизация внутренней системы ценностей и целей клиента с тем, чтобы стимулировать изменение поведения.

2. *Именно клиент, а не психолог должен сформулировать и разрешить его/ее амбивалентность.* Амбивалентность принимает форму конфликта между

двумя возможными направлениями действий (например, потворство против самообладания), каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих клиентов никогда не было возможности проговорить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы этого такого конфликта. Например: “Если я брошу курить, я буду лучше себя чувствовать, но с другой стороны, я начну поправляться и терять привлекательность, что может сделать меня несчастным”. Задача консультанта – помочь клиенту выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого решения, могущего повлечь за собой изменение поведения.

3. *Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности.* У психолога возникает искушение “помочь”, убедив клиента в том, что проблема требует неотложного решения, и изменение поведения гарантирует преимущества. Однако достаточно ясно, что подобные тактики обычно увеличивают сопротивление клиента и снижают вероятность изменения (Miller, Benefield and Tonigan, 1993; Miller and Rollnick, 1991).

4. *Стиль консультирования обычно спокойный и выявляющий.* Прямое убеждение, агрессивная конфронтация, и спор являются *концептуально противоположными* мотивационному интервьюированию, и неприемлемы при данном подходе. Мы считаем крайне важным проводить различие между *духом* мотивационного интервьюирования и *приемами*, которые мы рекомендовали для того, чтобы этот дух был проявлен. Клиницисты, уделяющие слишком много внимания приемам, могут упускать из виду дух и стиль данного метода, которые и являются его основой.

Существуют, однако, конкретные модели поведения, которым психолог может научиться. Наиболее характерные из них указаны ниже:

Необходимо оценивать уровень реагирования клиента, внимательно выслушивая его высказывания;

- Стремление понять «систему координат» клиента, в частности путем рефлексивного слушания;
- Выражение приятия и аффирмации;

- Выявление и выборочное усиление самомотивирующих высказываний клиента – выражения осознания проблемы, озабоченности, желания и намерения к изменению;

- Подтверждение свободы выбора и самонаправления клиента.

Выражаясь более конкретно, мы считаем, что мотивационное интервьюирование *не* применяется психологом в том случае, если он:

- настаивает на том, что у человека есть проблема и ему необходимы перемены;

- предлагает прямой совет или “прописывает” решения проблемы без разрешения человека или без побуждения клиента к самостоятельному выбору решения;

- занимает авторитарную/экспертную позицию, отводя клиенту лишь роль пассивного участника;

- подменяет беседу собственным монологом или функционирует в режиме “однонаправленной информационной системы”;

- навязывает диагностический ярлык;

- ведет себя в карательной или принудительной манере;

Такие приемы противоречат истинному духу мотивационного интервьюирования.

Одним из основных аспектов метода является деликатное направляющее воздействие психолога с концентрацией усилий на изучении и разрешении амбивалентности клиента. Самомотивирующие высказывания клиента подчеркиваются и укрепляются при помощи рефлексивного слушания и выборочного усиления. Проводимые ранее исследования подтвердили эффективность методов воздействия, основанных на подходе мотивационного интервьюирования, но внутренние механизмы, побуждающие клиента к переменам, требуют дальнейшего изучения и объяснения.

Таким образом, цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и контролировать процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его «проблемного» поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений.

Решение такой задачи требует определенного подхода психолога, а также природы психотерапевтического воздействия. При использовании данного подхода ответственность за поведение и возникающие проблемы возлагается на самого клиента. Психолог должен принять это, и у него не должно быть твердых представлений о том, какие решения должен принимать клиент. Морализаторское отношение в этой ситуации неуместно.

Приемы мотивационного интервьюирования

Мотивационные интервенции

К наиболее важным мотивационным интервенциям относятся (van Bilsen 1986a, 1986b, 1987; Miller, 1983, 1985; van Bilsen, van Emst, and Schippers, 1986):

1. Создание эмпатической атмосферы безоговорочно позитивного уважения к клиенту.
2. Налаживание ясной и конкретной обратной связи с клиентом, касающейся его поведения, мотивов и персональной ситуации.
3. Структурирование и предоставление альтернативных решений относительно аддиктивного поведения и проблем.
4. Поддержание контакта с клиентом.
5. Активное слушание клиента.

Для проведения мотивационного интервьюирования консультант должен обладать широким репертуаром терапевтических навыков. Ему следует использовать рефлексивные, провоцирующие и направляющие интервенции, эмпатически относиться к клиенту, в то же время, в случае необходимости, применяя реструктуризацию. Комплексное и гибкое использование всех указанных приемов дает возможность достичь положительных результатов.

Мотивационные приемы

Во время мотивационного интервьюирования психолог использует вышеуказанные интервенции. Для того чтобы сделать это на практике, необходимо применение нескольких приемов:

Рефлексия

Высказывания клиента, отражающие его мотивацию, должны усиливаться. Это можно сделать путем эмпатичного повторения того, что сказал клиент. Психолог старается выбирать и подчеркивать те высказывания, в которых клиент выражает мотивацию в отношении изменений. Благодаря этим действиям, психолог стимулирует клиента делать больше «самотивационных» высказываний. Психолог может отражать то, что говорит клиент на разных «уровнях», начиная от буквально дословного повторения слов, произносимых клиентом до рефлексии чувств клиента (лежащими за произносимыми словами). Первое используется, главным образом, в начале мотивационного процесса, второе используется, когда у психолога возникает ощущение, что между ним и клиентом начинают формироваться терапевтические взаимоотношения.

Структурирование

Очень важно, чтобы психолог приносил структуру в информацию, получаемую от клиента. Целесообразно реорганизовать всю информацию клиента таким образом, чтобы последний смог глубже понять себя (включая психологические, социальные, эмоциональные и медицинские обстоятельства). Беседу следует вести в эмпатичной, не-морализующей манере. Факты нельзя представлять в конфронтующей форме («ваше здоровье уже сильно пошатнулось, и если вы будете продолжать употреблять наркотики, вы наверняка умрете»), это следует делать в нейтральной манере («Результаты обследования показывают, что ваша печень повреждена, местами это необратимое повреждение, но, по большей части, возможно восстановление»).

Реструктурирование

Реструктурирование, или позитивное маркирование (positive labeling) опыта или высказываний клиента используется для придания иного, более позитивного смысла различным событиям в жизни клиента, его чувствам и поведению. Если в оценке клиентом собственного опыта, поведения или чувств преобладают негативные мотивы, использование психологом реструктурирования позволит ему

дать им позитивную интерпретацию. Психолог помогает клиенту выстроить ряд событий, подчеркивая их положительную сторону, что является важным процессом при работе над повышением уровня самооценки и самоэффективности клиента.

Обобщение

В беседе клиента с психологом один тип структурирования представляется чрезвычайно важным, поэтому он требует к себе особого внимания. Во время приема психолог может кратко обобщить то, что было сказано клиентом. Иногда это нужно делать достаточно часто, практически после каждого высказывания клиента. Во время приема полезно несколько раз делать обобщение, суммируя все, что рассказал клиент, для того, чтобы убедиться в том, что все сказанное им было верно понято, с целью проверки, насколько точно терапевт его понял, а также для того, чтобы клиент уловил реакцию терапевта на ту информацию, которой он поделился.

Постановка вопросов

Постановка вопросов может являться ценным приемом. Психолог, задающий верные вопросы в наиболее подходящие моменты, помогает клиенту быть наиболее конкретным и точным в том, что он говорит. Психолог может формулировать вопросы таким образом, чтобы помочь клиенту предоставить информацию насколько это возможно конкретно.

Провоцирование

Провокации или использование парадоксов – это специальный способ вывода клиента на высказывания. Психолог играет роль “адвоката дьявола”. Он играет «отказ», чтобы спровоцировать высказывания клиента, имеющие противоположное значение. С помощью этого приема психолог «склоняет» клиента принять роль, в которой он доказывает, что проблемы действительно существуют и перемены необходимы.

Фазы мотивационного интервьюирования

В процессе мотивационного интервьюирования можно выделить три фазы (van Emst, van Bilsen, Schippers, 1984):

Фаза выявления

Задача психолога в течение первой фазы мотивационного интервьюирования – вызвать высказывания клиента, содержащие элементы самомотивации. Эта задача базируется на принципе атрибутивности (“attribution” – приписывание, отнесение): мы верим в то, что говорим сами. Самомотивационные высказывания – это высказывания, помогающие клиенту осознать существование проблем и/или выражающие обеспокоенность этими проблемами (эмоциональный аспект), и/или признать необходимость изменить проблемный стиль жизни (поведенческий аспект). На фазе выявления психолог старается мотивировать клиента, по меньшей мере, прийти на второй прием, а также установить хотя бы минимальный контакт с клиентом. По сути дела, психолог должен получить от клиента разрешение “вмешиваться” в его личную жизнь. Фаза выявления может быть короткой (один прием) или очень длинной. Чем больше клиент понимает свой контакт с психологом как принудительный, тем продолжительнее будет фаза выявления.

Информационная фаза

На этой фазе клиент начинает проявлять интерес к своей собственной жизненной ситуации. (“Может и стоит поболтать с этим типом, по крайней мере, он не читает мне проповеди!”). Психолог уже склонил клиента к тому, чтобы тот разрешил ему задавать вопросы, и клиент увидел картину своей жизни и возможные проблемы. Клиент и психолог начинают вести активный поиск информации. Очень важно, чтобы клиент, также как психолог, считал сбор информации полезным и необходимым делом. Психологу часто приходится вести с клиентом переговоры, склоняя последнего к рассказу о себе. Анализируя собранную информацию, клиент может понять, имеется ли у него достаточно причин для беспокойства в связи со сложившейся ситуацией. Психолог изучает все проблемные аспекты полученной информации (социальный, медицинский и психологический). Затем он представляет эти

данные клиенту в нейтральном, умеренно эмоциональном тоне с тем, чтобы тот мог лучше понять свою ситуацию. Чрезвычайно важно, чтобы информация подавалась в нейтральной форме, чтобы клиент самостоятельно мог сделать необходимые выводы. Задача психолога остается в том, чтобы сопровождать клиента в процессе принятия решения. При этом психолог не должен принимать то, что это он должен доказывать, что у клиента есть проблемы, или ему необходимо что-то менять. Напротив, психолог вновь будет играть роль “адвоката дьявола” (провоцирующее воздействие): “Неужели ситуация так плоха, что единственный выход – что-то изменить?” Психолог накапливает информацию и в нейтральной форме переадресует ее клиенту. Обратная связь может включать, помимо других аспектов, факты, касающиеся здоровья, а также социальной и психологической ситуации клиента. Психолог всегда оставляет клиенту ответственность за выводы, к которым последний приходит после анализа фактов.

Фаза переговоров

Третья фаза включает переговоры между психологом и клиентом. К концу информационного этапа клиент должен принять решение: “Хочу ли я продолжать жить, как прежде или хочу изменить ситуацию?” (заметьте: психолог должен считать оба решения равнозначными: в полной мере мудрым может быть признано решение клиента оставить все по-старому!). Также важно, чтобы у психолога не было твердых и сформулированных представлений о том, какие изменения должны быть сделаны. Клиент должен решить, следует ли что-либо менять, какого рода должны быть эти изменения и какова будет стратегия перемен. Все эти решения принимаются клиентом самостоятельно. Если клиент принял решение что-либо изменить, тогда, на этой фазе, психолог должен предоставить ему информацию о возможных последствиях. Предоставляя эти сведения, психолог заботится о повышении уровня информированности своего клиента.

Второй этап заключался в проведении тестирования. Тестирование проводилось два раза: до психологического консультирования на первой встрече и после психологического консультирования на второй встрече.

Третьим этапом исследования явилась статистическая обработка и анализ полученных результатов.

В исследовании использовались клинико-anamнестический, экспериментально-психологический, статистический методы. Оценивались наличие и степень выраженности аффективной симптоматики, предъявляемые жалобы, анамнестические данные.

Экспериментально-психологический и статистический методы использовались для раскрытия и уточнения закономерностей и характеристик, выявленных клинико-anamнестическим методом. В рамках использования нами экспериментально-психологического метода испытуемым было предложено самостоятельно заполнить бланки трех психологических тестовых методик, представленных ниже.

1. «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчинова)⁷;

2.«Склонность к немотивированной тревожности»⁸.

3. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина

«Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчинова) использовалась для дифференцирования уровня тревожности испытуемых.

Методика « Склонность к немотивированной тревожности» позволила выявить дисфункциональность стереотипа эмоционального поведения

Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л.Ханина использовалась для самооценки пациентами уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Обработка результатов включала в себя подсчет показателей по формулам.

Статистический метод включал в себя обработку полученных результатов с использованием стандартных методов: подсчета средних величин,

⁷ Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда, Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.241-246.

⁸ Практикум по общей экспериментальной психологии./В.Д. Балин, В.К. Гайда, Гербачевский В.К. - СПб: Питер, 2006. С.298-300.

подсчета достоверности разности показателей, выявления корреляций между отдельными показателями. Достоверность различий между отдельными показателями в контрольной и экспериментальной группах определялась с помощью t-критерия Стьюдента. Взаимосвязь различных показателей выявлялась с помощью коэффициента корреляции. Для статистической обработки использовались программа «Exel», «Statistika 19» в которой производилась сортировка полученных данных, построение графических изображений, статистическая обработка полученного научного материала.

2.2. Методы исследования

Методика «Шкала реактивной и личностной тревожности»

Ч.Д. Спилбергера- Ю. А. Ханина

Методика позволяет определить уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Личностная тревожность дает представление о склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрозу своему «Я» и реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревожности.

Реактивная тревожность является ситуативной и характеризуется субъективно неприятными эмоциями напряжения, беспокойства.

Шкала реактивной и личностной тревожности имеет две самостоятельные подшкалы для раздельного измерения того или иного вида тревожности. В каждой подшкале содержится 20 вопросов. Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$$

Где $\Sigma 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18;

$\Sigma 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

$$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

Где $\Sigma 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40;

$\Sigma 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 21,26,27,30,33,36,39

При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31-45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность. Значительные отклонения от умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его

компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе. Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность может быть результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

«Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация Т.А.Немчинова) в 1975 г была дополнена В.Г. Норакидзе шкалой лжи, которая позволяет судить о демонстративности, неискренности ответов.

Опросник состоит из 60 утверждений. Для удобства использования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции, обследуемый откладывает вправо и влево карточки, в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов испытуемого, свидетельствующих о тревожности. В 1 балл оцениваются ответы «да» на вопросы

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, 46,47,48,49,50,53,54,56,60 и ответы «нет» к высказываниям 1,3,4,5,8,14,17,19,22,39,43,52,57,58. Лживыми считаются ответы «да» к пунктам 2,10,55 и «нет» к пунктам 16,20,27,29,41,51,59.

Методика «Склонность к немотивированной тревожности» содержит 12 вопросов, на которые обследуемый может ответить утвердительно или отрицательно. Чем больше утвердительных ответов, тем отчетливее выражена дисфункциональность стереотипа эмоционального поведения

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-демографическая характеристика женщин, имеющих намерение прервать нежелательную беременность.

С целью выявления особенностей личностной сферы женщин, планирующих прерывание беременности и сохраняющих беременность, разработана *анкета*, которая содержит 27 вопросов и является анонимной.

Все вопросы являются открытыми и имеют несколько вариантов ответов. Первая группа вопросов ориентированна на выявление семейного статуса женщин (1-4). Второй блок вопросов выявляет социально – экономические характеристики жизни респонденток, их жилищные и материальные условия (5-9 вопросы). Третья группа вопросов описывает репродуктивную активность женщин (9-15). Она включает в себя вопросы, касающиеся использования контрацептивов, количества беременностей, а также желанности настоящей беременности. В анкету включены 2 вопроса (16,17) направленные на выявление характера отношений между матерью и отцом ребенка. Вопросы с 18 по 21 описывают потребностно – мотивационные ориентации женщин. Следующий (22) вопрос отражает ценностные ориентации респонденток. Последний блок вопросов нацелен на раскрытие взаимоотношений женщины с родителями. Этому посвящены 23-27 вопросы. В конце анкеты испытуемая должна указать некоторые данные о себе: возраст, образование и социальную группу к которой она себя относит.

В исследовании приняли участие женщины детородного возраста от 17 до 39 лет. Средний возраст женщин 25 лет. Всего в исследовании приняло участие 30 женщин, которые представили две группы. Первая группа состояла из 15 женщин, принявших решение о сохранении беременности, вторая - из 15 женщин, принявших решение прервать беременность.

Социально - демографические данные были получены при проведении анкетного опроса (см. Таблицу 1).

В ходе работы были сделаны следующие выводы:

В группе женщин, сохраняющих беременность, 8,3% респонденток учатся в школе, 8,3% техникуме, еще 8,3% - студентки и наибольший процент – 41,7% - рабочие и не работающие (41,7%). У большинства испытуемых средне-

специальное (41,7%) и начальное профессиональное образование (16,7%).
Средне образование у 16,7% респонденток, и высшее у 16,7%.

Таблица 1

Распределение женщин по показателям образовательного и социального статуса, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
Род занятий	Учащаяся (школы, техникума, ПТУ)	8,3	0
	Студентка	8,3	0
	Рабочая	41,7	22,2
	Служащая	0	44,4
	не работает	41,7	33,3
Образование	Высшее	16,7	33,3
	Неоконченное высшее	0	0
	Среднее специальное	41,7	50
	Среднее	16,7	5,6
	Неполное среднее	8,3	0
	Начальное профессиональное	16,7	11,1

В группе женщин, планирующих прерывание беременности учащихся и студенток нет. Работающих женщин - 22%. Не работающих -33,3%. Образование у респонденток данной группы в основном средне специальное (50%) и высшее (33,3%). Среднее у 5,6% и начально-профессиональное у 11,1%. Таким образом, большинство женщин имеют средне-специальное образование. В обеих группах приблизительно равный процент женщин не работает. В группе женщин, прервавших беременность больше служащих, а в группе сохранивших беременность больше женщин рабочих специальностей. Выборка частично гетерогенна по образовательному статусу и роду занятий.

Второй блок вопросов анкеты был направлен на изучение семейного статуса женщин (см. Таблицу 2).

Так, на вопрос о семейном положении 33,3% женщин первой группы ответили, что они состоят в зарегистрированном браке. Дети уже есть у 75%

женщин, сохраняющих беременность. 50% из них отметили, что состоят в гражданском браке и 8,3% говорят о том, что не замужем. В группе женщин, прервавших беременность, дети есть у 88,9% респонденток. 44,4% женщин данной группы состоят в зарегистрированном браке и лишь 22,2 % в гражданском браке. 25% в разводе или не замужем.

Таблица 2

Распределение женщин по показателям семейного статуса, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
Женщины имеют детей		75	88,9
Семейное положение	Зарегистрированный брак	33,3	44,4
	Гражданский брак	50	22,2
	Не замужем	8,3	25
	Разведена	8,3	25

Подводя итог по данному блоку вопросов, следует отметить высокую долю незамужних или разведенных женщин в группе прервавших беременность, тогда как в группе сохранивших беременность процент одиноких женщин относительно низкий. Отсутствие надежного партнера, поддержки с его стороны, на наш взгляд, может оказать значительное влияние при принятии женщиной решения о сохранении/прерывании беременности.

При анализе социально-экономического положения женщин (третий блок), им задавались вопросы, касающиеся материального положения и жилищных условий (см. Таблицу 3).

Распределение женщин по показателям социально-экономического положения, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
Женщину материально обеспечивает	Муж	80	30
	Родители мужа	8	0
	Ее родители	12	50
	Сама	0	20
Материальными условиями	Удовлетворена	48	60
	Неудовлетворенна	52	40
Женщина проживает	В собственной квартире/доме	32	10
	Снимает квартиру	20	5
	В общежитии	16	40
	Совместно с родителями мужа	28	15
	Совместно со своими родителями	4	30
Жилищными условиями	Удовлетворена	48	65
	Неудовлетворенна	52	35

Результаты, отраженные в таблице показывают, что большинство респонденток из группы сохраняющих беременность обеспечивает в настоящее время муж (80%), часто помогают родители с обеих сторон (по 20%). Женщинам, не состоящим в браке, задавался вопрос о том, помогает ли им отец ребенка. Количество положительных и отрицательных ответов совпало – по 50%. На вопрос о месте проживания 32% женщин с высокой степенью материнской готовности отвечают, что имеют собственную квартиру, столько же проживает совместно с родителями мужа или своими родителями, снимают квартиру 20% респонденток, живут в общежитии 16% семей. При этом 52% женщин, сохраняющих беременность утверждают, что неудовлетворены своими материальными и жилищными условиями.

Женщин, планирующих прерывание беременности, чаще всего обеспечивают родители (50%), в связи с чем, она, скорее всего, является очень уязвимой и зависимой от их мнения. 20% респонденток обеспечивают себя сами. Женщин, состоящих в браке, обеспечивает муж (30%), а большинству незамужних респонденток (80%), отец ребенка не оказывает никакой материальной поддержки. Чаще всего женщины этой группы проживают совместно со своими родителями или родителями мужа – 45%, в общежитии – 40%, реже в своей квартире или доме – 10%. Однако удовлетворенность материальными и жилищными условиями в данной подгруппе выше, чем в предыдущей (60% и 65% соответственно).

Таким образом, можно говорить о более стабильном положении женщин, сохраняющих беременность: о ее материальном положении заботится муж, кроме того, помогают родители, большинство женщин данной группы проживают в собственной квартире (доме) или совместно с родителями. У респонденток прерывающих беременность иное положение: они материально зависимы от своих родителей, отец ребенка чаще всего не оказывает им никакой материальной поддержки, не имея своей квартиры, они проживают в общежитии или с родителями, вследствие чего находятся от них в еще большей зависимости.

Блок вопросов (4 блок) направленный на изучение взаимоотношений в родительской семье беременной женщины состоит из 5 утверждений. Прежде всего, следует отметить, что большинство респонденток из группы женщин сохраняющих беременность воспитывались в полных семьях – 76% и лишь 24% - матерью, либо матерью и отчимом. У 84% участвующих в опросе беременных женщин отношения родителей к ним описываются как приятие и любовь. О чрезмерной опеке и излишней требовательности говорят 8% респонденток. Большинство женщин с данной группы склонны характеризовать свои отношения к отцу и матери как любовь (76% и 64% соответственно), уважение (40% и 48% соответственно), тепло, ласка, забота (56% и 48% соответственно). Значительно реже встречаются характеристики, носящие негативный характер. Холодность в отношении с родителями отмечают лишь 8% женщин, непонимание во взаимоотношениях с матерью – 4%, с отцом – 16%. Кроме того,

подтверждением эмоционально близких отношений с матерью беременной женщины служит тот факт, что в 72% случаев будущая бабушка поддержала свою дочь в решении рожать ребенка. В 20% случаев мать заняла нейтральную позицию и в 8% - была против рождения ребенка. Таким образом, большинство испытуемых (80%) удовлетворены семейными взаимоотношениями в родительской семье.

Так как большинство респонденток группы женщин прервавших беременность в материальном и жилищном плане зависимы от своей родительской семьи, представляется особенно значимым выяснение позиции матери женщины по отношению к беременности, а также психоэмоционального климата внутри родительской семьи. В группе женщин, планирующих прерывание беременности, значительно выше число женщин, воспитывающихся матерью, либо матерью и отчимом – 60%. Отношение родителей к женщине чаще описываются как притяжение и любовь - 50%, однако такие стили воспитания как чрезмерная опека и излишняя требовательность встречаются в семьях этих женщин довольно часто (20% и 30% соответственно). Свои отношения с отцом респондентки данной группы описывают как уважение (25%), любовь (20%), тепло, ласка забота (20%), или как непонимание (15%) и равнодушие (10%). Отношение женщины со своей матерью характеризуются: любовью (45%), теплом, лаской, заботой (45%), уважением (35%). Среди негативных характеристик следует отметить непонимание (15%), равнодушие (10%), желание избавиться от опеки (5%), однако женщин описывающих таким образом свое отношение к матери значительно меньше. Распределение ответов на следующий вопрос позволяет предположить, что женщины, планирующие прерывание беременности склонны идеализировать внутрисемейные отношения, либо давали социально желательный ответ на вопрос, касающийся взаимоотношений в родительской семье. Дело в том, что большинство (50%) будущих бабушек не знает о беременности своих дочерей, а 20% были против рождения ребенка, что, на наш взгляд, может говорить о недостаточно близких, а в некоторых случаях даже напряженных отношениях между матерью и дочерью. Только 25% матерей предоставили своей дочери свободу выбора, заняв нейтральную позицию, а еще 5% продемонстрировали положительное

отношение к новости о рождении ребенка. Однако несмотря ни на что 90% респонденток утверждают, что удовлетворены (полностью или частично) сложившимися отношениями в семье.

Таким образом, следует отметить, что в группе женщин, планирующих прерывание беременности значительно чаще, чем в группе сохраняющих беременность встречаются случаи негативного восприятия беременности, а также случаи, когда мать женщины не знает о беременности, что говорит об отсутствии поддержки (материальной и эмоциональной) со стороны родительской семьи. Тем не менее, женщины обеих групп указывают на высокую степень удовлетворенности семейными взаимоотношениями, отмечают, что они характеризуются любовью, взаимным уважением и заботой друг о друге.

В анкету также был включен вопрос, направленный на изучение ценностных ориентаций женщин обеих групп (см. Таблицу 4).

Таблица 4

Среднегрупповой ранг жизненных ценностей женщин

Показатели	Ранг ценности у женщин, сохраняющих беременность	Ранг ценности у женщин, прерывающих беременность
Рождение и воспитание детей	I	VI
Образование	II	I
Достаток	III	III
Работа	IV	II
Свободное время	V	IV
Отдых	VI	V

Большинство женщин из группы сохраняющих беременность самой актуальной ценностью в настоящее время является рождение и воспитание детей. Далее по убыванию степени значимости: образование, достаток, работа, свободное время и отдых.

Распределение ответов в группе женщин прерывающих беременность значительно отличается. Для большинства женщин приоритеты распределились следующим образом: на первом месте – образование, затем работа, достаток, свободное время и отдых. На последнем шестом месте – рождение и воспитание детей. Таким образом, данная группа женщин в большей степени ориентирована на самореализацию в профессиональной сфере.

Первый вопрос из пятого блока, направленного на изучение репродуктивной активности женщин, звучит следующим образом: «Отец вашего ребенка является вашим первым половым партнером?». Ответы на него, а также на другие вопросы данного блока представлены в таблице 5.

Таблица 5

Распределение женщин по критериям репродуктивной активности, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
Отец ребенка является первым половым партнером		48	30
Отец ребенка не является первым половым партнером		52	70
Использование методов регуляции количества беременностей и сроков их наступления	Женщины, использующие контрацептивы	64	50
	Женщины, не пользующиеся контрацептивами	36	50
Женщины не делали ранее искусственные аборты		16	15
Женщины делали ранее искусственные аборты		75	84
Беременность является для женщины	Запланированной	0	0
	Незапланированной	100	100
Женщина оценивает беременность как желанную (после консультирования)	Желательную	100	0
	Нежелательную	0	100

Для 48% испытуемых группы сохраняющих беременность вышеобозначенное утверждение оказалось верным, что, на наш взгляд, может говорить о более высокой степени привязанности к партнеру, а 52% респонденток ответили на вопрос отрицательно. Большинство женщин, сохраняющих беременность (64%) используют контрацептивы в целях

регуляции количества детей и сроков наступления беременностей. До наступления настоящей беременности не пользовались контрацептивами 36% женщин. Для 16% женщин вынашиваемая беременность является первой, а для 84% второй. Таким образом, из всех опрошенных нами из группы женщин сохраняющих беременность 75% прибегали к аборту до наступления настоящей беременности. Беременность является запланированной для 0% женщин и незапланированной для 100%. Тем не менее, все женщины (100%) оценивают ее как желательную.

В группе прерывающих беременность для 70% женщин отец ребенка не является первым половым партнером. Кроме того, половина женщин (50%) данной группы использовали контрацептивы. То, что даже в этом случае наступила нежелательная беременность, может говорить о низкой культуре контрацепции. Большинство женщин, прерывающих беременность, прибегали до этого к аборту (84%), свою же настоящую беременность все респондентки оценивают как незапланированную и нежеланную.

Делая вывод по данному блоку, следует отметить, что у большинства женщин, планирующих прерывание беременности, отец ребенка не является первым половым партнером. Лишь каждая вторая женщина данной группы использует методы регуляции количества беременностей, заблаговременно зная, что возможно наступление нежелательной беременности. Следующие вопросы (6 блок) посвящены изучению межличностных отношений в семье беременной женщины (см. Таблицу 6).

Испытуемым задавался вопрос о том, кто первый узнал о наступившей беременности. В 80% случаев в группе женщин, сохраняющих беременность, это был отец ребенка, что, на наш взгляд, может говорить о высокой степени доверия и эмоциональной близости между супругами. Небольшое количество женщин (12%) новость о беременности сообщили матери и еще 8% - подруге. Большинство будущих отцов (80%) положительно отреагировали на новость о беременности, что может косвенно подтверждать предположение о эмоционально близких отношениях в паре.

Ситуация в группе женщин планирующих прерывание беременности значительно отличается. Так, только 45% женщин сообщили новость о

беременности отцу ребенка. Столько же респонденток рассказали о сложившейся ситуации подруге, заранее предугадав негативную реакцию отца ребенка и продемонстрировав низкий уровень доверия своей матери. Таким образом, 30% мужчин так и не узнали о беременности своей подруги, которая самостоятельно приняла решение о ее прерывании. Половина (50%) женщин сообщили, что их спутники негативно отреагировали на новость о беременности, либо предложили сделать аборт. Лишь 15% мужчин на сообщение о будущем ребенке отреагировали положительно.

Таблица 6

Распределение женщин по показателям межличностных отношений в паре, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
Кто первый узнал о беременности от женщины	Отец ребенка	80	45
	Мать	16	10
	Подруга	4	45
Отношение отца ребенка к беременности	Был рад беременности	80	15
	Был неприятно удивлен, но от ребенка не отказался	16	5
	Не был рад беременности	4	20
	Предложил сделать аборт	0	30
	Не знает о беременности	0	30

Подводя предварительный итог, можно сказать, что большинство женщин из группы сохраняющих беременность получили поддержку со стороны отца ребенка, в то время как женщины из группы прерывающих беременность с проблемой принятия решения о дальнейшей судьбе ребенка

остались один на один: у большинства женщин данной группы о беременности не знает ни отец ребенка, ни ее мать.

Изучению мотивов сохранения/прерывания беременности посвящены следующий *седьмой блок*, состоящий из четырех вопросов. Так как при ответе на них разрешалось выбрать не более трех вариантов ответа, суммарный процент не будет соответствовать 100% (см. Таблицу 7).

Таблица 7

Распределение женщин по преобладающим мотивам сохранения/прерывания беременности, (в %)

Показатели		Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)
1	2	3	4
Преимущества, которые дает женщине материнство	Повторить в ребенке любимого мужчину и себя	48	20
	Положительные эмоции, чувство полноценности	72	60
	Возможность привлечь мужчину, вынудить партнера жениться	0	0
	Возможность укрепить отношения в семье, привязать к себе партнера	20	20
	Гарантии на благополучную старость	4	25
	Способствует получению разного рода льгот	0	0
	Воспитание наследника	16	30
	Дети позволяют жить по-семейному	44	25
	Нет ощущения одиночества, есть о ком заботится	32	75
	Отвечает ожидания родственников	8	0

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4
Преимущества, которыми обладают женщины, не имеющие детей	Большое количество свободного времени для личной жизни	40	65
	Отсутствие материальных затруднений	20	0
	Возможность реализовать себя в профессиональной деятельности	16	80
	Отсутствие ответственности за другую жизнь	60	20
	Меньшая загруженность бытовыми проблемами	28	10
	Отсутствие психологических перегрузок, связанных с воспитанием ребенка	16	5
	Полная свобода выбора и независимость	8	55
	Мужчины боятся женщин с «обузой»	0	5

Исследование репродуктивных мотивов началось с вопроса о том, какие преимущества дает женщине материнство. В этом случае ответы в группе сохраняющих беременность распределились следующим образом: 72% женщин отметили, что материнство дает чувство полноценности и положительные эмоции. Эти женщины надеются, что ребенок наполнит их жизнь новым смыслом. Следующим по значимости для женщин, сохраняющих беременность, является возможность повторить в ребенке любимого мужчину и себя (48%), а также то, что дети позволяют жить по-семейному (44%). Значимость этих мотивов для данной группы объяснимо – большинство респонденток, по их словам, находятся в браке с любимым мужчиной. Треть испытуемых (32%) отметили, что дети для них – это возможность избавиться от ощущения одиночества. Данный мотив носит невротический характер. На то, что ребенок позволяет укрепить отношения в семье, привязать к себе партнера указывают 20% беременных. Выбор данного мотива частью респонденток возможно связан с переживанием семьей нормативного кризиса, либо сложностями адаптации супругов друг к другу. Небольшая часть (16%) испытуемых в качестве

основного преимущества называют возможность воспитания наследника, о гарантиях на благополучную старость упоминают 4% женщин.

Недостатки в исполнении материнской роли мы пытались выяснить через вопрос о том, какими преимуществами обладают женщины, не имеющие детей. В качестве основных преимуществ женщинами контрольной группы были названы: отсутствие ответственности за другую жизнь – 60%. Следующим по популярности стал ответ - «большее количество свободного времени для личной жизни» - 40%. Важность этого мотива связана с тем, что большинство беременных женщин привлекает возможность самореализации в различных сферах. Кроме того, респонденток пугают материальные затруднения и бытовые проблемы, связанные с воспитанием ребенка (20% и 28% соответственно). Вопросы данного блока были заданы также женщинам, планирующим прерывание беременности. При ответе на вопрос о преимуществах, которые дает женщинам материнство, на первом месте оказался мотив невротического характера. По мнению большинства женщин данной группы (75%) материнство позволяет избавиться от ощущения одиночества. Положительных эмоций ждут от материнства 60% женщин. Для 30% респонденток группы прерывающих беременность преимуществами материнства является возможность воспитания наследника. О том, что дети позволяют жить по-семейному и о гарантиях на благополучную старость говорят 25% испытуемых. На то, что ребенок позволяет повторить в ребенке любимого мужчину и себя, указывают лишь 20% женщин, планирующих прерывание беременности, что вполне объяснимо – большинство из них не замужем. Столько же респонденток указывают на возможность с помощью ребенка укрепить отношения в семье, привязать к себе партнера.

Среди недостатков материнства респондентки из группы прерывающих беременность особо выделяют невозможность реализовать себя в профессиональной деятельности (80%). Это очень важно для женщин данной группы, потому что по результатам, полученным на вопрос о ценностных ориентациях, для большинства респонденток актуальными ценностями являются обучение и работа. Среди преимуществ, которыми обладают женщины, не имеющие детей, испытуемые выделяют также большое количество свободного времени для личной жизни (65%). Для женщин данной группы очень

значимы такие факторы как полная свобода выбора и независимость. 55% респонденток рассматривает ограничение своей свободы в качестве наиболее значимых недостатков материнства. Наименее популярны, оказались утверждения «отсутствие ответственности за другую жизнь» - 20% и «меньшая загруженность бытовыми проблемами» - 10%.

Таким образом, следует отметить, что женщины сохранившие беременность, прежде всего, ждут от материнства положительных эмоций, их привлекает возможность повторить в ребенке любимого мужчину и себя, они менее ориентированны на карьеру, в то время как у женщин из группы планирующих прерывание беременности, преобладает мотив невротического характера, как-то возможность избавиться от одиночества. Возможно, выбор данного мотива связан с тем, что женщины данной группы недополучили любви и ласки в своей родительской семье и теперь стремятся компенсировать ее недостаток с помощью ребенка. Кроме того, в настоящее время многие респондентки находятся в ситуации разрыва отношений с отцом ребенка, в связи с чем они оказались перед выбором сохранения/прерывания беременности один на один. Такая кризисная ситуация еще больше усиливает ощущение субъективного одиночества.

Завершает данный блок вопрос о причине сохранения/прерывания беременности. Результаты, полученные в результате обработке первичных данных, представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Распределение женщин по преобладающим причинам
сохранения/прерывания беременности, (в %)**

Мотивы сохранения беременности	Женщины, сохраняющие беременность, (%)	Женщины, прерывающие беременность, (%)	Мотивы прерывания беременности
обоюдное желание супругов иметь ребенка	68	65	Несвоевременность рождения ребенка
Материальная обеспеченность позволяет родить ребенка	4	50	Недостаточная материальная обеспеченность
Жилищная обеспеченность позволяет родить ребенка	12	20	Недостаточная жилищная обеспеченность
В семье уже есть маленький ребенок, пусть будет братик (сестренка)	9	16	В семье уже есть маленький ребенок
Боязнь прерывания беременности в связи с моим состоянием здоровья	4	15	Прием лекарственных препаратов или алкоголя в первые недели беременности
Желание укрепить отношения в семье, привязать к себе партнера	4	35	Разрыв отношений с отцом ребенка
Желание другого супруга иметь ребенка	8	10	Неудовлетворительные отношения с отцом ребенка
Рождение детей приносит материальную поддержку родственников	0	5	Боязнь реакции родителей на сообщение о настоящей беременности
Рождение детей отвечает ожиданиям родителей и родственников	16	2	Родственники настаивают на прерывание беременности
В семье уже есть ребенок, но нам хотелось бы ребенка другого пола	4	1	Нежелателен пол ребенка
Возможность самореализации себя в роли родителя	52	0	Нежелание иметь детей

Наибольший процент женщин в качестве основных причин сохранения беременности отметили обоюдное желание супругов – 68%. Далее следует мотив самореализации себя в роли родителя – 52%. Выбор этого

психологического мотива позволяет говорить о социальной зрелости беременных женщин. Небольшое количество женщин в качестве основных причин желая родить ребенка отметили такие утверждения как «рождение ребенка отвечает ожиданиям родственников» - 16%, «жилищная обеспеченность позволяет родить ребенка» - 12% и «желание другого супруга иметь ребенка» - 8%.

Наименее популярными оказались следующие ответы: «материальная обеспеченность позволяет родить ребенка», «боязнь прерывания беременности в связи с состоянием здоровья» и «желание укрепить отношения в семье привязать к себе партнера». Эти варианты ответа отметили 4% женщин.

Кроме того, данный вопрос был дополнен открытым вопросом следующей формулировки: «Укажите основную причину вашего желания родить ребенка». При этом были получены следующие варианты ответов:

- создание полноценной семьи;
- обоюдное желание супругов;
- боязнь последствий аборта;
- желание стать матерью, «мое желание», «инстинкт материнства в любой девочки заложен с детства»;
- первая беременность и ребенок от любимого человека.

Таким образом, большинство женщин в качестве основных причин сохранения беременности называют обоюдное желание супругов, возможность самореализации себя в роли родителя и другие причины психологического характера, подчеркивающие зрелость их решения и подтверждающие положительное отношение к беременности и будущему ребенку.

Для женщин из группы прерывающих беременность вопрос о причинах сохранения беременности был заменен вопросом об основаниях для прерывания беременности. На просьбу обозначить причины прерывания беременности большинство респонденток (65%) сослались на несвоевременность рождения ребенка. Вторым по значимости мотивом прерывания беременности респондентки назвали недостаточную материальную обеспеченность (50%). Кроме того, из предыдущих вопросов известно, что большинство женщин находятся на иждивении родителей. В этой ситуации рождение ребенка

привнесет еще ряд проблем. Среди других наиболее часто упоминаемых причин аборта были названы разрыв либо неудовлетворительные отношения с отцом ребенка – 45%. Каждая четвертая женщина (25%), участвовавшая в исследовании боится реакции родителей на сообщение о беременности, либо не хочет доставлять им лишние проблемы. Далее по степени убывания популярности ответов следуют такие как: «недостаточная жилищная обеспеченность» - 20%, «прием лекарственных препаратов или алкоголя в первые недели беременности» - 15%, у 10% женщин в семье уже есть маленький ребенок.

Открытый вопрос, который также был направлен на выявление причин прерывания беременности, позволили получить следующие ответы:

- «уже есть маленький ребенок, а для рождения второго не условий»;
- «отец ребенка – женат»;
- «пока не хочу»;
- «нет жилья, материальная неготовность стать матерью»;
- «рано заводить семью»;
- «еще не готова стать матерью»;
- «курю, нет образования»;
- «расторжение отношений с отцом ребенка».

Таким образом, можно отметить, что лишь часть ответов женщин, планирующих прерывание беременности, содержат причины социального характера, такие как отсутствие образования, разрыв отношений с отцом ребенка или материальные затруднения. Остальные причины исключительно субъективного характера, как, например, «еще не готова стать матерью».

Делая предварительные выводы по результатам анкетирования, следует отметить, что большинство женщин, сохраняющих беременность это женщины, состоящие в гражданском или официальном браке с отцом ребенка. Большинство из них проживают в собственной квартире (доме), либо совместно с родителями, об их материальном обеспечении заботится муж. Кроме того, беременные женщины окружены эмоциональной поддержкой и заботой со стороны отца ребенка и родительской семьи. В этой связи для многих женщин материнство связано, прежде всего, с положительными эмоциями и

возможностью повторить в ребенке любимого мужчину и себя, а ведущими мотивами сохранения беременности называются обоюдное желание супругов иметь ребенка, а также возможность самореализации себя в роли родителя.

Обобщенный портрет женщин, планирующих прерывание беременности, выглядит следующим образом: большинство имеет средне-специальное образование, являются служащими, либо не работают. Состоят в браке и имеют детей. Настоящая беременность является незапланированной и нежелательной. Для многих женщин актуальна ситуация психологической зависимости от манипулирования значимым лицом. В ряде случаев можно наблюдать негативное отношение отца ребенка к настоящей беременности, для других характерен недостаток взаимопонимания со своей матерью, вследствие чего они не могут сказать ей о своей беременности, таким образом, почти у всех женщин наблюдается недостаток поддержки со стороны. Возможно поэтому, при выявлении преимуществ материнства респондентки указывают на то, что ребенок поможет избавиться от ощущения одиночества. Среди мотивов прерывания беременности ведущими оказались три: несвоевременность рождения ребенка, недостаточная материальная обеспеченность и разрыв (неудовлетворительные отношения) с отцом ребенка.

Для выявления степени удовлетворенности различных потребностей нами была использована методика самооценки качества жизни (см. Таблицу 9).

Таблица 9

Средние показатели по методике самооценки качества жизни (в %)

Показатели	Степень удовлетворенности показателем у женщин, сохраняющих беременность, (%)	Степень удовлетворенности показателем у женщин, прерывающих беременность, (%)
Сексуальная жизнь	79,8	38,5
Душевный покой	67,6	47,0
Семья	77,8	69,5
Дети	76,0	24,3
Здоровье	75,6	81,6

Материальный достаток	70,0	72,6
Жилищные условия	61,2	72,3
Питание	85,0	81,3
Условия в районе проживания	46,0	71,3
Духовные потребности	67,8	61,5
Общение с друзьями	71,2	70,8
Развлечение, отдых	61,4	65,7
Положение в обществе	72,2	77,8
Работа	58,2	83,9

Для женщин группы сохраняющих беременность характерна степень удовлетворенности потребностей соответствующая норме (от 61% до 100%). Особенно высокие среднегрупповые показатели по следующим параметрам: питание (85,0%), сексуальная жизнь (79,8%), семья (77,8%), дети (76,0%). Две первые потребности являются базовыми, две других носят социальный характер. Показательно, что в группе женщин, сохраняющих беременность степень удовлетворенности потребности в детях и семье намного выше чем, в группе женщин, планирующих ее прерывание. Низкая степень удовлетворения наблюдается лишь по одному показателю – условия в районе проживания, однако данный показатель не значим для проводимого исследования.

В группе планирующих прерывание беременности наблюдается значительное снижение качества жизни по трем показателям: сексуальная жизнь (38,5%), душевный покой (47,0%) и дети (24,3%). Из литературных данных известно, что репродуктивная сфера складывается из материнского и полового поведения. Таким образом, значительное снижение потребности в детях, а также сексуальных потребностей у женщин, планирующих прерывание беременности, на наш взгляд, может говорить о несформированности репродуктивной сферы поведения. Отсутствие душевного покоя у женщин данной группы также вполне объяснимо: они находятся в ситуации выбора между сохранением/прерыванием беременности при отсутствии поддержки со стороны отца ребенка или

родительской семьи. Степень удовлетворенности других потребностей у женщин этой группы соответствует норме.

Для выявления дополнительных параметров, влияющих на принятие решения о сохранении/прерывании беременности, для группы женщин сохраняющих беременность нами был использован тест - опросник удовлетворенности браком (см. Таблицу 10).

Таблица 10

Результаты, полученные с помощью опросника удовлетворенности браком (в%)

	Полная неудов-ть	Частичная удов-ть, частичная неудов-ть	Скорее удовлет-ть, чем неудов-ть	Значительная удовлет-ть	Полная удовл-ть
Женщины, сохраняющие беременность (%)	4,8	4,8	14,3	57,1	19

По результатам данного теста, выяснилось, что у 19,0% замужних женщин отмечается полная удовлетворенность браком, у 57,1% значительная удовлетворенность. 14,3% респонденток говорят о том, что скорее удовлетворены своим браком, чем неудовлетворены им. Лишь 4,3% обследуемых женщин частично удовлетворены своим браком и столько же (4,3%) неудовлетворены семейными взаимоотношениями. Столь низкий разброс данных (фактически низкая степень удовлетворенности отмечается лишь у 4,3% респонденток) может говорить о том, что женщины либо идеализируют свои внутрисемейные отношения, либо стараются дать социально желательный ответ. Проводя сравнительную оценку социокультурного статуса и репродуктивной активности женщин, планирующих прерывание беременности, можно составить общую характеристику прерывающих беременность:

- не очень высокий уровень образования;

- имеют одного ребенка или более;
- в половине случаев проживают отдельно от родителей;
- наличие абортов;
- отсутствие культуры и системы полового воспитания;
- достаточно высокая сексуальная и репродуктивная активность;
- низкий материальный уровень.

Далее для выявления уровня тревожности женщинам предлагалось ответить на опросник Ч.Д. Спилбергера - Ю.А. Ханина «Самооценка уровня тревожности».

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

времени⁹.

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.

Результаты, полученные по данной методике, представлены в таблице 11.

Таблица 11

Распределение женщин в соответствии с уровнем тревожности
(Опросник Ч.Д. Спилбергера - Ю.А. Ханина) (в %)

	До 30 низкая тревожность		31 – 45 умеренная тревожность		46 и более высокая тревожность	
	сохраняющие	прерывающие	сохраняющие	прерывающие	сохраняющие	прерывающие
Реактивная тревожность (РТ)	68	20	32	80	0	0
Личностная тревожность (ЛТ)	8	0	64	30	28	70

В группе женщин, сохраняющих беременность, у большинства респонденток низкий или умеренный уровень реактивной тревожности (68% и 32% соответственно). В группе женщин прерывающих беременность реактивная

⁹ Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - №2.

тревожность несколько выше, чем в контрольной, однако, женщины с высоким уровнем тревожности по-прежнему отсутствуют. Респонденток с низким уровнем тревожности – 20%, с умеренным – 80%. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в данный момент, «здесь и сейчас». В целом реактивная тревожность является субъективным проявлением неблагоприятной ситуации. Состояние реактивной тревоги возникает, когда беременная воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущую в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда. Более высокий уровень реактивной тревоги у респонденток группы планирующих прерывание беременности, возможно, связан с тем, что женщины еще находятся в напряжении, их волнует предстоящая медицинская манипуляция, они обеспокоены тем, как отреагируют родственники на сложившуюся ситуацию.

Показатели личностной тревоги несколько выше уровня реактивной тревожности как в группе прерывающих, так и в группе сохраняющих беременность. Низкий уровень личностной тревожности наблюдается всего у 8% испытуемых контрольной группы, умеренной у 64% и высокой у 28%. В группе женщин, планирующих прерывание беременности этот показатель еще выше: 30% респонденток испытывают чувство умеренной личностной тревожности, у остальных 70% женщин уровень тревоги высокий. Личностная тревога тесно связана с эмоциональными неврастеническими срывами и психосоматическими заболеваниями, с наличием неврастенического конфликта. Понятно, почему в группе женщин, планирующих прерывание беременности, уровень личностной тревоги такой высокий – в них борются две тенденции: с одной стороны у этих женщин срабатывает инстинкт материнства, а с другой стороны они сталкиваются с отсутствием поддержки со стороны отца ребенка и родительской семьи. Ситуация усугубляется материальной зависимостью на что большинство респонденток данной группы и указывают в анкетах. Кроме того, большинство женщин из группы прерывающих беременность с высоким уровнем личностной тревоги отличает то, что они воспитывались только матерью, либо матерью и отчимом. Поэтому респонденток может страшить перспектива воспитания ребенка одной. Таким образом, беременные женщины

из группы планирующих прерывание беременности с высоким уровнем тревожности более подвержены влиянию стресса и склонны переживать состояние тревоги большей интенсивности и значительно чаще, чем беременные женщины из группы сохраняющих беременность с умеренной тревожностью.

Как видно из представленных таблиц (см. приложение 4), по «шкале лжи» ни в группе прерывающих беременность, ни в группе сохраняющих 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).

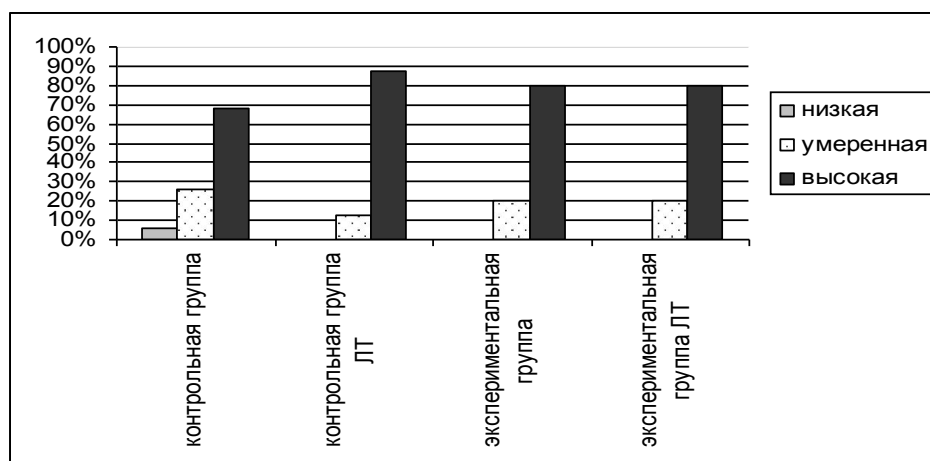


Рисунок 3.1 – Результаты обследования по опроснику Спилбергера

Как видно из рисунка 3.1, в контрольной (сохраняющей беременность) и в экспериментальной (планирующей прерывание беременности) 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.

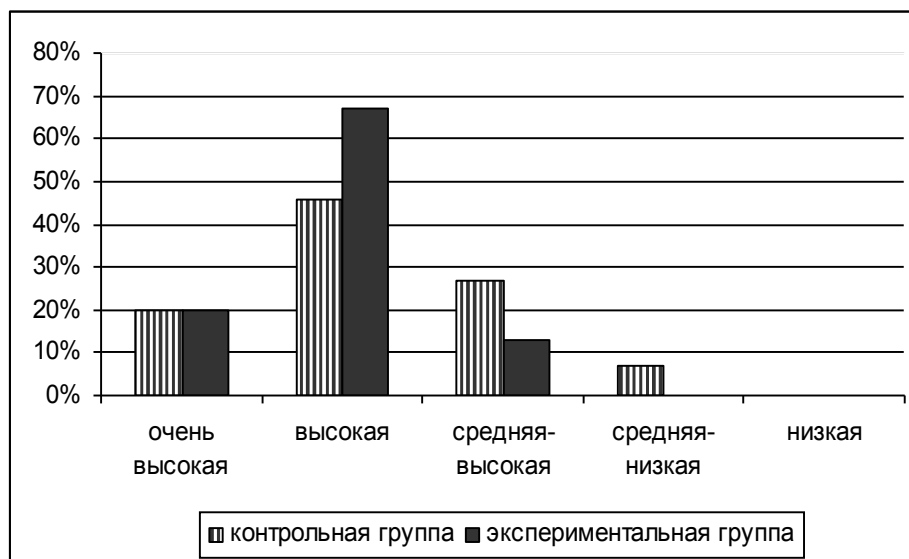


Рисунок 3.2 – Результаты диагностики по методике Дж. Тейлора

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.

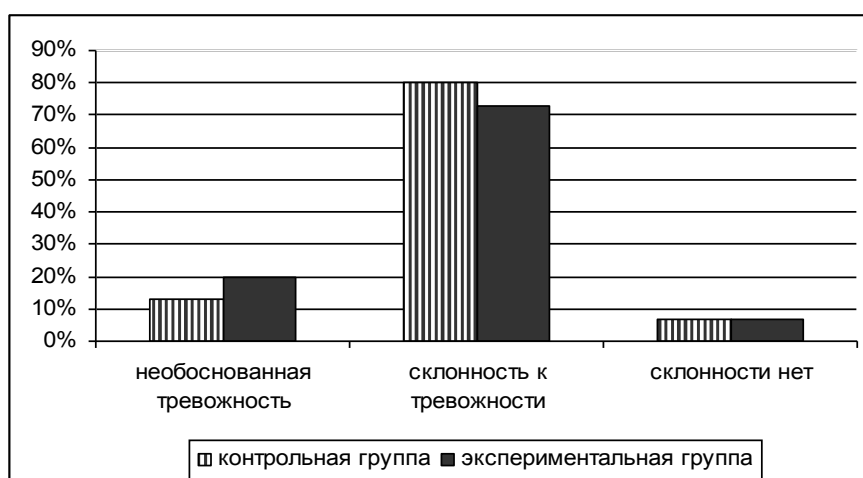


Рисунок 3.3 – Результаты выявления необоснованной тревожности

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 группе сохраняющих беременность и группе прерывающих беременность до проведения психологического консультирования почти одинаковы, поэтому есть возможность сравнить данные группы после консультирования.

Для того, чтобы математически доказать, что мы имеем право сравнивать 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 группы¹⁰.

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

Мы получили, что по всем выборкам $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}}$ ($p \leq 0,01$), т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются и мы можем сравнивать контрольную и экспериментальную группы в нашем исследовании.

Как видно из представленных таблиц в группе сохраняющих беременность показатель тревожности по всем методикам повысился, в группе планирующих прерывание беременности – понизился. Наиболее явно это можно увидеть графически. На рисунке 3.4 представлены результаты контрольной группы на первом и итоговом тестировании.

¹⁰ Сидоренко Е.С. Методы математической обработки в психологии - СПб, 2001.

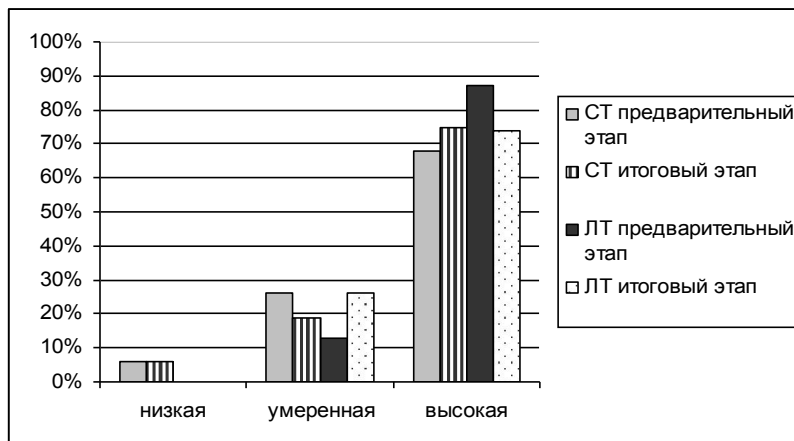


Рисунок 3.4 – Результаты контрольной (сохраняющих) группы по методике Спилбергера

Как видно из рисунка 3.4, в контрольной группе (сохраняющих) 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 (сохраняющих) групп на предварительном и итоговом тестировании по методикам Тейлора и необоснованной тревожности.

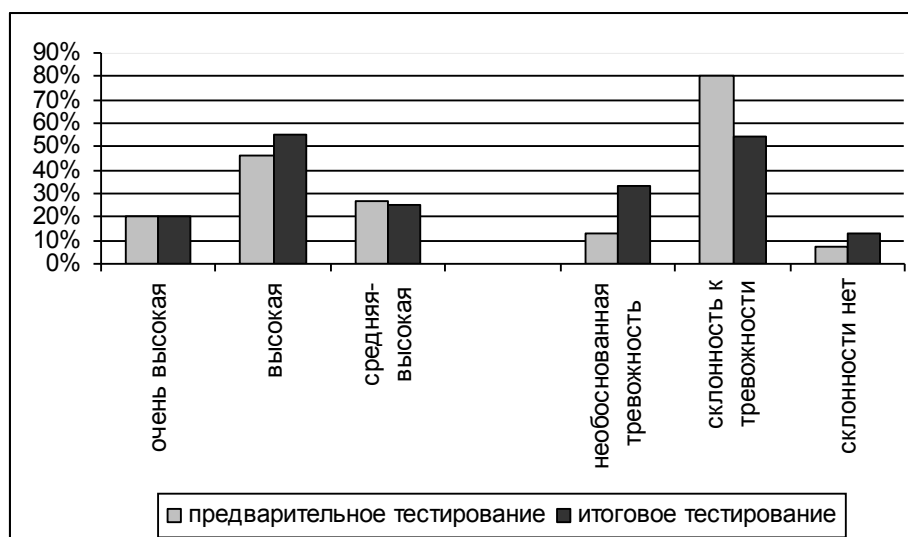


Рисунок 3.5 – Результаты тестирования контрольной (сохраняющих) группы по методике Тейлора и склонности к тревожности

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 (прерывающих) группе (методика Спилберга).

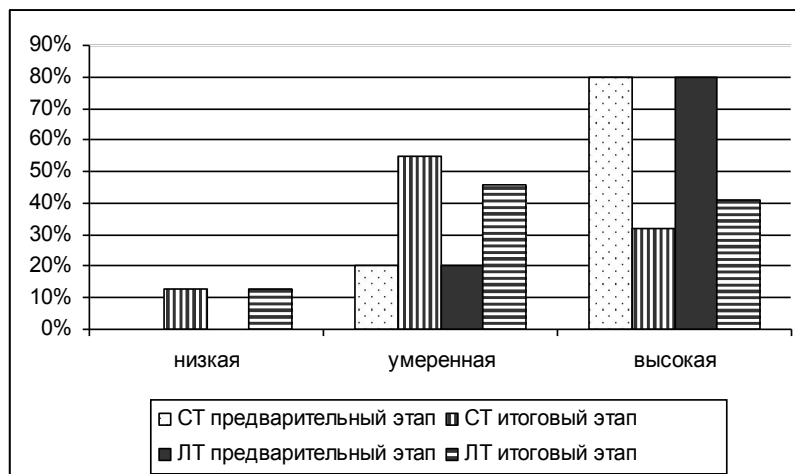


Рисунок 3.6 – Результаты тестирования экспериментальной (прерывающих) группы по методике Спилберга

Как видно из рисунка 3.6, на итоговом тестировании, после проведения консультирования, значительно снизился показатель ситуативной и личной тревожности у женщин экспериментальной (прерывающих) 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.

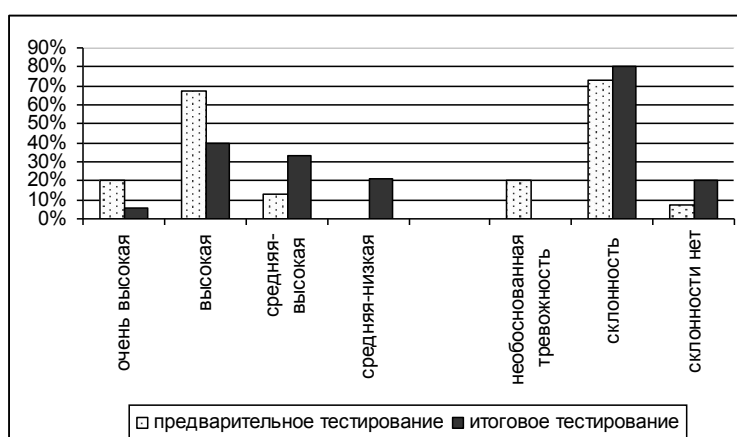


Рисунок 3.7 – Результаты тестирования экспериментальной группы

На рисунке 3.7 видно, что у женщин экспериментальной (прерывающих) 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 консультирования. Необоснованная тревожность, которая наблюдалась у трех женщин на предварительном этапе, после консультирования снизилась.

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

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

Итак, можно говорить о том, что психологическое консультирование способствует изменению эмоционального состояния женщин, планирующих прерывание беременности.

Таким образом, беременные женщины, прошедшие психологическое доабортное консультирование и принявшие решение о сохранении беременности имеют более высокий уровень тревожности, чем беременные женщины, которые после проведенного психологического консультирования оставили в силе свое решение прервать беременность. Вероятно, это связано с тем, что в процессе консультирования женщины осознанно взаимодействуют со своей проблемной ситуацией (первоначальное желание сделать аборт), что снижает выраженность защитных механизмов, и тревога длительно остается на том же уровне. У женщин, принявших решение сохранять беременность, по сравнению с принявшими окончательное решение об аборте, более выражено

ответственное отношение к беременности, выше уверенность в своей способности выносить и родить ребенка и, соответственно, выше уровень тревожности. Личностная тревожность женщин, оставивших в силе первоначальное решение о прерывании беременности, снижается в период между первым обращением в консультацию и окончательным принятием решения об аборте (после консультирования). Вероятно, это связано с отсутствием ответственного отношения к беременности и к собственному здоровью в целом.

Заключение.

Искусственное прерывание беременности — постоянный спутник человечества — относится к области государственных интересов, имеет этическую сторону и четкую психосоциальную обусловленность. Данная работа посвящена рассмотрению изменения ситуативной тревожности, эмоционального состояния беременных женщин, планирующих аборт, под воздействием психологического доабортного консультирования. Вопрос о причинах тревожности в современной психологической науке остается до сих пор открытым. В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой, тревожность имеет природную основу (как свойство нервной системы), складывается пожизненно, в результате действия социальных и личностных факторов.

Выделяются разные виды тревожности: устойчивая тревожность в какой-либо сфере ее принято обозначать как специфическую, частную, парциальную и общая, генерализованная тревожность, свободно меняющая объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. Основной вопрос здесь как соотносятся общая тревожность и ее частные виды.

Чувство тревоги является сигналом неожиданных изменений происходящих в окружающем мире или в собственном организме и помогает вовремя среагировать на опасность. Однако если тревога выражена чрезмерно, то напротив мешает нормальной жизнедеятельности.

Во время беременности весь организм женщины претерпевает значительные изменения, что само по себе, способствует развитию тревоги. Физиологическая перестройка в центральной нервной системе приводят к тому, что переутомление, ослабленное физическое состояние вполне может привести к беспокойству. То есть, будущая мама изначально, по физиологическим показателям, предрасположена к тревожности.

Кроме того, в период ожидания ребенка, у женщины преобладают интересы связанные с рождением и здоровьем будущего ребенка, все

другое отходит на второй план. При этом женщина может не чувствовать себя готовой заботиться о малыше. Ответственность за ребенка порождает повышенные требования к себе. Завышенные требования к себе, стремление достичь идеала и стать образцовой мамой также ведет к тревоге.

Развитию тревоги способствует оторванность будущей мамы от активной жизни особенно когда она не работает и сидит дома, - отсутствие новых впечатлений и положительных эмоций, а также негативный чужой опыт, то появление тревоги в этот период вполне предсказуемо (по наблюдениям врачей одна треть всех женщин испытывает нечто подобное в период беременности).

Тревога – это неопределенный страх, проецируемый в будущее. Вроде все хорошо, но человек находится в постоянном ожидании, что вот-вот случится что-то нехорошее с ним или с его близкими. Это тягостное переживание надвигающейся беды, когда не знаешь где и когда случится несчастье, но уверен, что оно произойдет.

Факторы, пугающие будущих мам:

- Незапланированная спонтанная беременность: увидев положительные результаты теста, женщина начинает судорожно вспоминать, какие алкогольные напитки она пила, сколько сигарет выкуривала и какие лекарства принимала. Если результаты подсчетов неутешительные начинается паника.
- Возможные осложнения во время беременности, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка. Спектр волнений здесь весьма объемный: от считающийся вредной для здоровья работы за компьютером до не сделанных некогда прививок и опасения заболеть гриппом или краснухой.
- Боязнь родов: ожидание боли, ощущение беспомощности, отсутствие власти над собственным телом.
- Генетические страхи: рождения неполноценного ребенка вследствие необратимых природных причин.

- Эстетические страхи: боязнь тех изменений, которые происходят с лицом и фигурой
- Один из самых распространенных страхов страх о здоровье будущего ребенка.
- Страх стать плохой матерью: сомнение в собственной способности правильно ухаживать за ребенком.
- Боязнь ответственности за судьбу ребенка: никто в такой мере не отвечает за жизнь и здоровье другого человека, как мать за дитя.
- Страх будущего: различных перемен в семье, связанных с появлением ребенка от материальных и жилищных сложностей до изменения отношений с мужем и крушения профессиональной карьеры.

Беременность может завершиться родами, самопроизвольным выкидышем или искусственным прерыванием беременности — абортom. Существует ряд причин, по которым женщина принимает решение о прерывании беременности. Их можно разделить на когнитивные причины, социальные и эмоциональные. В исследовании показано, что при рассмотрении проблемы абортов важно учитывать психологическую составляющую, сложную мотивационную структуру решения об аборте, в составе которой имеются как осознаваемые мотивы, так и неосознаваемые, наличие стрессовых факторов, индивидуальных ценностей. Существующая система профилактики абортов недостаточно эффективна в связи с тем, что мало внимания уделяется личностному подходу к женщине, пониманию ее эмоций, переживаний. Воздействие посредством давления на чувства вины и жалости представляется неконструктивным.

Выводы:

Психологическое доабортное консультирование положительно влияет на настроение женщин независимо от принятого решения о сохранении или прерывании беременности. У беременных женщин, прошедших психологическое консультирование, снижается уровень ситуативной тревожности и улучшается самочувствие;

Среди женщин, прошедших психологическое консультирование, процент изменивших решение о прерывании беременности в пользу сохранения беременности выше, чем среди женщин, не прошедших консультирование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В., Каплун И.Б. Особенности психосоматического статуса у беременных при гестозе // Тезисы всероссийского пленума Ассоциации акушеров и гинекологов. — М., 2000. -С. 16-17.
2. Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Талев А.Д., Психоэмоциональные и психосоматические расстройства как факторы риска возникновения позднего гестоза // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. - Иваново, 2001. - 79 - 82.
3. Агарков А.П., Мамышева Н.Л., Миневич В.В., Неронова Л.И. Психологическая служба для беременных (методические рекомендации), -Томск, 1995.-25 с.
4. Агеев Ф.Р., Мамедова Н.О. Социально-гигиенические последствия аборта // Советское здравоохранение, 1991. - № 3. - 21 — 23.
5. Алешина Ю.Е., Волович А.С. Проблема усвоения ролей мужчины и женщины // Вопросы психологии, 1991. - № 4. - 74 - 82.
6. Ананьев Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность // Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1980.Т. 1 - 2 . - С . 124-178.
7. Аничкова З.Я. Здоровое материнство. - М., 1982. - 183 с.
8. Антонов А.И. Демографическое будущее России: депопуляция навсегда? // Социс, 1999. - № 3. - 80 — 87.
9. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. — М.: МГУ, 1996.-347 с.
10. Арахангельский А.Е. Психические нарушения в период беременности и родов // Фельдшер, и акушер., 1977. - № 1. - 14 - 18.
11. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. — М.: Смысл, 2001. — 416 с.
12. Ассаджиоли Р. Духовное развитие и нервное расстройство. — Новосибирск, 1992. — 17 с.

13. Афиногенова Н.Т. К вопросу о преневротических проявлениях у беременных. — Сб. научн. тр. / Ленинградский НИИ психоневрологии, 1986. - 114- 117.
14. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс, 1993. - № 4. - 23 -37 .
15. Баз Л.Л., Баженова О.В. Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами // Психологический журнал. 1994. Т. 15. - № 1. - 37 — 49.
16. Баранов А.В. О некоторых факторах популяционного кризиса // Социс, 2000. - № 7. - 116 - 120.
17. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор // Психол. журнал, 2000. - № 6. - 51 - 57.
18. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. Т. 2. Вып. 4. М., 1996. - 69 - 70.
19. Безнощенко Г.Б., Кривчик Г.В., Гаврилова Е.С. Актуальные проблемы репродуктивного поведения подростков и молодых женщин // Психосфера, 2000. - № 2 (12). - 12-25.
20. Безрукова О.Н. Влияние социально-психологических факторов на социальное здоровье беременной женщины / Автореф. канд. дисс. социол.н. - СПб, 1998. - 23 с.
21. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - М.: Медицина, 1976. - 186 с.
22. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. — М.: « Фолиум», 1994. - 86 с.
23. Берестнева О.Г., Уразаев А.М., Муратова Е.А., Кубарев Е.Н., Воробьева П.Г. Математические методы в психологии. -Томск: Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2001. — 304 с.
24. Берн Ш. Тендерная психология. — СПб: прайм - ЕВРОЗНАК, 2001.-320 с.
25. Бертин А. Воспитание в утробе матери или рассказ об упущенных возможностях. - СПб, 1992. - 177 с.

26. Бестужев - Лада И.В. Будущее семьи и семья будущего в проблематике социального прогнозирования//Детность семьи: вчера, сегодня, завтра. - М. , 1986. - 193 с.
27. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. - СПб.: «Речь», 2002. - 440 с.
28. Бодяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. -М. , 1987.-93 с.
29. Бойко В.В. Если ты мать и жена. — М.: «Советская Россия», 1991.-199 с.
30. Борисов В. А. Перспективы рождаемости. — М., 1976. - 168 с.
31. Боровикова Н.В. Акмеологический потенциал беременной женщины. Канд. дисс. психол. н. — М., 1998. — 167 с.
32. Брагина Л.Б. Состояние фетоплацентарной системы у беременных женщин в зависимости от психоэмоционального состояния // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. — Иваново, 2001. - 90 -93 .
33. Брагина Л.Б., Лапочкина Н.П., Дубисская Л.А., Брехман Г.И., Парейшвили В.В. Эмоционально-психологическая характеристика беременных женщин с пиелонефритом // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. — Иваново, 2001. - 12-14 .
34. Брехман Г.И. Перинатальная психология // Вестник российской ассоциации акушеров - гинекологов, 1998. - № 4. - 49 - 53.
35. Брехман Г.И., Угрюмова Л. Психологические проблемы беременных женщин // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. - Иваново, 2001. - 249 - 251.
36. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. — М., 1991. - 307 с.
37. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. Т. 2. Вып. 4. М., 1996. - 150-151.
38. Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С. Особенности семейного воспитания и личностные характеристики женщин, бросивших своих детей // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психологического общества. Т. 2. Вып. 4. - М., 1996. - 151 - 152.
39. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психол. журнал, 2000. - № 2. - 79 - 88.

40. Брутман В.И., Ениколопов Н., Миледина Л.В. Материнская агрессия, отказ от ребенка и репродукция циклов семейного насилия // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психологического общества. Т. 2. Вып. 4. - М., 1996.-С. 153-154.
41. Брутман В.И., Радионова М.С. Отношение беременной к шевелению ребенка / Тезисы к докладу на III всероссийской конференции по психотерапии. - М., 1998. - 34 - 39.
42. Бурлачук Л.Ф., Морозов СМ. Словарь - справочник по психодиагностике. - СПб: «Питер», 2000. - 528 с.
43. Буршинов А.О., Дроздов И.Н., Буршинова СВ. Психоэмоциональные особенности беременных с вегетососудистой дистонией // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. — Иваново, 2001. - 99 - 101.
44. Бухсбаум Г.Дж. Травмы при беременности. - М., 1982. - 176 с.
45. Васильева О.С, Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психол. журнал, 2001. - № 1. - С 82 - 89.
46. Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери. - М.: Класс, 1998.-80 с.
47. Воронин А.В., Полтавцев В.И. Психофизиологическая характеристика беременных с риском развития гестоза // Казанский мед журн., 1987. Т. 68. - 367 - 369.
48. Воронкова Л.Б. Предиспозиции нервно-психических расстройств у детей, связанные с острым стрессовым воздействием на их матерей в течение беременности и родов / Сб. мат-ов конф. по перинатальной психологии. — СПб, 2001. - 122 — 123.
49. Гаврилов Л.К., Воробкалова М.Н., Смоленов И.В. Влияние психоэмоционального статуса и вегетативного баланса беременных женщин на функциональное состояние плода. — Волгоград, 1991. — 110 с.
50. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. - М.: МЕДпресс, 2000. — 160 с.
51. Гаврилюк В.В., Трикоз Н.А. Динамика ценностных ориентации в период социальной трансформации // Социс, 2002. - № 1. -С. 96-105. 582. Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии. - Р/н/Д: Феникс, 1998.-416 с.

52. Тендерная экспертиза законодательства РФ: репродуктивные права в России. М.-МЦГИ. Проект «Тендерная экспертиза», 1998. - 140.
53. Герасимова Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения/ Автореф. дисс. канд. психол. н. - Иркутск, 2003. - 18 с.
54. Голод СИ. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты. — Л., 1984. - 174 с.
55. Горемыкин В.И., Протопопов А.А., Королев К.А., Черняк И.Д. Изменения психоэмоционального статуса у женщин с угрозой прерывания беременности и их коррекция // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. - Иваново, 2001. - 144 - 147.
56. Гридусова Н.А. Эмоции и «болезни века» / Сб. науч. трудов «Психологические механизмы регуляции активности личности». Новосибирск, 2001. Ч. 1. - 128 - 132.
57. Грищенко Г.И. Влияние искусственного прерывания беременности на организм женщины. — М., 1980. — 190 с.
58. Гроф За пределами мозга. - М.: Класс, 1992. - 318 с.
59. Гурко Т.А. Вариативность представлений в сфере родительства // Социс, 2000. - № 11. - 90 - 98.
60. Гурко Т.А. Феномен современного отцовства // Мужчина и женщина: меняющиеся роли и образы. Мат-лы междунар. научн. конф. Т. 1. — М.: Институт этнологии и антропологии, 1999. - 45 — 67.
61. Гурьянова Л.С., Железнова Ю.Б. Рождение в радости. - М., 1998.-179 с.
62. Дарский Л.Е. Детерминанты и факторы репродуктивного поведения // Демографическое поведение семьи, — Ереван, 1975. — 5 -16.
63. Дарский Л.Е. Рождаемость и репродуктивная функция семьи // Демографическое развитие семьи. — М.Д979. — 228 с.

64. Демидов Г.В., Орлов В.И., Черноситов А.В., Боташева Т.Д. Экспресс — оценка психогенной составляющей угрозы прерывания беременности // Актуальные вопросы перинатологии: сб. тр. республ. научн. - прак. конф. - Екатеринбург, 1996. - 58 - 60.
65. Демографический ежегодник России. Статистический сборник. — М.: Госкомстат России. 1999. — 158 с.
66. Добряков И.В., Лазарева И.П. Здоровые роды. Счастливый малыш. - М., 1998. - 268 с.
67. Дольто Ф. На стороне ребенка. - СПб, 1997. - 242 с. ПО. Дымнова Т.И. Зависимость характеристик супружеской семьи от родительской // Вопросы психологии. 1998. - № 2. - 46 - 57.
68. Елизаров В.В. Демографическая ситуация и проблемы семейной политики // Социс, 1998. - № 2. - 55 - 61.
69. Жедунова Л.Г., Калинина О.Н. Особенности развития женской идентичности в период первой беременности / Сб. научн. тр. междунар. конгресса «Проблемы социальной психологии XXI века». Т. 1. - Ярославль, 2001. - 252 - 254,
70. Журавлева К.И., Цадьшова Ц.Д. Причины и последствия абортс // Здравоохранение Российской Федерации, 1971. - № 2. - 22 -25.
71. Завьялова Е.К. Социально-психологическая адаптация женщин в современных условиях. — Автореф. докт. психол. н. — СПб, 1998.-28 с.
72. Завьялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод ее формирования. - Автореф. дисс. канд. психол.н. М., 2000. - 23 с.
73. Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов / сб. материалов конф. «Перинатальная психология и родовспоможение». - СПб, 1997. - 54.
74. Змановский Ю.Ф. Влияние психопрофилактической подготовки на динамику нервных процессов беременных // Акушерство и гинекология, 1960. - № 5. - 26 - 28.
75. Иванова Е., Михеева А. Внебрачное материнство в России // Население и общество, 1998. - № 28. - 28 - 35.

76. Изард К. Психология эмоций. - СПб: «Питер». - 1999. - 464 с.
77. Ильин В. Государство и социальная стратификация советского и постсоветского обществ. 1917 — 1996 гг.: опыт конструктивистско — структуралистского анализа, Сыктывкар: Сыктывкарский университет, Институт социологии РАН, 1996. - 72 с.
78. Искусственный аборт / Доклад научной группы ВОЗ, 1980. - 24 - 28.
79. Исупова О.Г. Социальный смысл материнства // Социс, 2000. - № 1 1 . - С . 98-108.
80. Казакова А.В. Психофизиоаутотренинг в управлении и ведении физиологической беременности и угрозы ее прерывания / Автореф. дисс. канд. мед.н. - Харьков, 1985. — 24 с.
81. Калинина О.Н. Психологическая подготовка к родам в русле формирования материнской идентичности // Современные проблемы современного естествознания. — Ярославль, 1998. - 23 - 34.
82. Каплун И.Б. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности / Автореф. дисс. канд. мед.н. - СПб, 1995.-24 с.
83. Каплун И.Б. Психологические методы исследования в акушерской практике // Вестник гипнологии и психотерапии. - СПб, 1992.-№2.-С. 34 -37 .
84. Катульский Е.Д., Меликьян Г.Г., Злоказов И.А. Демографическая ситуация в России накануне XXI века // Социс, 1997. -№ 6 . - С . 37-46 .
85. Келли Г. Основы современной сексологии - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 396 с.
86. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. - СПб, 2000. - 421с.
87. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщин в период беременности и родов. — Автореф. дисс. канд. психол. н. СПб, 1998. - 25 с.
88. Коваль И.П. Влияние психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции беременных женщин групп высокого риска по перинатальным осложнениям на исход родов и состояние новорожденных / Автореф. дисс. канд. мед.н. - Владивосток, 2000. - 21 с.

89. Колпакова М.Ю. Роль диалога в выявлении и разрешении нравственного конфликта у матерей, отказывающихся от новорожденных // Психол. журнал, 1999. - № 6. - 81 - 89.
89. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов / Автореф. дисс. канд. мед.н. - М., 1992. — 21 с.
90. Кочнева М.А., Сумовская А.Е. Психодиагностика в акушерской практике. - Саратов, 1990. — 157 с.
91. Кочнева М.А., Сумовская А.Е. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности // Акушерство и гинекология, 1990. - № 3. - 13-16.
92. Кочнева М.А., Сумовская М.М. Оценка темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания беременных женщин. — Саратов, 1990. - 9 3 с.
93. Красильникова М.Б., Глебова Н.Н. Особенности психосоматического статуса у беременных женщин с железодефицитной анемией // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. - Иваново, 2001.-С. 163-166.
94. Кречетов А.Б., Абрамченко В.В. О некоторых нервно — психических реакциях больных и рожениц // Журн. невропат. и психиатр, им. С. Корсакова, 1967. Т. 67. - № 8. - 58 - 62.
95. Кульчимбаева СМ., Мамадалиева Н.М., Джангильдин Ю.Т. Психоэмоциональное состояние беременных с привычным невынашиванием // Вести. Росс. Ассоциации акушеров - гинекологов, 2000. -№3.-С. 41 -46 .
96. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни // Материалы российской конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». - СПб - Иваново, 1999 - 2000. - 312 - 320.
97. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Педагогика, 1975. - 156 - 189.
98. Личко Е.А. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий. Тексты. /Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. - М.: Изд-во МГУ, 1982. - 288 -318.

99. Личностный дифференциал: методические рекомендации / Сост. Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд. Л., 1983. - 84 с.
100. Логинова Н.Ф. Профилактика преждевременных родов при диспансеризации беременных / Автореф. дисс. канд. мед.н. - М., 1991.- 22 с.
101. Лоуэн А. Любовь и оргазм. - Р/н/Д, 1998. - 507 с.
102. Мальгина Г.Б. Влияние острого психоэмоционального стресса при катастрофе на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного / Автореф. дисс. канд. мед.н. - Свердловск, 1992.-24 с.
103. Мальгина Г.Б., Ветчанина Е.Г. Психоэмоциональный стресс в период беременности и перинатальные проблемы // Материалы республ. научн.-практ. конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование». — Екатеринбург, 2000. - 20 - 22.
104. Мамиев О.Б. Применение психотерапии при артериальной гипертензии у женщин во второй половине беременности / Автореф. дисс. канд. мед.н. - Волгоград, 1984. — 23 с.
105. Мамиев О.Б., Богуш Т.Г. Влияние психотерапии на динамику мозгового кровообращения у беременных, страдающих поздним токсикозом с гипертензионным синдромом // Акушерство и гинекология, 1984 . -№3. -С .39 -41 .
106. Мамышева Н.Л. Психологические расстройства у беременных / Автореф. дисс. канд. мед.н. — Томск, 1995. — 22 с.
107. Маринова - Михова Д.А. Психосоциальные аспекты патогенеза позднего токсикоза (гестоза) беременных / Автореф. дисс. канд. мед.н. - СПб, 1992. - 23 с.
108. Маринова - Михова Д.А. Роль психических факторов в возникновении позднего токсикоза беременности / Сб. научн. тр. «Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии». - СПб, 1990. - 143-145.
109. Марковская И.М. Проблема социальной регуляции репродуктивного поведения / Мат-лы междунар. конгресса «Проблемы социальной психологии». — Ярославль, 2001. - Т. 2. — 150 — 152.
110. Маркони М.Д. Девятимесячный сон. — М., 1993. - 342 с.

111. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии, 2000. - № 5. - 18 — 28.
112. Мжавадзе Э.Т. Психологические методы исследования в акушерской практике // Вестник гипнологии и психотерапии. - СПб, 1992.-№2.-С. 17 -21 .
113. Миронова Т.А. Психофизиологические особенности женщин с невынашиванием беременности / Автореф. дисс. канд. мед.н. — Курск, 1996.-21 с.
114. Мозг и поведение младенца. - М.: Ин-т Психологии РАН, 1993.-298 с.
115. Московская А.А. Стереотипы или конкуренция? Анализ некоторых тендерных предпочтений работодателей // Социс, 2002. - № 3. -С . 52 -62 .
116. Мясищев В.Н. Проблема отношений человека и ее место в психологии // Вопросы психологии, 1957. - № 5. - 142 - 155.
117. Оганесян М.Г. Патофизиологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психоэмоционального стресса / Автореф. дисс. докт. мед.н. - Армения, 1997. — 25 с.
118. Ощепкова А.П., Этштейн М.З. Сибирская семья. - Томск: Водолей, 1996.-127 с.
119. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела. - СПб: «Восточно — Европейский Институт психоанализа и БСК», 1997.-195 с.
120. Перинатальная психология в родовспоможении. Сб. материалов конференции. СПб., 1997. - 137 с.
121. Психика и роды / под ред. Э.К. Айламазян. - СПб, 1996. - 48 с.
122. Психология и психоанализ беременности. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ - М». - 2003. - 784 с.
123. Психология и психоанализ характера. - Самара: БАХРАХ, 1997. - 640 с.
124. Психология личности. Т. 2. Хрестоматия. - Самара: Издательский Дом «Бахрах - М», 2002. - 544 с.
125. Радионова М.С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка. /Дисс. канд. психол. наук. - М.,1997. - 153 с.

126. Римашевский Н.В., Волков А.Е., Окороков А.А., Михельсон А.Ф. Возможности психокоррекции психосоматических расстройств во время беременности // Материалы всеросс. конф. с международ. участием. - Иваново, 2001. - 207 - 210.
127. Римашевский Н.В., Коваленко В.М., Волкова А.Е. Личностные особенности беременных в норме и патологии // Журн. невропат. и психиатр, им. С. Корсакова, 1990. Т. 90. - № 5. - 97 - 101.
128. Розовский И.С. Аборт и его последствия // Советская медицина, 1960. - № 2. - 94 - 98.
129. Рубинштейн Л. Общие основы психологии. - СПб: Питер, 2002. - 720 с.
130. Сахаров Е.А. Пограничные нервно - психические расстройства при беременности и их коррекция / Автореф. дисс. канд. мед.н.-Л. , 1990.-20С.
131. Свядощ А.М. Неврозы. Руководство для врачей. - СПб: «Питер», 1997.-448 с.
132. Северный А.А., Болотина Т.А., Солоед К.В. и др. Психосоматические аспекты беременности // Социальная и клиническая психиатрия, 1995. - № 4. - 22 - 26.
133. Скрицкая Т.Н. Ценностные ориентации женщин в период беременности / Автореф. дисс. канд. психол. н. - Новосибирск, 2002. - 22 с.
134. Современные методы профилактики искусственного аборта и регуляции репродуктивной функции женщины. — М., 1987. - 142 с.
135. Сумарокова Н.П. Лечение невынашивания беременности у жительниц Крайнего Севера с учетом личностно-психологических особенностей. - Красноярск, 1989. - 38 с.
136. Филиппова Г.Г. Дифференциация мотивационных основ материнского и полового поведения в подростковом возрасте // Материалы межд. научно-практ. конф. памяти К.С. Лебединской. М., 1995.-С.112-114.
137. Филиппова Г.Г. Образ мира и мотивационные основы материнства // Проблемы изучения и развития личности дошкольника. Пермь, 1995.-С. 31-36.
138. Филиппова Г.Г. Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения // Социальная дезадаптация: нарушения

поведения у детей и подростков. Мат. Росс, научно-практ, конф., 26-28 нояб. - 1996. - 32 - 36.

139. Филиппова Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва, Т. 2. Вып. 3.М., 1996.-С. 133.

с.

140. Хамадьянов У.Р., Зулкарнеева Э.М. Поэтапная психотерапевтическая помощь в лечении угрозы прерывания беременности у юных первородящих // Материалы всеросс. конф. с международ, участием. - Иваново, 2001. - 234 - 237.

141. Чеботарева И.С. Психопрофилактика осложнений беременности на основе концепции позитивной психотерапии // Вестник новых мед. технологий, 2001. Т. 8. - № 1. - 49 - 54.

Бланк анкеты для женщин, сохраняющих/прерывающих беременность

Уважаемые женщины!

Просим Вас принять участие в исследовании, направленном на изучение межличностных отношений в семье.

Пожалуйста, прочитайте вопросы и предлагаемые к ним варианты ответов. Выбрав вариант ответа, который Вам больше всего подходит, обведите букву, стоящую рядом с ним, или впишите свой вариант ответа в свободную строчку. Свою фамилию Вы можете не указывать. Заранее благодарим Вас за участие.

1. Охарактеризуйте Ваше семейное положение:

- а) Состою в зарегистрированном браке
- б) Состоит в гражданском браке
- в) Не замужем
- г) Разведена
- д) Вдова

2. Укажите количество детей в Вашей семье в настоящее время:

- а) Нет б) Один в) Два г) Три...д) Четыре е) другое _____

3. Если Вы замужем, то ваш брак является:

- а) Первым б) Вторым в) Другое _____

4. Какова продолжительность Вашего брака _____

5. Где Вы проживаете?

- а) имеем собственную квартиру
- б) свой дом
- в) снимаем квартиру

- г) живем совместно с моими родителями
- д) живем совместно с родителями мужа
- е) живем в общежитии
- ж) другое _____

6. Удовлетворены ли Вы своими жилищными условиями:

- а) Удовлетворена жилищными условиями
- б) Неудовлетворена жилищными условиями

7. Удовлетворены ли Вы своим материальным положением:

- а) Удовлетворена материальными условиями
- б) Неудовлетворена материальными условиями

8. Кто материально обеспечивает Вас в настоящее время

- а) Сама
- б) Муж
- в) Мои родители
- г) Родители мужа
- д) другое _____

9. Если Вы не состоите в браке, помогает ли Вам отец ребенка?

- а) да, он оказывает мне материальную поддержку
- б) нет, он не оказывает мне материальную поддержку
- г) другое _____

10. Отец вашего ребенка является Вашим первым половым партнером

- а) Да
- б) Нет
- в) Другое _____

11. Используете ли вы какие – либо средства, которые помогают Вам в регуляции количества детей и сроков наступления беременностей?

- а) да, мы пользуемся контрацептивами
- б) в случае наступления нежелательной беременности мы прибегаем к аборту
- в) нет, мы рожаем всех детей
- г) другое _____

12. Какая по счету Ваша настоящая беременность _____?

13. Прибегали ли вы к аборту до наступления настоящей беременности?

- а) да б) нет

14. Ваша беременность является для вас:

- а) Запланированной б) Незапланированной

15. Вашу беременность вы оцениваете как:

- а) Желательную б) Нежелательную

16. Кто первый узнал о Вашей беременности?

- а) отец ребенка
б) мать
в) отец
г) другие родственники
д) подруга
е) другое _____

17. Как воспринял эту новость отец ребенка?

- а) был очень рад моей беременности
б) был неприятно удивлен, но от ребенка не отказался
в) не был рад новости о моей беременности
г) предложил сделать аборт
д.) другое _____

18. Укажите основную причину вашего желания родить ребёнка _____

19. Какие преимущества дает женщине материнство? (выберите не более 3-х вариантов ответа)

- а) Повторить в ребёнке любимого мужчину и себя
б) Положительные эмоции, чувство полноценности
в) Возможность привлечь мужчину, вынудить партнёра жениться
г) Возможность укрепить отношения в семье, привязать к себе партнёра
д) Гарантии на благополучную старость

- е) Способствует получению разного рода льгот
- ж) Воспитание наследника
- з) Дети позволяют жить по-семейному
- и) Нет ощущения одиночества, есть о ком заботиться
- к) Отвечает ожиданиям родственников
- л) _____

Другое

20. Какими, по вашему мнению, преимуществами обладают женщины, не имеющие детей? (выберите не более 3-х вариантов ответа)

- а) большее количество свободного времени для личной жизни
- б) отсутствие материальных затруднений
- в) возможность реализовать себя в профессиональной деятельности
- г) отсутствие ответственности за другую жизнь
- д) меньшая загруженность бытовыми проблемами
- е) отсутствие психологических перегрузок, связанных с воспитанием ребенка
- ж) полная свобода выбора и независимость
- з) мужчины боятся женщин с «обузой»
- и) другое _____

21(а). Отметьте, пожалуйста, основные причины Вашего желания иметь ребёнка (выберите не более 3-х вариантов ответа):

- а) Своевременность и обоюдное желание супругов иметь ребенка
- б) Материальная обеспеченность позволяет иметь ребенка
- в) Жилищная обеспеченность позволяет родить ребенка
- г) В семье уже есть ребенок, но нам хотелось бы, чтобы у него была сестренка (братик)
- д) Боязнь прерывания беременности в связи с состоянием здоровья матери
- е) Желание укрепить отношения в семье, привязать к себе партнера
- ж) Желание другого супруга иметь ребенка
- з) Рождение детей приносит материальную поддержку родственников

- и) Рождение детей отвечает ожиданиям родителей и родственников
- к) В семье уже есть ребенок, но нам хотелось бы ребенка другого пола
- л) возможность самореализации себя в роли родителей
- м) рождение детей обеспечивает продолжение рода
- н) дети – это источник радости, новизны, забавы
- о) другое _____

21(б). Отметьте, пожалуйста, основные причины Вашего нежелания иметь ребёнка (выберите не более 3-х вариантов ответа):

- а) Преждевременность рождения ребенка
- б) Недостаточная материальная обеспеченность
- в) Недостаточная жилищная обеспеченность
- г) В семье уже есть маленький ребенок
- д) Прием лекарственных препаратов или алкоголя в первые недели беременности
- е) Разрыв отношений с отцом ребенка
- ж) Неудовлетворительные отношения с отцом ребенка
- з) Боязнь реакции родителей на сообщение о настоящей беременности
- и) Родственники настаивают на прерывании беременности
- к) Нежелателен пол ребенка
- л) Нежелание иметь детей (в семье уже есть дети)
- м) Беременность в результате изнасилования
- н) Нежелание доставлять родителям лишние проблемы
- о) другое _____

22. Расставьте по степени значимости то, что для Вас важно в настоящее время (цифрой 1 обозначьте то, что для Вас наиболее значимо, цифрой 2, что менее важно и так далее до цифры 6, которой вы обозначите то, что в настоящее время имеет наименьшую ценность).

Свободное время	
Достаток	

Образование	
Рождение и воспитание детей	
Работа	
Отдых	

23. Вы воспитывались

- а) Обоими родителями
- б) Матерью
- в) Отцом
- г) Дедушкой и бабушкой
- д) Родной матерью и неродным отцом
- е) Родным отцом и неродной матерью
- ж) _____

Другое

24. Как отнеслась к беременности Ваша мать?

- а) очень обрадовалась
- б) заняла нейтральную позицию
- в) не знает о беременности
- г) была против рождения ребенка
- д) другое _____

25. Отношение к родителям к Вам можно описать как:

- а) приятие и любовь (нежность, занятия с ребенком)
- б) чрезмерная опека (чрезмерные похлопки или ограничения свободы)
- в) излишняя требовательность (отсутствие похвал, придирчивость, критика)
- г) явное отвержение (невнимательность, жестокость, избегание контактов)
- д) _____
- другое _____

26. Удовлетворены ли Вы семейными взаимоотношениями в родительской семье:

А) да б) скорее да, чем нет в) скорее нет, чем да г) нет

27. Как Вы можете охарактеризовать Ваши отношения с родителями (поставьте знак X в соответствующей графе):

Мать	Отец	
		Любовь
		Холодность
		Признательность
		Неуважение
		Желание избавиться от Опеки
		Непонимание
		Тепло, ласка, забота
		Равнодушие
		Уважение

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

1. Возраст (полных лет) _____

2. Образование (нужное подчеркнуть) а) Высшее б) Незаконченное высшее в) Среднее специальное г) Среднее д) Неполное среднее е) другое _____

3. Социальная группа:

а) Учащаяся (школы, ПТУ, техникума) б) Студентка ВУЗа в) Рабочая г) Служащая д) Предприниматель Домохозяйка ж) другое _____

4. Срок вашей беременности _____

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

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:

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$$

Где $\Sigma 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18;

$\Sigma 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

$$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

Где $\Sigma 1$ – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40;

$\Sigma 2$ – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 21,26,27,30,33,36,39

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

Определение показателей ситуативной и личностной тревожности с помощью ключа.

Ключ

СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно 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 сильного 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 это 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.

Результаты констатирующего эксперимента

**Результаты исследования тревожности контрольной группы
(сохраняющие беременность)**

№ 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
(прерывающие беременность)**

№ 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 4

Математическая обработка результатов констатирующего эксперимента

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: $\sum (\acute{R}) = \acute{N} \cdot (\acute{N} + 1) / 2$,

где \acute{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\acute{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\acute{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

$$U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T,$$

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 236,5 = 108,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 \quad (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 \quad (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 108,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} \quad (p \leq 0,01)$, т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

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: $\sum (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$,

где \hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы

верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 244,5 = 100,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 100,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} (p \leq 0,01)$, 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:

$$\sum (\dot{R}) = \dot{N} \cdot (\dot{N} + 1) / 2,$$

где \dot{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\dot{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\dot{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 243,5 = 101,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 101,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} (p \leq 0,01)$, 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: $\sum (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$,

где \hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 256,5 = 88,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 88,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} (p \leq 0,01)$, 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: $\sum (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$,

где \hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели ранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 245 = 100$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 \text{ (} p \leq 0,05 \text{)} \quad U_{\text{кр.}} = 56 \text{ (} p \leq 0,01 \text{)}$$

$U_{\text{эмп.}} = 100$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} \text{ (} p \leq 0,01 \text{)}$, т.е. значения наших выборок статистически достоверно различаются.

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

Математическая обработка результатов контрольного эксперимента

1. Подсчет U – критерия Манна – Уитни для выборки женщин контрольной группы на констатирующем и контрольном этап эксперимента¹¹ 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
Σ	235	Σ	230

Общая сумма рангов: $235 + 230 = 465$.

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

¹¹ Волкова Е.Ф. Статистические методы экспериментальной психологии. – Новосибирск, 2003.

$$\sum (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2, \text{ где (1)}$$

\hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

$$U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T, \text{ где (2)}$$

n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 235 = 110$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 72 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 110$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}}$, поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Для выявления динамики уровня тревожности у женщин, которые, не изменили решение о прерывании беременности, 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
Σ	300	Σ	165

Общая сумма рангов: $300 + 165 = 465$.

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

$$\Sigma (\acute{R}) = \acute{N} \cdot (\acute{N} + 1) / 2, \text{ где (1)}$$

\acute{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\acute{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\acute{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

$$U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T, \text{ где (2)}$$

n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 300 = 45$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 72 \text{ (} p \leq 0,05 \text{)} \quad U_{\text{кр.}} = 56 \text{ (} p \leq 0,01 \text{)}$$

$U_{\text{эмп.}} = 45$, то есть $U_{\text{эмп.}} < U_{\text{кр.}}$, 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
Σ	258,5	Σ	206,5

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

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: $\Sigma (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$, где (1)

\hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\sum (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 258,5 = 86,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 72 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 86,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}}$, 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
Σ	293	Σ	172

Общая сумма рангов: $293 + 172 = 465$.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: $\Sigma (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$, где (1)

\hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

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

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 293 = 52$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 72 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 52$, то есть $U_{\text{эмп.}} < U_{\text{кр.}}$, 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
Σ	228,5	Σ	241,5

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

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: $\Sigma (\acute{R}) = \acute{N} \cdot (\acute{N} + 1) / 2$, где

\acute{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\acute{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\acute{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 241,5 = 103,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n.

$$U_{кр.} = 72 (p \leq 0,05) \quad U_{кр.} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{эмп.} = 103,5$, 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 планирующих прерывание беременности после психологического консультирования 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

Σ	294,5	Σ	170,5
----------	-------	----------	-------

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

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

$$\Sigma (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2, \text{ где}$$

\hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированы верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U \text{ эмп.} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 294,5 = 50,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U \text{ кр.} = 72 (p \leq 0,05) \quad U \text{ кр.} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U \text{ эмп.} = 50,5$, то есть $U \text{ эмп.} < U \text{ кр.}$, 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
Σ	209,5	Σ	255,5

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

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: $\Sigma (\hat{R}) = \hat{N} \cdot (\hat{N} + 1) / 2$, где

\hat{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\hat{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\hat{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле: $U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$,

где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 255,5 = 89,5$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 72 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 89,5$, то есть $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}}$, поэтому нельзя говорить о том, что уровень тревожности женщин контрольной группы на конец исследования понизился.

Для выявления динамики уровня тревожности у женщин планирующих прерывание беременности после психологического

консультирования 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
Σ	272	Σ	193

Общая сумма рангов: $272 + 193 = 465$.

Проверим, совпадает ли общее количество ранжируемых значений с расчетным по формуле: $\Sigma (\acute{R}) = \acute{N} \cdot (\acute{N} + 1) / 2$, где (1)

\acute{N} – общее количество ранжируемых наблюдений;

\acute{R} - общая сумма рангов.

$$\Sigma (\acute{R}) = 30 \cdot (30 + 1) / 2 = 465$$

Сумма рангов совпала с расчетной, значит показатели проранжированны верно.

Вычислим эмпирическую величину U по формуле:

$U = (n \cdot n) + n \cdot (n + 1) / 2 - T$, где n – количество испытуемых в каждой выборке;

T – большая из двух ранговых сумм.

$$U_{\text{эмп.}} = (15 \cdot 15) + 15 \cdot (15 + 1) / 2 - 272 = 45$$

По таблицам найдем критическое значение для n .

$$U_{\text{кр.}} = 73 (p \leq 0,05) \quad U_{\text{кр.}} = 56 (p \leq 0,01)$$

$U_{\text{эмп.}} = 45$, то есть $U_{\text{эмп.}} < U_{\text{кр.}} (p \leq 0,01)$, поэтому можно говорить о том, что уровень тревожности женщин экспериментальной группы на конец исследования понизился по сравнению с началом исследования, но так как $U_{\text{эмп.}} > U_{\text{кр.}} (p \leq 0,05)$. то эти данные нельзя считать абсолютно достоверными.