

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА**  
**Кафедра общей и клинической психологии**

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У  
ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Дипломная работа  
студентки очной формы обучения  
специальность 37.05.01 Клиническая психология  
6 курса группы 02061203  
Бирюковой Анастасии Сергеевны

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор кафедры общей  
и клинической психологии  
Филатова О.А

Рецензент:  
Викторова Е.А.

**БЕЛГОРОД 2018**

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	9
1.1. Особенности эмоционального состояния женщин после прерывания беременности.....	9
1.2. Типология и диагностика нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности.....	13
1.3. Психокоррекция нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности.....	16
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	22
2.1. Организация и методы исследования.....	22
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	26
2.3. Психокоррекционная работа по стабилизации эмоциональной сферы у женщин в постабортном периоде и оценка ее эффективности .....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	52
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	55
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	63

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из приоритетных в современном российском обществе. Как отмечает Г.С. Абрамова, перманентная экономическая нестабильность, ухудшение экологической обстановки, снижение субъективной комфортности жизни косвенно влияет на уровень мотивации молодых женщин к осознанному материнству. Одновременно с этим, упрощение процедуры аборта, декларирование многими специалистами в этой области его безопасности, наличие современного обезболивания, преодоление стигматизации в отношении женщин, неоднократно прерывавших беременность, делает эту процедуру во многом тривиальной, не требующей длительных раздумий.

Вместе с тем, в большинстве случаев неоправданное, необоснованное медицинскими показаниями вмешательство в репродуктивную систему женщины, влечет за собой риск развития как гинекологических осложнений, так и разнообразных негативных психических феноменов, связанных с утратой гестационной доминанты [1]. Брехман Г.И. под ней понимает совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины после зачатия, направленных на сохранение беременности и создание условий для нормального развития будущего ребенка, а также формирующих отношение самой женщины к беременности и ее поведенческие стереотипы [18].

Подходы к психологическому консультированию и социально-психологическому сопровождению беременной женщины в ситуации репродуктивного выбора представлены в работах последних лет (И.В. Добряков [36], Г.Г. Филиппова [77;78] и др.).

Одной из проблем, с которой сталкивается персонал клиник и консультаций при работе с беременными – это повышенный уровень тревожности, беспричинное беспокойство и неустойчивость эмоционального состояния. Чаще всего женщин одолевают сомнения по поводу здоровья

будущего ребенка, возможности благополучного вынашивания и родов, а также изменения своего физического облика. Многие из этих и других переживаний происходят от незнания физиологических и психологических аспектов течения беременности, наличия огромного количества неизжитых предрассудков, а также по причине повышенной внушаемости женщин в этом состоянии.

Такие психологи как В.В. Абрамченко [4], Н.П. Коваленко [42], Н.А. Чичерина [86], работающие в направлении перинатальной психопрофилактики, отмечают практически у всех беременных синдром эмоциональной лабильности, который, с теми или иными колебаниями настроения, присущ для всего периода вынашивания плода.

По мнению В.И. Брутмана в случаях, когда интенсивность переживаний достигает максимума, сочетаясь с неблагоприятной микросоциальной обстановкой, карьерными проблемами, ухудшением общего самочувствия, часть женщин решается на искусственное прерывание беременности [19;20].

Такие психологи как И.В. Добряков [36], Х. Браш [17] отмечают что, после произведенного аборта примерно у трети женщин появляется тревога по поводу его последствий: мысли о возможном бесплодии, преждевременных родах в случае наступления желанной беременности, возможных выкидышах, рождении мертвого ребенка, наступлении внематочной беременности, воспалительных заболеваниях генитальной сферы, сексуальных нарушениях. Нередки пограничные психические расстройства – депрессивные, тревожные, фобические; первые 6 недель после процедуры выскабливания возникает чувство вины, невозвратимой потери. Они сравнимы с теми, которые описывают после потери близких людей.

Постабортный синдром впервые был описан в 1985 г. американской исследовательницей Анной С. Спекгард при изучении семейных историй обратившихся к ней пациенток. Её исследования продолжила Дороте

Эльбрух, издав замечательную книгу "Риск прерывания беременности и травма после этого"[67].

В России подобные исследования также проводились, однако тема постабортной травмы до сих пор табуирована. По статистике, каждая вторая жительница нашей страны после тридцати лет делала аборт. Как минимум, половина из них, то есть примерно 25% женщин, испытывают серьезные психические переживания, которые требуют психологической коррекции.

Проблема осложняется тем, что врач, который делал аборт, не следит в дальнейшем за состоянием своей пациентки. Отсюда – разные оценки последствий прерывания беременности. Объективность общей картины нарушается ещё и крайней субъективностью врачей, которые вместе со сторонниками абортов часто утверждают, что «грамотно» сделанный аборт не имеет никаких вредных последствий для женщины. Но на практике всё оказывается иначе: негативные последствия аборта могут проявляться значительно позже, иногда даже через много лет.

Несмотря на успехи современной гинекологии и улучшение медицинского обслуживания женщин, решивших прервать беременность, использование современных обезболивающих средств и щадящие методы проводимого вмешательства, вопросы психокоррекции нарушенного эмоционального состояния в постабортном периоде ещё недостаточно изучены.

Теоретический анализ научной литературы показал недостаточную разработанность вопроса психологической коррекции нарушений эмоциональной сферы в постабортном периоде.

В связи с этим сформулируем **проблему исследования**: возможно ли с помощью психокоррекции устранить или минимизировать эмоциональные расстройства у женщин, возникшие в связи с прерыванием беременности?

**Объект исследования:** эмоциональная сфера женщин после прерывания беременности.

**Предмет исследования:** психокоррекция нарушений эмоциональной сферы женщин после прерывания беременности.

**Цель исследования** – изучить особенности нарушений эмоционального состояния женщин после прерывания беременности и оценить возможности психокоррекционной работы по его стабилизации с целью профилактики постабортного синдрома.

**Гипотеза:** у женщин после искусственного прерывания беременности наблюдаются нарушения эмоциональной сферы, что может привести к развитию постабортного синдрома. Проведение психокоррекционной работы по стабилизации психоэмоционального состояния позволяет восстановить эмоциональный баланс и нормализовать психологическое состояние.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть теоретические подходы к изучению нарушений эмоциональной сферы у женщин в постабортном периоде.
2. Изучить социально-демографические, медико-психологические и личностные аспекты, влияющие на нарушения эмоционального состояния женщин в постабортном периоде.
3. Исследовать основные виды нарушений эмоциональной сферы у женщин в постабортном периоде.
4. Разработать систему психокоррекции, направленную на стабилизацию эмоциональной сферы у женщин в постабортном периоде.
5. Выявить эффективность предложенных психокоррекционных мероприятий по стабилизации эмоциональной сферы у женщин, перенесших процедуру искусственного аборта.

**Теоретическую основу исследования** составили концепции отечественных и зарубежных учёных, раскрывающих основные положения перинатальной психологии (Г.С. Абрамова [1], Г.И. Брехман [18 ], К.Н. Белогай[23]), медицинской психологии (Б.Д. Карвасарский[43], Н.Д. Лакосина [43]) и психотерапии (И.З. Вельвовский [30],). Вопросы психокоррекции постабортного синдрома рассмотрены на основе исследований перинатальных психологов (И. В. Горохова [34], А. Н. Артемов [14;15], Г. В. Чижова [84;85 ]).

В исследовании использовались следующие **методы**:

1. Организационные (сравнительные).
2. Эмпирические (наблюдение, беседа, психодиагностические методики, эксперимент).
3. Методы количественной и качественной обработки данных обработки данных (описательная статистика, U-критерий Манна-Уитни, T-Вилкоксона на основе пакета статистических программ SPSS (ver.22));
4. Методы интерпретации.

**Психодиагностические методики:**

1. Тест "Диагностика ситуативной и личностной тревожности" (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина);
2. Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В. Абрамченко и Т.А.Немчина);
3. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г Филиппова).
4. Наблюдение;
5. Беседа.

**База проведения исследования:** ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница», в женской консультации. В исследовании приняли участие 32 женщины после прерывания беременности.

**Практическая значимость работы** заключается в возможности применения полученных данных в работе специалистов, занимающихся медико-психологическим сопровождением беременных женщин, а также пациенток, имеющих психологические и медицинские проблемы в связи с произведенным абортом. Результаты работы могут быть использованы при подготовке будущих специалистов – медицинских психологов.

**Структура работы:** дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (включающих 91 наименование), 4 рисунков, 7 таблиц, 5 приложений. Объем работы составляет 62 страниц машинописного текста.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

## 1.1. Особенности эмоционального состояния женщин после прерывания беременности

«Влияние гормональных процессов в теле женщины на ее эмоциональную сферу было замечено ещё в древности и упоминается в работах александрийского врача Клеофанта, датируемых II в. до н.э.»[ цит 81,с 154]).

Репродуктивная система женщины по мнению Д.Боулби является одним из наиболее отчетливых маркеров ее здоровья, так как при первых проявлениях любого патологического процесса часто обнаруживается нарушение специфических функций женского организма. Разнообразные воздействия многочисленных факторов внешней среды могут в значительной мере повлиять на репродуктивную функцию женщины и, как следствие, – на здоровье потомства [16].

Накоплена масса фактов, свидетельствующих о том, что неадекватное поведение женщины во время беременности, ее ответные реакции на стрессы, которые воспринимаются ею сверхэмоционально, подчас катастрофически, служат причиной огромного числа различных патологических состояний у неё самой, плода и новорожденного [44;73]. Работами А.М Фонарёва [79], ещё в советское время, Е.А Сергиенко[71], в 90-е годы нашими современниками О.М. Лукьяновой[52], Воловик В.М. [52] было доказано, что во время беременности влияние неблагоприятных факторов на потомство не ограничивается одним поколением. Винсентом Ру в 2011 году были обнаружены трансгенерационные эффекты антенатального

стресса, регистрируемые не только в первом, но и в последующих поколениях семьи [89].

Классическая психология, в частности, П.К. Анохин рассматривает эмоциональные состояния как переживание того, что испытывает сам человек при воздействии на него какого-либо явления внешней среды. В подобных состояниях субъективно отражается уровень бодрствования и другие витальные свойства центральной нервной системы [13].

К. Изард характеризует эмоциональные состояния следующими специфическими чертами:

«- субъективностью, так как человек отражает не саму действительность, а свое отношение к ней;

- модальностью или знаком (положительным, отрицательным, нейтральным) эмоциональных переживаний;

- активностью, вследствие функции противодействия нарушению существующей стабильности;

- динамичностью, так как состояние проходит ряд фаз (латентной, "капитуляции", "мобилизации", "устойчивости" и "истощения");

- ситуативной воспроизводимостью (по типу условного рефлекса), возможностью переходить в характеристики личности;

- непрерывностью, так как эмоциональные состояния сменяют друг друга;

- непреднамеренностью возникновения;

- сочетанием эмоциональной и физиологической составляющей [40].

Эмоциональные состояния человека выполняют ряд функций:

- адаптивную;

- регулируемую;

- интегрируемую;

- замещения недостатка информации;

- стимулирующую, побуждающую к активности и изменению ситуации;

- ориентирования в окружающей среде»[39,с 118].

Наиболее важной с точки зрения приспособления и выживания является адаптивная функция эмоциональных состояний. Она заключается в установлении соответствия между актуализированными потребностями индивида, его возможностями и ресурсами, с учетом конкретных условий существования, особенностей деятельности и поведения.

Интересной является мысль Е.П. Ильина о том, что «эмоциональные состояния, являясь фоном, на котором протекает вся жизнедеятельность человека, во многом определяют характер взаимоотношений между людьми, поведение человека, его деятельность и даже функционирование организма» [41,с.87].

Эмоциональная сфера человека – «океан» его переживаний и чувств. Именно она стимулирует его к жизни, регулирует ее активность и наполненность, устраняет информационный дефицит, оценивает события относительно их желательности и внутреннего принятия. Именно ее ранимость и реактивность приводят к тому, что при нереализованной беременности (после аборта) у женщин нередко наблюдаются эмоциональные нарушения. По данным О.Р. Ворошиной, к ним относятся: печаль, низкая самооценка, снижение интереса к жизни, чувство вины и беспокойство, депрессия и мысли о самоубийстве, неожиданные истерики, нарушение сна, снижение аппетита, неприязнь к отцу ребенка, психологическое «онемение», вытеснение, агрессия [31].

Проблемы постабортного эмоционального отреагирования не обходят стороной и тех женщин, которым был произведен аборт по медицинским или социальным показаниям. Многие женщины, оказавшиеся под давлением микросоциального окружения, прерывают беременность против своей воли. Родственники, мужа, сексуальные партнеры, забывая, к каким

тяжелым последствиям может привести данная операция, вынуждают их якобы «ради общего блага» пойти на этот шаг. Согласно исследованиям В. И. Брутмана с соавт., «53% женщин, испытывающих психические осложнения после аборта, подтверждают, что пошли на прерывание беременности под давлением окружающих»[28,с 87] .

Прерывание беременности всегда является стрессом для женщины. Но в некоторых случаях он может значительно усилиться, в случае если:

- аборт совершен под давлением близких;
- аборт сделан по медицинским показаниям при желанной беременности;
- осложнения привели к выкидышу при последующих беременностях или бесплодию;
- было сделано два и более абортов;
- прерывание беременности проведено на позднем сроке;
- абортом закончилась первая беременность;
- женщина религиозна, воспитывалась в религиозной семье.

В подобных случаях, как считают А. Бертин и Э.Н. Гройсман, намного выше вероятность развития так называемого постабортного синдрома [25; 35].

Таким образом, проблемы постабортного эмоционального состояния рассматриваются как важные состояния. Наиболее важным является наличие диагностики и коррекции уже при первых возникших нарушениях в связи с решением о прерывании беременности. Это в значительной мере поможет положительно повлиять на репродуктивную функцию женщины и, как следствие, на здоровье потомства.

## **1.2. Типология и диагностика нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности.**

Несмотря на то, что аборт является распространенной медицинской процедурой во всём мире, и некоторые женщины в силу различных причин подвергаются такому вмешательству неоднократно, психологические переживания, связанные как с потерей ребенка, так и с самой процедурой, сходны у большинства пациенток. Г.Б. Дикке на основе богатого консультативного материала были разработаны психологические характеристики женщин с нежеланной беременностью:

«1. Эмоциональное неудовлетворение сложившейся ситуацией, ущемляющей самолюбие.

2. Неуверенность в себе, в возможности успеха, сниженная самооценка.

3. Высокое чувство вины, пассивность, граничащая с мазохизмом.

4. Необходимость преодоления ограничений, стремление избавиться от страха, тревожное беспокойство, которое скрывается за подчеркнутой уверенностью и независимостью.

5. Высокий уровень самоконтроля со склонностью ко лжи.

6. Проблемы социальной адаптации.

7. Проблемы межличностных отношений.

8. Черты эмоциональной незрелости, выраженная аффективная неустойчивость, высокая тревожность и беспокойство.

9. Повышенная импульсивность, раздражительность, чувствительность к внешним воздействиям.

10. Переживание разочарования и обиды.

11. Ипохондрия.

12. Депрессивные реакции (сниженная жизнерадостность, повышенная возбудимость и обидчивость).

13. Высокая зависимость.

14. Неуспешность при обучении.

15. Завистливость, враждебность по отношению к успехам и счастью других женщин.

16. Равнодушие, эмоциональная глухота» [37, с 115].

По мнению таких авторов как Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. давно замечено, что отношение матери к плоду во время беременности оставляет стойкие следы на развитии его психики. Эмоциональный стресс матери коррелирует с преждевременными родами, частой детской психопатологией, более частыми случаями ранней шизофрении, со школьными неудачами, высоким уровнем правонарушений, склонностью к наркомании и попыткам суицида. Женщины, рассматривающие беременность как нежелательную, а будущего ребенка как «ненужного», «нелюбимого», имеют более частую как акушерско-гинекологическую патологию, так и всевозможные пограничные расстройства, в частности, в сфере эмоций. Такие пациентки чаще решаются на искусственное прерывание беременности, после которого, в силу их эмоциональной нестабильности, сензитивности, размытости границ «Я», у них может возникнуть постабортный синдром, требующий неотложного психолого-психотерапевтического вмешательства [64].

По данным исследований российского психиатра А.Фокина, занимающегося данной проблемой в течение последних 5-ти лет, симптоматика переживаний, которые испытывают многие женщины, сделавшие аборт, сходна с переживаниями утраты человека, а не «плода». Исследователь различает в постабортном синдроме следующие составляющие.

Во-первых, чувство пустоты и утраты: «что-то было, теперь его нет. » Это то, что женщины испытывают, не осознавая причин, часто не связывая с абортом. Такой симптом особенно характерен для пациенток, которые не знают, как развивается ребенок, не понимают, что происходит с ним от недели к неделе.

Во-вторых: вина и депрессия – два других важных и тяжелых симптома, которые наблюдаются у многих. По мнению автора, они проявляются не сразу, часто через годы. Однако, большинство обратившихся за помощью пациенток, при исследовании по десятибалльной шкале, оценивают свою депрессию на 7-8 баллов. Это довольно высокий уровень, следствием которого часто становятся мысли о самоубийстве.

Для стабильных и продолжительных депрессий также характерны так называемые «флэшбеки» и «репереживания». Термин «флэшбек», возникший в среде ветеранов, переживших войну, характерен внезапно накатывающим чувством возвращения в травмирующую ситуацию. Если у ветерана войны такие ощущения может вызвать невинный хлопок лопнувшей шины, то у женщин причиной флэшбека может стать поход к стоматологу (звяканье металлических инструментов об лоток, запахи спирта, эфира, вид ватных шариков, испачканных кровью). Или другие ситуации, хотя бы отдаленно напоминающие обстановку абортария.

Репереживание – менее яркое, но столь же болезненное чувство утраты ребенка. Мысли о том, что могло бы быть с ребенком, как бы он выглядел, как сложилась бы его жизнь. В таких ситуациях женщина вновь вспоминает, как шла врачу, что с ней происходило, что можно было изменить ситуацию. Мысли таких пациенток могут часами крутиться вокруг травмирующей ситуации.

Также ярким проявлением постабортного синдрома А.И. Брусиловский называет кошмарные сновидения. Одним женщинам видятся окровавленные дети, другим снится, как они выбрасывают ребенка из окна. Характерно, что женщины не связывают подобные сны с перенесенным абортom. Закрытость и непопулярность темы часто приводит к тому, что и не всякий психолог сразу выявляет истинную причину кошмаров. Даже специалист не всегда видит взаимосвязь аборта, сделанного три года назад, и неприятных ночных сновидений [26].

Такие авторы как, Артемов А. Н., Снегирева Е. В., Ковалева А. В. утверждают что, более редким симптомом постабортной травмы является эмоциональная отгороженность. Это попытка некоторых женщин заглушить свои чувства, не давать им выходить наружу, быть спокойной, уверенной. Травма «инкапсулируется» и не препятствует ходу привычной жизни. Однако при столкновении со стимулами, напоминающими травматическое событие (обязательный осмотр у гинеколога, какие-либо процедуры в медицинских учреждениях), переживания возвращаются, нарушая искусственно созданную атмосферу внешнего благополучия и безмятежности [ 14;15].

Таким образом признавая, что есть зависимость между эмоциональным состоянием женщины и процессами, происходящими в ее репродуктивной сфере, мы закономерно подходим к тому, что в целях психокоррекции патологических состояний, таких, как постабортный синдром, необходимо применять профилактические меры, дифференцированные в зависимости от физического и психологического состояния пациентки, перенесшей процедуру искусственного аборта.

### **1.3. Психокоррекция нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности: подходы и методы**

После процедуры прерывания беременности эмоциональное отреагирование редко наступает сразу. Иногда наблюдается отчётливая фазность эмоциональных нарушений. Е.Ю. Онищук в своих работах приводит четыре стадии послеабортного эмоционального отреагирования.

Первая стадия – облегчение. В этом случае женщина чувствует, что ей удалось решить неразрешимую проблему, что у нее «гора упала с плеч». Это бывает не у всех, но характерно для тех женщин, которые шли на аборт

осознано и добровольно. Этот этап не продолжительный. Длится он не более месяца.

Вторая стадия – отрицание, которое сопровождается необъяснимой грустью и тоской, чувством пустоты и депрессией. Как правило, женщины начинают искать рациональные объяснения своему состоянию, но редко видят причину в аборте. Данный этап может длиться 3-5 лет. Многие женщины «застревают» на нем, принципиально отрицая связь своего плохого душевного состояния с абортом. Также характерно избегание обсуждения этой темы с близкими и друзьями.

Третья стадия – гнев, злоба. На этом этапе наступает осознание произошедшего. Для него характерен поиск виновных в собственном поступке. Чаще всего женщины обвиняют в абортах родных, близких, мужей, подруг и врачей. Но рано или поздно начинают обвинять себя, что и приводит к затяжным депрессиям разной степени выраженности. Каждая депрессия при этом имеет три проявления. Помимо плохого настроения, у женщины изменяется восприятие окружающего мира и себя самой. Она начинает считать себя плохой, неудачницей, некрасивой. Таким же серым, некрасивым и тоскливым кажется ей окружающий мир и свой дом. К тому же, депрессия меняет восприятие будущего. Женщине кажется, что никаких перспектив и ничего хорошего в грядущем нет и быть не может.

Четвертая стадия. Если женщина получает психологическую помощь, или если она идет в церковь и получает отпущение грехов, духовную поддержку, если ей приходится заниматься благотворительностью, волонтерством и удаётся спасти чью-то жизнь, то это серьезным образом облегчает симптомы. Начинается восстановительная стадия, уменьшаются депрессивные проявления, постепенно тускнеет яркость и живость неприятных воспоминаний [61].

По мнению авторов И. В. Горохова, О. В. Петрова, Р. Н. Дергунова, приступая к консультированию женщины с эмоциональными нарушениями в постабортном периоде, психолог должен получить информации о её ближайшем окружении и узнать об их отношении к произошедшему. Изолированная работа с женщиной (если только она не совсем одинока) даёт крайне малую результативность: после каждой, даже самой успешной консультации, пострадавшая вновь возвращается в свой привычный круг, где возможны разнообразные негативные проявления по отношению к ней, всевозможные микрострессоры, непонимание и осуждение. Поэтому психологу предстоит как диагностическая, так и коррекционная, а также просветительская работа с окружением женщины.

Он должен разъяснить им следующее:

- в произошедшем есть и их доля вины;
- женщину нельзя осуждать, упрекать, перекладывать на неё свои неотрагированные эмоции;
- их задача – быть рядом, когда необходимо;
- женщина должна ощущать их поддержку;
- надо дать возможность побыть ей одной, если женщина хочет этого;
- необходимо обсуждать с ней ее состояние и ее чувства, если на то будет её желание [34].

Главными рекомендациями, по мнению А.С. Батуева, в процессе консультативно-коррекционной программы могут быть следующие:

- нельзя «заталкивать» боль «внутрь» и делать вид, что все хорошо;
- дать выход эмоциям, поплакать, покричать, дать выход гневу, слезам;
- определить круг доверенных лиц, которые смогут поддержать и с которыми психологически комфортно;
- если возникнут опасения, что другие люди, которых не хочется посвящать в пережитую ситуацию, узнают о ней и будут злословить, можно

ограничить на время круг общения, дать себе время побыть одной, или только с самыми близкими;

- открыто говорить о своих чувствах с психологом, записывать, что волнует в течение дня, не бояться излишней откровенности;

- если близкие не хотят об этом и слышать, понять их – у них срабатывает система внутренней защиты от переживаний, и прежде чем говорить с ними самой, добиться их согласия на встречу с психологом;

- если близкие не знают и не должны узнать об аборте, говорить об этом только с психологом, со священником, таким образом, не допуская передачи информации в круг семьи.

Для успешного преодоления постабортного синдрома (вне зависимости от его длительности и тяжести) от женщины требуется:

- осознать последствия аборта, признать убитого ребенка (именно то, что это был ребенок, а не сгусток материи);

- признать, что боль, которую она испытывает, связана с потерей ребенка и оплакать ее;

- использовать внешнее выражение печали (например, какое-то время не участвовать в увеселительных мероприятиях, не посещать клубы, иметь возможность комфортного уединения для осознания и выхода эмоций);

- разобраться с подавленными чувствами (горем, виной, гневом, амбивалентной привязанностью к потерянным детям);

- понять, как и на какие аспекты жизни повлияла понесенная утрата;

- простить людей, имеющих отношение к потере (мужа, родителей, друзей, медработников, всех тех, кто не поддержал или склонял к аборту);

- простить саму себя и получить прощение от Бога;

- переключиться с болезненных переживаний на позитивный настрой;

- обрести готовность навсегда примириться с пережитым и получить исцеление;

- пересмотреть свою жизнь, увидеть её картину в целом и научиться воспринимать ее в новом свете;

– возместить совершенное в позитивном направлении (постараться родить ребенка, зачатого в любви, поучаствовать в благотворительности, касающейся помощи детям, усыновить ребенка при невозможности выносить его самой) [22].

Процесс исцеления при сформировавшемся постабортном синдроме происходит постепенно, требует тесной эмоциональной поддержки (близких и психолога или психотерапевта) и включает, согласно Л. Н. Макшуровой, в себя пять шагов:

Шаг 1. Противостояние отрицанию. Большинство женщин осознают, что они убивают своего ребенка, маленького живого человека. Но они вытесняют эти мысли из своего сознания. На данном этапе женщина должна позволить себе назвать все вещи своими именами и признать, что она сознательно выбрала и была соучастницей убийства собственного ребенка.

Шаг 2. Отреагирование на уровне чувств и эмоций. На данном этапе ей важно прочувствовать боль утраты и оплакать своего погибшего ребенка на самом деле. Процесс горевания не должен превышать 2 недели, понемногу сходя на нет.

Шаг 3. Получить прощение у себя самой, у близких (если аборт был сделан втайне от них, вопреки их желанию), у Бога.

Шаг 4. Простить других. Накопленные эмоции тяготят душу и требуют разрешения от них. Простить других трудно, но это нужно самой женщине. Прощение других дает возможность освободиться от давно подавляемых эмоций, таких как обида, злоба, ярость, агрессия и др.

Шаг 5. Постараться с помощью психолога обрести душевный покой.

Если проявления данного синдрома носят тяжелый характер (например, речь идет о попытке самоубийства, психозе и т.д.), обращение к специалисту-психиатру является необходимым [53].

Таким образом, мы приходим к общему выводу что, несмотря на имеющиеся в мировой практике наработки в отношении консультирования и психокоррекции женщин с постабортными эмоциональными нарушениями, это направление является новым, не имеющим четкой методологии и эффективных схем практической помощи. Этим и объясняется своевременность и актуальность проведенного нами научно-практического исследования.

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **2.1. Организация и методы исследования**

Экспериментальное исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница», женская консультация. Нами были обозначены объект, предмет, цель и задачи исследования, выдвинута гипотеза. Выборку составили 32 беременных женщин, предпочитающих прерывание беременности. Респонденты данной группы имели разные показатели нарушений, и были разделены на экспериментальную и контрольную группу. Путём рандомизации нами были отобраны две группы женщин предпочитающих прерывание беременности – экспериментальная и контрольная. В рамках данного исследования применялся экспериментальный план для двух рандомизированных групп, с предварительным и итоговым тестированием (по В.Н. Дружинину), схема которого отражена на рисунке 2.1

Данный экспериментальный план был выбран нами в связи с тем, что он позволяет контролировать внешние переменные, нарушающие валидность эксперимента. Так, фактор «истории» (или «фона») контролируется в ходе эксперимента за счёт того, что в промежутке между первым и вторым тестированием обе группы подвергаются одинаковым («фоновым») воздействиям. Фактор естественного развития и эффект тестирования контролируются за счёт того, что они одинаково проявляются в экспериментальной и контрольной группах, а эффекты состава групп и регрессии контролируются при помощи процедуры рандомизации.

Исследование проводилось на основе квазиэкспериментального плана для двух рандомизированных групп с предварительным и итоговым тестированием, который имеет следующую схему:

R	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
---	----------------	---	----------------

R	O <sub>3</sub>	X	O <sub>4</sub>
---	----------------	---	----------------

*Условные обозначения: R – рандомизация, X – воздействие, O<sub>1</sub> – предварительное тестирование экспериментальной группы, O<sub>2</sub> – итоговое тестирование экспериментальной группы, O<sub>3</sub> – предварительное тестирование контрольной группы и O<sub>4</sub> – итоговое тестирование контрольной группы.*

Рис.2.1. Схема экспериментального плана для двух рандомизированных групп с предварительным и итоговым тестированием

Затем нами была разработана и апробирована программа, направленная на снижение нарушений в эмоциональной сфере у женщин после аборта. Женщины в количестве 16 человек, которые не были согласны на проведение психокоррекционной работы после прерывания беременности, составили выборку контрольной группы, и по договорённости с психологом прошли диагностику повторно без проведения психокоррекционных мероприятий. Экспериментальная группа женщин в количестве 16 человек, была разделена нами на 2 категории, первую составили женщины, не имеющие опыта абортов (в частности, незамужние женщины), вторую – женщины, имеющие один и более абортов.

Для выявления статистических различий по изучаемым показателям «типа отношения к беременности», показателям тревожности и особенностям «нервно-психического напряжения», между экспериментальной и контрольной группами, а так же группами женщин имеющих разное семейное положение (замужние и незамужние), и между группами женщин имеющими разный тип отношения к беременности, нами был применён непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни.

Для выявления статистических различий по изучаемым показателям между экспериментальной и контрольной группой до и после экспериментального воздействия, нами был применён непараметрический статистический критерий для двух зависимых выборок Т-Вилкоксона.

Исследование проводилось по следующим направлениям:

Первое направление включало в себя: исследование всей выборки, и было реализовано при участии 32 беременных женщин, мотивированных на прерывание беременности, причем пациентки находились на разных сроках беременности, были разного возраста и социального статуса.

Второе направление исследования было направлено на то, чтобы изучить возможные нарушения, возникшие после прерывания беременности. Нами были выделены группы женщин со средним и высоким уровнем тревожности; выявленные эмоциональные нарушения были систематизированы. С целью определения возможных отличий в выявленных нарушениях, и дальнейшего учета в создании системы психокоррекции, направленной на стабилизацию и уменьшение нарушений в эмоциональной сфере у женщин. На данном этапе проводился качественный и количественный анализ полученных данных, а также математико-статистическая обработка результатов исследования, обобщение результатов и выводы.

В исследовании использовались следующие **методы**:

1. Организационные (сравнительные).
2. Эмпирические (наблюдение, беседа, психодиагностические методики).
3. Методы количественной и качественной обработки данных.
4. Методы интерпретации.

В исследовании применялись следующие **методики**:

1. Тест "Диагностика ситуативной и личностной тревожности" ( Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина);
2. Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В. Абрамченко и Т.А.Немчина);
3. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова);
4. Наблюдение;
5. Беседа.

1. Методика Тест "Диагностика ситуативной и личностной тревожности" (Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина).

Цель: Методика самооценки уровня тревожности, относится к группе личностных опросников, разработанных Ч.Д. Спилбергером в 1966-1973 гг. для диагностики тревоги и тревожности. Опросники Ч.Д. Спилбергера широко распространены в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики, и высоко оцениваются за компактность и достоверные диагностические данные. В России широкое распространение имеет русскоязычный вариант STAI, который известен как «Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина». Ю.Л. Ханин адаптировал, модифицировал и стандартизировал методику а также получил ориентировочные нормативы поуровневой выраженности тревожности.

2. Методика Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В. Абрамченко и Т.А. Немчина).

Цель: оценить психоэмоциональное и соматическое состояние беременной женщины, особенности ее социально-психологического статуса, выявить отношение к предстоящему появлению ребенка в семье.

3. Методика: Рисуночный тест «Я и мой ребенок»(Г.Г.Филиппова).

Цель: выявить особенности переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка, выраженность ценности ребенка.

4.Метод наблюдения – описательный психологический исследовательский метод, который заключается в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта.

5. Метод беседы – метод получения необходимой информации на основе вербальной коммуникации.

Обработка данных производилась с помощью пакета SPSS Statistics 22.

## 2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования

В соответствие с темой нашего исследования выборку составили женщины, предпочитающие прервать беременность.

С целью изучения нарушений эмоциональной сферы у женщин, предпочитающих прерывание беременности, проанализируем результаты диагностического обследования по следующим методикам: Методика: Рисуночный тест «Я и мой ребенок»:

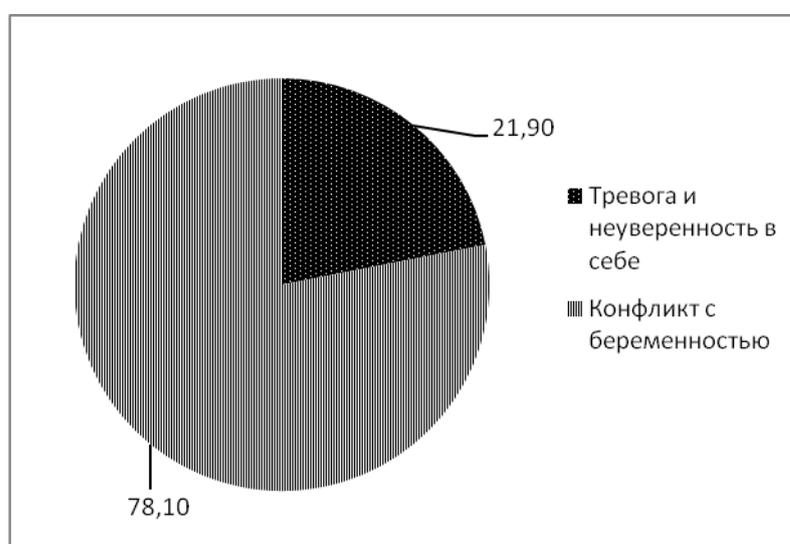


Рис.2.2.1. Распределение женщин, предпочитающих прервать беременность, по типам отношения к беременности, (%)

По данным результатам, представленным на рис.2.2.1. мы можем сделать следующие выводы, что для женщин, которые предпочли прерывание беременности, нежели её сохранение, будет преобладать конфликт с беременностью - 78,10%. Это может говорить о том, что ребенок для женщины в ситуации беременности будет отвергаемым объектом, что может способствовать принятию решения о прерывании беременности и при возникновении последующей незапланированной беременности. Конфликт с беременностью мы можем интерпретировать как отклонение в стиле её переживания, т.к. во всех случаях это было отражено в рисуночном тесте,

причем, в большинстве случаев, по типу наличия тревоги и конфликта с беременностью. Показателями неблагополучной ситуации служат: выраженная тревога, неуверенность в себе и отсутствие мотивации к вынашиванию ребёнка. Эти показатели по всем группам испытуемых устойчиво сочетаются: с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к своим изменениям после прерывания беременности, а так же отклонением от адекватной ценности ребенка.

Данные результаты указывают на отсутствие или фрагментарность формирования гестационной доминанты у исследованных пациенток, эмоциональную нестабильность, отсутствие установки на осознанное материнство.

В соответствии со второй задачей нашего экспериментального исследования мы рассмотрели особенности эмоционального состояния женщин, которые предпочли прерывание беременности, с помощью теста «Диагностика ситуативной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер - Ю.Л.Ханин). Результаты исследования представлены на рисунке 2.2.2.

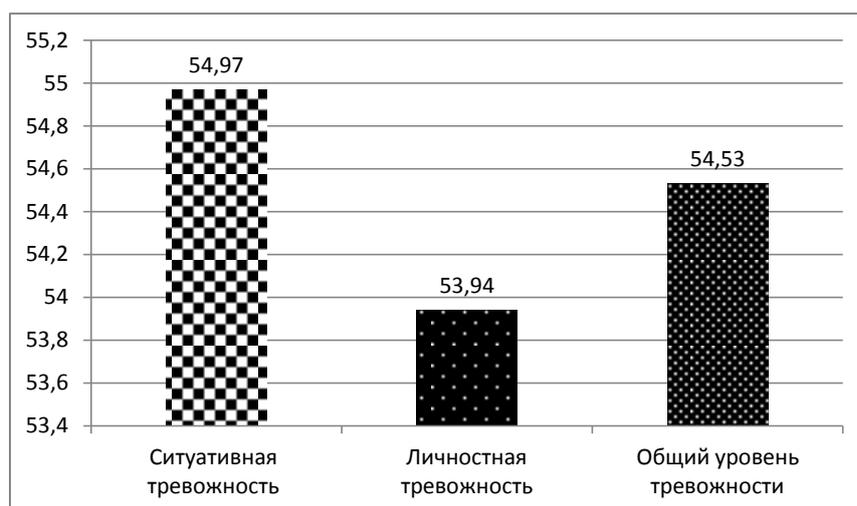


Рис.2.2.2. Выраженность показателей тревожности женщин, предпочитающих прерывание беременности, (ср.б).

Как мы видим на рисунке 2.2.2., у женщин, которые предпочли прерывание беременности, наиболее ярко выражена «ситуативная тревожность», связанная с конкретной внешней ситуацией ( $Me=54,97$ ). Это говорит нам о том, что после прерывания беременности у женщин средний балл выраженности общего уровня тревожности равен ( $Me=54,53$ ) - это соответствует третьему типу тревожности и расценивается как высокотревожный. Этим можно объяснить то, что в данном состоянии повышенной тревожности женщины будут более склонны к развитию таких осложнений, как постабортный синдром, а так же к готовности прерывания последующей незапланированной беременности. Личностная тревожность ( $Me=53,94$ ) является устойчивым свойством человека, проявляющим себя вне зависимости от реальной или воображаемой угрозы переживаемой ситуации. На рис.2.2.2. мы так же видим картину высокого уровня личностной тревожности, это может говорить о том, что данное свойство эмоциональной сферы беременной женщины сыграло роль в принятии решения о её прерывании.

По полученным нами результатам мы можем говорить о том, что в ситуации незапланированной беременности и/или отсутствия положительной установки на рождение ребенка, исследуемые женщины расцениваются как высокотревожные, и требуют проведения психокоррекционной работы по стабилизации нарушений в эмоциональной сфере после прерывания беременности. Учитывая тот факт, что тревожность представляет собой предиктор неадаптивного поведения, принятия решений на основе аффектогенного мышления, можно сделать вывод, что решение об аборте принималось, в том числе, и на фоне тревожных предчувствий, опасений, переживаний, направленных в будущее. Снизив уровень тревожности в результате психокоррекционного комплекса, мы получаем возможность подготовить женщину к ситуации будущей беременности, сформировать у нее установку на осознанное материнство, а также не допустить на данный момент развития постабортного синдрома.

Рассмотрим особенности эмоционального состояния женщин, предпочитающих прерывание беременности, которое было проведено с помощью методики: «Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины» (В.В. Абрамченко и Т.А.Немчина). Результаты исследования представлены на рисунке 2.2.3.

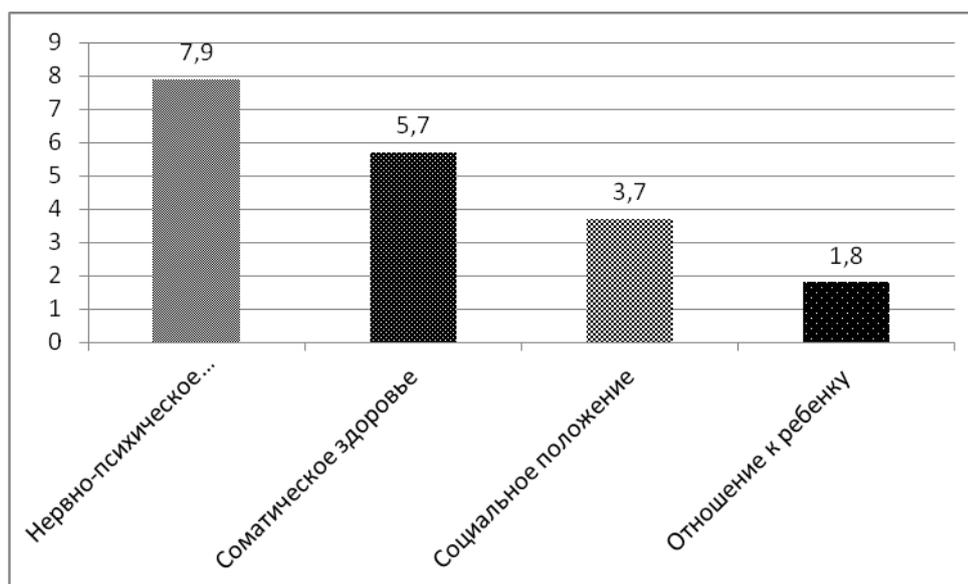


Рис.2.2.3. Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин, предпочитающих прерывание беременности, (ср.б)

В ходе проведенного психодиагностического исследования наблюдались нарушения следующих показателей: шкала нервно-психического напряжения, соответствующая высокому уровню нервно-психического напряжения, в ситуации решения о прерывании беременности психическое состояние женщины будет иметь неблагоприятное для женщины развитие событий, которые будут сопровождаться ощущением общего дискомфорта, тревоги, страха, а так же включать в себя неготовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом, что так же может влиять на решение о прерывании беременности и в дальнейшем может спровоцировать развитие постабортного синдрома ( $M_e=7,9$ ). При оценке соматического состояния беременной женщины, наблюдались нарушения следующих показателей соматического здоровья (лабильность артериального

давления (АД), увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС), боли внизу живота, снижение аппетита). Показатель отношения к предстоящему появлению ребенка в семье, коррелируя с другими данными качественного анализа, может говорить о том, что у тех женщин, в анамнезе которых были ранее один и более аборт, будут преобладать психосоматические заболевания и эмоциональные расстройства, которые могут быть связаны с возможным постабортным синдромом. При возникновении следующей беременности и принятии решения о её прерывании, возможно значительное ухудшение соматического здоровья таких женщин, а также усугубление эмоционального дисбаланса. (Me=5,7); (Me=3,7); (Me=1,8). Выявленные особенности подтверждают необходимость качественной и целенаправленной работы по стабилизации и психокоррекции возникших нарушений после прерывания беременности.

Для определения нарушений в эмоциональной сфере у женщин экспериментальной группы была проведена беседа, состоящая из следующих вопросов:

- Какие эмоции и мысли Вас посещали, когда узнали о своей беременности?
- Чувствовали ли Вы изменения в своём теле?
- Что изменится, если Вы оставите ребёнка?
- Какие эмоции и мысли Вас посещали после прерывания беременности?
- Чувствовали ли Вы изменения в своём теле после прерывания беременности?

В ходе беседы с женщинами экспериментальной группы (перед процедурой прерывания беременности) были выявлены следующие соматические и вегетативные нарушения:

- сильное волнение, сопровождающееся учащенным дыханием и потливостью;

- учащенное сердцебиение, особенно при обсуждении вопроса: «Что изменится, если Вы оставите ребенка?»;

- снижение аппетита, безразличие к еде;

- неясные тянущие боли внизу живота (не связанные с гинекологическими заболеваниями и патологией беременности, а обусловленные, скорее всего, психогенными факторами).

После проведения процедуры прерывания наблюдались:

- расстройства дыхания в виде появления «кома в горле»;

- симптомы раздражения кожных покровов (без признаков аллергии или контактных дерматитов);

- тремор рук с ощущением их «зябкости», локальной потливостью ладоней;

- сухая себорея головы с зудом кожи в области висков и затылка и усиленным выпадением волос, расчёсами на коже головы.

Данные расстройства соматики сопровождались нарушениями эмоциональной сферы в виде раздражительности, растерянности, гиперестезии чувств. Наблюдались частые смены настроения: от неадекватно радостного, сопровождающегося в конце слезами, до уныло-подавленного, с самообвинениями, эмоциональной отгороженностью от окружающих.

Таким образом, выявленные особенности постабортных переживаний подтверждают данные других авторов и наши собственные предположения о тесном взаимовлиянии репродуктивной и эмоциональной системы женщины, а также подтверждают нашу гипотезу о том, что у женщин после прерывания беременности могут наблюдаться нарушения эмоциональной сферы, что может привести к развитию постабортного синдрома и требует проведения психокоррекционной работы по ее стабилизации.

Рассмотрим выраженность показателей тревожности, психоэмоционального и соматического состояния женщин, после прерывания беременности, в зависимости от их типа отношения к беременности. Результаты исследования представлены на таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1.

Выраженность показателей тревожности, психоэмоционального и соматического состояния женщин после прерывания беременности в зависимости от их типа отношения к беременности

Показатели тревожности психоэмоционального и соматического состояния женщин	Тип отношения к беременности		U <sub>эмп</sub>
	Тревожность и неуверенность	Конфликт с беременностью	
Ситуативная тревожность	51,7	55,9	26
Личностная тревожность	52,7	54,2	42,5
Общий уровень тревожности	52,2	55,1	37
Нервно психическое напряжение	6,9	8	**7,5
Соматическое здоровье	5,3	5,8	33,5
Социальное положение	4,8	3,3	33,5
Отношение к ребенку	1,5	1,8	42,5

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

С целью выявления статистических различий в группах женщин имеющих разный тип отношения к беременности, по показателям тревожности психоэмоционального и соматического состояния нами был применён непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (таблица 2.2.1).

Опираясь на полученные данные, мы видим, что для женщин с высокими показателями тревожности, психоэмоционального и соматического состояния относительно к типам отношения к беременности, будет явно преобладать показатель нервно-психического напряжения. Это может говорить о том, что в ситуации после прерывания беременности женщины, имеющие разный тип отношения к беременности, различаются на

высоком уровне статистической значимости по показателю нервно-психическое напряжение. Следовательно, женщины с типом отношения к беременности «конфликт с беременностью», будут статистически иметь более выраженное нервно-психическое напряжение по сравнению с женщинами, имеющими тревожный тип отношения к беременности.

Таблица 2.2.2.

Выраженность показателей типа отношения к беременности, тревожности, психоэмоционального и соматического состояния женщин, имеющих и не имеющих аборты

Изучение показателей	Женщины, имеющие аборты	Женщины, не имеющие абортов	U эмп
Тип отношения к беременности	3,81	3,75	120
<b>Выраженность показателей тревожности</b>			
Ситуативная тревожность	55	54,5	121
Личностная тревожность	52	55,5	95,5
Общий уровень тревожности	3	3	128
<b>Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин</b>			
Нервно-психическое напряжение	8,9	6	***4,5
Соматическое здоровье	6	4,3	**87,5
Социальное положение	3,5	3,6	86,5
Отношение к ребёнку	1,6	1	120,5

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

С целью выявления статистических различий в группах женщин имеющих и не имеющих аборты, по показателям тревожности психоэмоционального и соматического состояния нами был применён непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (таблица 2.2.2). В результате чего нами было обнаружено то, что женщины имеющие тип отношения к беременности «тревожность и неуверенность», статистически отличаются на достоверном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ), от женщин не имеющих аборты по показателю «нервно-психическое напряжение» ( $U_{эмп}=4,5$ ), т.е, женщины имеющие аборты будут иметь более высокий уровень выраженности «нервно-психического напряжения». Это может быть связано с тем, что при неоднократном прерывании беременности для женщины будет свойственно состояние перманентного напряжения, которое неблагоприятно повлияет на её решение о возможности сохранения беременности. Так же по показателю «Соматическое здоровье» ( $U_{эмп} = 87,5$ ) нами было обнаружено то, что женщины имеющие аборты отличаются на уровне статистической тенденции ( $p \leq 0,1$ ), от женщин, не имеющих абортов в анамнезе. При возникновении незапланированной беременности у них будут чаще наблюдаться состояния общего дискомфорта, усиление тревоги, страха, что может повлиять на решение о прерывании беременности спровоцировать развитие постабортного синдрома, затяжных депрессий и высокого уровня агрессии. Данная симптоматика может негативно влиять на соматическое состояние после повторного произведенного аборта.

Рассмотрим выраженность показателей типа отношения к беременности, тревожности, психоэмоционального и соматического состояния женщин состоящих и не состоящих в браке. Результаты исследования представлены на таблице 2.2.3.

Таблица 2.2.3.

Выраженность показателей типа отношения к беременности, тревожности, психоэмоционального и соматического состояния женщин, состоящих и не состоящих в браке

Изучение показателей	Женщины, состоящие в браке	Женщины, не состоящие в браке	U эмп
Тип отношения к беременности	3,8	3,6	46
<b>Выраженность показателей тревожности</b>			
Ситуативная тревожность	55,7	53,2	47
Личностная тревожность	54,8	52	40
Общий уровень тревожности	2,9	3	51
<b>Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин</b>			
Нервно-психическое напряжение	7,2	8,9	***14
Соматическое здоровье	5,4	6,3	**33
Социальное положение	2,6	4,1	***19
Отношение к ребёнку	1,7	1,9	50

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

С целью выявления статистических различий в группах женщин состоящих и не состоящих в браке, по показателям тревожности психоэмоционального и соматического состояния нами был применён непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (таблица 2.2.3). В результате чего, нами было обнаружено то, что женщины не состоящие в браке, имеющие тип отношения к беременности «тревожность и неуверенность», статистически отличаются на достоверном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ), от женщин состоящих в браке по показателю нервно-психическое напряжение ( $U_{\text{эмп}}=14$ ), т.е, женщины не состоящие в браке, будут иметь более высокий уровень выраженности нервно-психического напряжения. Это можно объяснить тем, что женщины, не состоящие в браке, будут более подвержены чувству неуверенности в будущем за полноценное воспитание ребёнка. Также им свойственны преувеличенные опасения по поводу изменения своего

внешнего облика после родов (страх полноты, нарушение привычных пропорций тела). Кроме того, нами было обнаружено то, что женщины состоящие в браке имеющие тип отношения к беременности «тревожность и неуверенность», статистически отличаются на достоверном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ), от женщин, не состоящих в браке, по показателю социальное положение ( $U_{\text{эмп}}=19$ ). Это можно объяснить тем, что у женщин в связи с незапланированной беременностью, могут возникать высокие риски в плане материальной составляющей будущей семьи, возможной опоры на супруга, дальнейшего развития в карьере, получения образования и т.д. При внезапном развитии событий, в связи с возникшей незапланированной беременностью, будут иметь место ощущения тревоги, разнообразные страхи, опасения социального неуспеха в связи с необходимостью в случае сохранения беременности «терять время» на декретный отпуск.

Данные факторы могут негативно влиять на решение о продолжении беременности и провоцировать развитие затяжных депрессий, нервных срывов, высокого уровня самообвинения, агрессии, а так же, впоследствии, – постабортного синдрома. Это подтверждает необходимость в качественной и целенаправленной работе по стабилизации и психокоррекции возникших нарушений после прерывания беременности, а так же с целью профилактики последующих решений о её прерывании.

### **2.3. Оценка эффективности коррекционно-развивающей программы**

Результаты эмпирических исследований легли в основу формирующего эксперимента, целью которого являлось проработка негативных эмоций и чувств, возникших после прерывания беременности. По результатам, которые мы получили в первом срезе нашего исследования, выявились и подтвердились нарушения в эмоциональном плане у женщин, которые предпочли прерывание беременности. Для снижения их глубины и интенсивности нами была разработана специальная программа психокоррекции ( Приложение 2).

**Цель программы:** профилактика эмоциональных нарушений у женщин, которые предпочли прерывание беременности.

**Задачи:**

- 1.Проработка негативных эмоций и чувств, возникших после прерывания беременности;
- 2.Формирование положительной установки на последующую беременность;
- 3.Выработка устойчивого психологического и телесного самопринятия;
- 4.Обучение методам саморегуляции.

Названная цель и задачи были конкретизированы в следующих этапах работы:

**I этап психокоррекционной работы:**

1. Установление «доверительной дистанции» с пациенткой. Соблюдение проксемических принципов безопасной коммуникации. Демонстрация готовности выслушать её и оказать необходимую консультативную помощь.
2. Предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов обращения за помощью.

## **II этап:**

1. Выявление жалоб (часто соматическим жалобам на самочувствие, связанное с наступлением беременности, сопутствуют жалобы на изменение настроения, снижение общего жизненного тонуса, появление отрицательного эмоционального фона) и их структурирование.

2. Оценка внутренней картины – концепции болезни (новые, непривычные телесные ощущения, особенно у первородящей, местного и общего характера, как физиологического, так и патологического регистра, приводят к возникновению сенсорного уровня отражения переживания беременности). При этом степень участия физиологического фактора в становлении внутренней картины болезни (ВКБ) определяется тяжестью соматических проявлений, астенией и другими ноцицептивными ощущениями.

Сенсорный уровень включает в себя боли (при угрозе прерывания беременности) и другие неприятные ощущения, их интенсивность и длительность.

Эмоциональный уровень ВКБ связан с типом эмоционального реагирования на факт наличия беременности, неотвратимость наступления родов с неизбежной кровопотерей, болью, возможностью послеродовых осложнений.

Интеллектуальный (рационально-информационный) уровень связан с представлениями и знаниями пациентки о трудностях вынашивания, размышлениями о дальнейшей судьбе – своей и ребенка, об изменениях в супружеских отношениях.

Волевой (мотивационный) уровень определяет готовность пациентки к изменениям в поведении и привычном образе жизни, актуализирует материнский инстинкт, управляет активизацией саногенных ресурсов по сохранению здоровья и успешному вынашиванию ребёнка.

Проводя консультацию, необходимо помнить, что нежелательная беременность создает для женщины трудную жизненную ситуацию. Эта

ситуация включает в себя множество разнородных моментов: перестройку отношений с близкими, часто – их сопротивление желанию женщины сохранить ребёнка, изменение образа жизни в соответствии с самочувствием, процедуры и приемы лекарств, общение с врачами, потребность в материальной и духовной поддержке.

3.Формулировка проблемы. Установление истинной причины психоэмоциональных нарушений. Составление алгоритма психокоррекционных мероприятий.

### **III этап:**

- 1.Оценка желаемого результата проводимой работы.
- 2.Определение субъективной модели здоровья пациентки и предпочтительного эмоционального статуса.
- 3.Встречи с родственниками (по желанию пациентки).

### **IV этап:**

1. Проработка ложных убеждений и страхов (когнитивно-бихевиоральная терапия).
2. Создание модели «желательного будущего».
3. Арт-терапия (рисунки, лепка). Важно обсуждение результатов арт-терапии, фиксация изменений эмоционального фона женщины, ее оценка собственного состояния после каждого сеанса.
4. Проработка негативных эмоций на телесном уровне.

Основные этапы психокоррекционной программы:

- 1) Установочный этап, включающий в себя сбор диагностического материала;
- 2) Психокоррекционный этап, заключающий в себе индивидуальную и групповую работу с пациентками, встречи с семьей и родственниками женщины с целью прояснения семейной ситуации, а также для коррекции их неправильных установок в отношении к женщине, сделавшей аборт;
- 3) Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Для реализации психокоррекционной программы предусмотрено 3 индивидуальных встречи с женщиной. Занятия проводились на 3-5ый день, исходя из самочувствия женщины (в согласованности с врачом-гинекологом) и мотивации на работу самой женщины. Каждая встреча имела свободный график занятий, время ограничивалось от 2 до 3 часов.

Ожидаемые результаты и способы их проверки по итогам реализации блоков психокоррекционной программы:

- формирование адекватных представлений о предстоящих телесных и психологических изменениях после прерывания беременности;
- принятие женщиной себя, осознание произошедшего, принятие изменений, которые произошли с ней после прерывания беременности;
- формирование у женщин положительного, многовариантного образа будущего;
- формирование адекватной модели супружеских отношений и взаимных ожиданий после произведенного аборта;
- восстановление или формирование благоприятных, доверительных отношений с родственниками, прощение их ошибок и заблуждений;
- повышение самооценки женщины и расширение ее психологического пространства, включение в него ребенка как желательного объекта;
- закрепление навыков саморегуляции, в т.ч. мышечной релаксации, для противодействия реакциям тревоги и страха. Тематическое планирование занятий представлено в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Тематический план психокоррекционной программы

Первая встреча	Содержание занятий
1. Упражнение «Работа с причинами» 2. Упражнение «Метод 3х колонок» Проверка обоснованности неадаптивной автоматической мысли методом 3х колонок»	<b>Цель:</b> проработка негативных эмоций и чувств возникших после прерывания беременности <b>План занятия:</b> Приветствие – 5 минут <b>Задачи:</b> 1. Узнать по каким причинам был произведён аборт; 2. Узнать что на данный момент испытывает женщина «чувства»; 3. Проработать эти чувства на уровне осознания и

	<p>телесности;</p> <p>4.Просмотреть будет ли присутствовать диссоциация с телом;</p> <p>5.Проработать негативные эмоции на телесном уровне;</p> <p>Домашнее задание, выполняется женщиной ежедневно:</p> <p><b>Цель:</b> обучение навыка замены отрицательной мысли положительной</p> <p><b>Структура:</b> Психолог даёт домашнее задание женщине: « разделить лист на три колонки. В левом столбце описать данную ситуацию, в средней фиксировать негативные мысли, а в правой колонке фиксировать свои коррективные мысли:</p> <p><b>Инструкция:</b> при возникновении негативных мыслей постарайтесь чётко сформулировать и изложить их на бумаге, постарайтесь следить за своими мыслями в ситуации, которая Вас психически травмирует</p> <p>Отдых между занятиями сопровождался методами: Арт-терапия (рисунки, лепка).</p>
<b>Вторая встреча</b>	<b>Содержание занятий</b>
3 Упражнение: « Письмо не рождённому ребёнку»	<p><b>Цель:</b> проработка чувства утраты и пустоты возникшего после прерывания беременности</p> <p>1.<b>Инструкция:</b> Напишите, пожалуйста, письмо ребёнку, который мог у Вас родиться, постарайтесь написать и сказать ему то, что Вы хотели сказать.</p> <p>Важно обсуждение после выполнение занятия, самоанализ чувств женщины при выполнении данного занятия.</p>
4. Упражнение:  Направленная визуализация «Место силы» – 25 минут	<p><b>Цель:</b> обучить приемам релаксации.</p> <p><b>Содержание:</b> Женщине предлагается представить в мельчайших деталях место, в котором она чувствовала бы себя наиболее комфортно и спокойно.</p> <p>3.Рефлексия</p> <p><b>Цель:</b> определить эмоциональное состояние женщины</p> <p><b>Содержание:</b> Женщины делятся своими впечатлениями от работы и пожеланиями относительно следующих встреч.</p>
5. Упражнение :  «Новый образ» беседа с психологом	<p><b>Цель:</b> принятие женщиной себя и изменений, происходящих в организме после прерывания беременности.</p> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– развитие умения прислушиваться к своим телесным ощущениям (фиксировать их) и осознанно относиться к поступающей информации;</li> <li>– формирование адекватных представлений о изменениях, происходящих в организме женщины после прерывания беременности;</li> <li>– принятие себя и изменений, произошедших и предстоящих женщине в связи с прерыванием беременности.</li> </ul>
<b>Третий день встречи завершающий</b>	<b>Содержание занятий</b>

6 Упражнение «Три плана» – 40 минут	<p><b>Цель:</b> развивать умение прислушиваться к своим телесным ощущениям (фиксировать их) и осознанно относиться к поступающей информации.</p> <p><b>Содержание:</b></p> <p>I. Психолог предлагает женщине закрыть глаза на одну минуту. Задача женщины как можно полнее почувствовать внешние воздействия: слуховые, обонятельные, тактильные. Затем женщина рассказывает о своих ощущениях, начиная со слов: «Во внешнем плане я ощущала...».</p> <p>II. На следующем этапе женщине опять предлагается закрыть глаза и в течение минуты обращать внимание только на ощущения, идущие от своего тела: ощущения зажатости, напряжения и наоборот, расслабленности. Через минуту они рассказывают об этом, начиная со слов «Во внутреннем плане я ощущала...».</p>
--	---

Более подробное описание упражнений представлено в (приложении 2).

В результате проведенной психокоррекционной работы по разработанной нами программе, в ходе итогового тестирования экспериментальной группы были получены результаты, свидетельствующие о наличии положительной динамики в устранении нарушений, возникших после прерывания беременности у женщин. Обработка данных производилась с помощью пакета SPSS Statistics 22 (приложение 5). Результаты, полученные в ходе итогового психодиагностического исследования, представлены в таблице 2.3.4., полученные нами по показателям после программы психокоррекции у женщин после прерывания беременности.

После проведения экспериментальной программы на отобранной группе женщин, мы провели контрольный срез, повторную диагностику, предусмотренную нашим исследованием. После обработки данных, нами были получены следующие результаты: практически у всех женщин входящих в экспериментальную группу, наблюдается изменение показателей в сторону их снижения, уменьшения глубины и интенсивности нарушений, возникших после прерывания беременности.

Анализируя полученные данные, мы можем отметить, что женщины после проведения психокоррекционных мероприятий стали более спокойными, прежние соматические жалобы на самочувствие исчезли. Также отсутствуют жалобы на изменение настроения; наблюдается повышение общего жизненного тонуса, появление положительного эмоционального состояния в связи с формированием у женщин многовариантного образа будущего, а также адекватной модели супружеских отношений и взаимных ожиданий после произведенного аборта. Кроме того, отмечается более адекватное принятие женщиной себя, спокойное осознание произошедшего, принятие изменений, которые произошли с ней после прерывания беременности.

Для определения нарушений в эмоциональной сфере у женщин экспериментальной группы была проведена повторная беседа, состоящая из следующих вопросов:

- 1) Какие эмоции и мысли Вас посещают на данный момент?
- 2) Чувствуете ли Вы изменения в своём теле? Опишите их.
- 3) Что осталось в Вашей памяти от тех неприятных событий, последствия которых Вы преодолели? (речь идёт об аборте). Как они повлияли на Ваш жизненный опыт? Чему научили?
- 4) С чем Вы уходите? Опишите Ваше состояние.

В ходе беседы с женщинами экспериментальной группы мы пронаблюдали значительные изменения в эмоциональной сфере:

- появление положительного эмоционального состояния;
- вера в успех и формирование новых целей, направленных в будущее;
- улучшение эмоционального фона в семье (исчезновение взаимных упреков, недоверия, повышение комфортности общения);
- мягкие переходы из одного эмоционального состояния в другое;
- самопринятие (как в телесном, так и в духовном плане).

Одновременно стабилизировалась мотивационно-волевая сфера (исчезла апатия; появился интерес к работе и учёбе; возобновились прежние

увлечения – хобби, спорт, посещение разнообразных кружков по интересам, развивающих тренингов).

На вопрос: «Какие эмоции и мысли Вас посещают на данный момент?» большинство женщин проявляли положительный эмоциональный фон, который сопровождался улыбкой, яркостью глаз и утвердительными ответами: «Мне захотелось заново жить, любить и верить в хорошее будущее»; «Я осознала содеянное, и мне хотелось бы сходить в Церковь»; «В своём теле я не ощущаю того дискомфорта который был после аборта»; «Я чувствую лёгкость, облегчение, значительное улучшение в общем состоянии здоровья».

В итоге, после проведения психокоррекции мы, во-первых, стабилизировали эмоциональную сферу женщин, приведя ее в оптимальное состояние (свойственное каждой из них вне стрессогенной ситуации вынужденного прерывания беременности); во-вторых, подготовили женщину к внезапной ситуации будущей беременности, в частности незапланированной. Этого удалось достичь путём формирования у пациенток установки на осознанное материнство, на любовь к будущему ребенку и уверенность в своей возможности к вынашиванию и рождению, а также к заботе о новорожденном. Кроме того, мы не допустили в такой сложный период для женщины развития постабортного синдрома.

Всё вышесказанное позволяет нам сделать вывод о том, что наша гипотеза полностью подтверждается. Предложенная психокоррекционная программа является одним из вариантов действенной практической помощи женщинам в постабортном периоде в условиях амбулаторного консультирования.

В контрольной группе женщин подобных изменений не наблюдалось, результаты практически не изменились. Графически и более наглядно это представлено на таблице 2.3.2.

Таблица 2.3.2.

Значение критерия Т- Вилкоксона при сравнении показателей в контрольной группе до и после воздействия

№	Исследуемые показатели	До	После	T <sub>эмп</sub>
	Тип отношения к беременности	3,5	3,6	6
	<b>Выраженность показателей тревожности</b>			
	Ситуативная тревожность	50	52,4	1
	Личностная тревожность	51,8	57,1	2
	Общий уровень тревожности	3	3	1
	<b>Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин</b>			
	Нервно-психическое напряжение	7,1	8,1	**2
	Соматическое здоровье	5,3	5,5	9
	Социальное положение	4	4,5	9
	Отношение к ребёнку	1,6	1,6	0

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

Анализируя полученные данные, можно констатировать, что женщины, которые не были согласны на проведение психокоррекционных занятий после прерывания беременности, имели различия только по одному показателю – «нервно-психическое напряжение» ( $T_{эмп}=2$ ). т.о., после прерывания беременности выраженность показателя «нервно-психического напряжения» негативно повлияла на показатели психоэмоционального и соматического состояния. Это может свидетельствовать о том, что для женщин, не прошедших психокоррекцию нарушений после прерывания беременности, будет вероятным развитие постабортного синдрома на фоне психоэмоциональной нестабильности и отсутствии когнитивной и эмоциональной проработки ситуации перенесенного аборта.

Для выявления нарушений в эмоциональной сфере у женщин контрольной группы нами также была проведена повторная беседа, состоящая из следующих вопросов:

- 1) Какие эмоции и мысли Вас посещают на данный момент?
- 2) Чувствуете ли Вы изменения в своём теле? Опишите их?

3) Что осталось в Вашей памяти от тех неприятных событий, последствия которых Вы преодолели? (речь идёт об аборте). Как они повлияли на Ваш жизненный опыт? Чему научили?

4) Опишите Ваше состояние?

В ходе беседы с женщинами контрольной группы мы пронаблюдали:

- низкий интерес к теме разговора (с уходом от неё);
- высокий уровень агрессии;
- односложные и стереотипные ответы.

На вопрос: «Какие эмоции и мысли Вас посещают на данный момент?» большинство женщин проявляли грусть и неконтролируемые слезы, которые сопровождались резкой сменой настроения, неадекватным смехом. Звучали темы самообвинения, неуверенности в будущем, отсутствия его сформированной картины: «У меня появился страх моего будущего»; «Я пытаюсь постоянно подавить мысли об аборте, но они не уходят, и меня это тревожит»; «У меня появилось отторжение к мужчинам/мужу»; «Я чувствую себя разбитой».

Данные вербальные и эмоционально-поведенческие проявления в ходе беседы могут указывать на то, что существует высокая доля вероятности развития у этих женщин постабортного синдрома. Для смягчения эмоциональных проявлений и с целью стабилизации психического состояния мы рекомендовали данной группе женщин обратиться к психологу.

Таблица 2.3.3.

Значение критерия Т- Вилкоксона при сравнении показателей в экспериментальной группе до и после воздействия

№	Изучаемые показатели	до	после	Тэмп
	Тип отношения к беременности	4	1	***-4
<b>Выраженность показателей тревожности</b>				
	Ситуативная тревожность	59,8	52,4	***-3
	Личностная тревожность	56	57,1	3
	Общий уровень тревожности	3	3	1,6
<b>Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин</b>				
	Нервно-психическое напряжение	8,4	2,75	***-3,5
	Соматическое здоровье	6	2,75	***-3
	Социальное положение	3,3	1,9	***-2
	Отношение к ребёнку	1,8	0,1	***-3

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

С целью выявления статистических различий по показателям тревожности психоэмоционального и соматического состояния при сравнении показателей в экспериментальной группе до и после воздействия, нами был применен непараметрический статистический критерий для двух зависимых выборок Т-Вилкоксона, в результате чего были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости ( $-p \leq 0,01$ ), по следующим показателям: «Тип отношения к беременности», мы можем сделать следующие выводы, что женщины, после программы психокоррекции, по сравнению с показателями до воздействия, будут статистически отличаться на высоком уровне значимости. Это может нам говорить о том, что после программы психокоррекции женщины будут иметь больший ресурс по переживанию ситуации прерывания беременности, а также устойчивость к развитию постабортного синдрома ( $T_{эмп} = -4$ ).

По показателю «Ситуативная тревожность» мы можем говорить о том, что в ситуации внезапности незапланированной беременности у женщин до воздействия психокоррекции будут преобладать более выраженные симптомы тревоги и неуверенности, по сравнению с показателями после

воздействия, ( $T_{эмп}=-3$ ). Сравнивая показатели «Нервно-психического напряжения» до воздействия и после, отметим, что женщины до прохождения коррекционной программы будут иметь более выраженное нервно-психическое напряжение, по сравнению с показателями после воздействия ( $T_{эмп}=-3,5$ ). Также нами были выявлены различия в таких показателях как «Соматическое здоровье» ( $T_{эмп}=-3$ ), «Социальное положение» ( $T_{эмп}=-2$ ), «Отношение к ребёнку» ( $T_{эмп}=-3$ ): данные результаты указывают на высокий уровень статистических различий.

Сравнивая данные показатели, мы можем говорить о том, что до воздействия психокоррекционной программы женщины будут иметь более высокие риски развития нарушений в эмоциональной сфере, в том числе, невозможность самостоятельно справиться с пережитым, урегулировать свой эмоциональный фон, создать установку на осознанное материнство при последующей незапланированной беременности и предотвратить развитие постабортного синдрома. После проведения программы мы можем видеть, что женщины, восстановив эмоциональное равновесие, эффективно справляются с возникающими проблемами – как в сфере здоровья, так и в семейной, коммуникативной и внутриличностной.

Таблица 2.3.4.

Значение критерия U- Манна-Уитни при сравнении показателей в контрольной и экспериментальной группах после воздействия

№	Исследуемые показатели	КГ	ЭГ	$U_{эмп}$
	Тип отношения к беременности	3	1	**0
	<b>Выраженность показателей тревожности</b>			
	Ситуативная тревожность	52,4	52,4	128
	Личностная тревожность	57,1	57,1	128
	Общий уровень тревожности	3	3	128
	<b>Выраженность показателей психоэмоционального и соматического состояния женщин</b>			
	Нервно-психическое напряжение	8,1	2,75	**0
	Соматическое здоровье	5,5	2,75	**9
	Социальное положение	4,5	1,9	**25
	Отношение к ребёнку	1,6	0,1	**9

Примечание: \*\*\*- $p \leq 0,01$ ; \*\*- $p \leq 0,05$ ; \*- $p \leq 0,1$

С целью выявления статистических различий по показателям в контрольной и экспериментальной группах после воздействия нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни, в результате чего анализируя данные таблицы 2.3.4. были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости ( $p \leq 0,05$ ) по показателям: «Тип отношения к беременности», сравнивая данные показатели, мы можем говорить о том, что экспериментальная группа женщин статистически будет отличаться на достоверном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ) от женщин контрольной группы. Это свидетельствует о том, что женщинам экспериментальной группы, прошедшим психокоррекцию, будет свойственен «Адекватный стиль переживания беременности». Данный стиль не характеризуется отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями, что может говорить о благоприятной ситуации для женщин, вошедших в экспериментальную группу, а именно при внезапной незапланированной беременности у них будет преобладать больший ресурс на мотивацию к вынашиванию ребёнка, нежели на прерывание. Данные результаты указывают на эмоциональную стабильность, а также на наличие установки на осознанное материнство при последующей беременности, по сравнению с женщинами, вошедших в контрольную группу ( $U_{эмп}=0$ ).

По таким показателям как «Нервно-психическое напряжение», мы можем сделать следующие выводы: женщины, входящие в экспериментальную группу, статистически отличаются на достоверном уровне значимости ( $p \leq 0,05$ ) от женщин, которые составили выборку контрольной группы ( $U_{эмп}=0$ ). Т.о., женщины экспериментальной группы будут иметь благоприятное развитие событий, им будет более свойственно только ощущение общего дискомфорта, при отсутствии тревоги, страхов, которые были связаны с прерыванием беременности. Также они будут иметь возможность овладеть ситуацией, действовать в ней обдуманно и

решительно. По сравнению с женщинами, вошедшими в контрольную группу, для которых будет более свойственной неготовность овладеть ситуацией, при высоком нервно-психическом напряжении, при неумении действовать в ней определенным образом, женщины экспериментальной группы дадут более высокие показатели эффективного поведения и эмоциональной стабильности ( $U_{эмп}=0$ ). По показателям «Соматическое здоровье» ( $U_{эмп}=9$ ), «Отношение к ребёнку» ( $U_{эмп}=9$ ), нами было обнаружено, что женщины экспериментальной группы статистически отличаются от женщин контрольной группы на достоверном уровне значимости, а именно женщины составляющие выборку контрольной группы будут иметь более высокие риски возникновения психосоматических заболеваний после перенесенного аборта. Впоследствии такие состояния могут проявиться в неспособности выражать свои чувства и справляться самостоятельно с гневом, болью, страхом и виной за содеянное, а так же, неспособностью принять убийство ребенка, что послужит развитию постабортного синдрома. По показателям «Социальное положение» нами были выявлены значимые различия на достоверном уровне статистической значимости ( $U_{эмп}=25$ ), которые мы можем обозначить следующими выводами, женщины входящие в контрольную группу в связи с прерыванием беременности компенсировали отсутствие ребенка, материнства, достижениями в работе, при возможном социальном росте. Это не является истинным замещением одного объекта другим, т.к. женщине не может заменить детей и радость материнства успешная трудовая деятельность, высокие материальные прибыли. Однако в нашей контрольной группе мы наблюдали именно компенсацию материнства профессиональными достижениями.

Таким образом, сравнительный анализ данных показывает, что после проведения психокоррекционных занятий в экспериментальной группе у женщин произошли положительные изменения в показателях психоэмоционального и соматического состояния после прерывания беременности, что подтверждает эффективность предложенной нами

программы психокоррекции нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности.

Всё вышесказанное позволяет нам сделать вывод о том, что наша гипотеза полностью подтверждается. Предложенная психокоррекционная программа является одним из вариантов действенной практической помощи женщинам в постабортном периоде в условиях амбулаторного консультирования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность темы определяется малой изученностью вопросов психокоррекции нарушений в эмоциональной сфере женщин, перенесших искусственный аборт, а так же ее значимость для женщин, находящихся с уже возникшими нарушениями после прерывания беременности. В процессе психокоррекционной работы женщине после прерывания беременности, значительно проще перенести тот выбор, который она сделала, воспользовавшись ресурсом работы, предлагаемый психологом. После произведенного аборта женщине будет легче справиться со своими эмоциями и возникшими нарушениями после прерывания беременности, а также не допустить развитие постабортного синдрома. Кроме того, постабортный синдром и другие затяжные расстройства психической сферы женщины создают условия для социально-психологической дезадаптации, что приводит к резкому сужению поля социального функционирования не только самой женщины, но и ее близкого окружения.

Несмотря на имеющиеся в мировой практике наработки в отношении консультирования и психокоррекции женщин с постабортными эмоциональными нарушениями, это направление является новым, не имеющим четкой методологии и эффективных схем практической помощи. Этим и объясняется своевременность и актуальность проведенного нами научно-практического исследования.

В результате решения второй задачи исследования выявлено, что социально-демографические, медико-психологические и личностные аспекты, влияющие на нарушения эмоционального состояния женщин в постабортном периоде, будут иметь значение как предикторы не только в плане выбора между сохранением и бережным вынашиванием беременности и ее прерыванием, но и в прогностическом плане как факторы способствующие или блокирующие развитие постабортного синдрома.

В результате проведённой психокоррекционной работы были получены результаты, свидетельствующие о наличии положительной динамики в стабилизации эмоциональной сферы у женщин, перенесших процедуру искусственного аборта.

Психологическая коррекция позволила повысить общий уровень психического и соматического здоровья в экспериментальной группе женщин. Проведённые занятия позитивно сказались на способности испытуемых экспериментальной группы к формированию таких качеств как: умение пересмотреть свою жизнь, увидеть её картину в целом и научиться воспринимать ее в новом свете; переключиться с болезненных переживаний на позитивный настрой; обрести готовность навсегда примириться с пережитым и получить исцеление.

По результатам проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Психологическая коррекция способствовала адекватной переработке женщинами пережитого опыта; встраиванию его в личную историю, элиминации его негативного содержания.

2. Женщины экспериментальной группы начали проявлять черты ассертивности, самостоятельно справляться с остаточными явлениями эмоциональных расстройств, планировать многовариантную модель будущего.

3. Женщины экспериментальной группы стали ориентироваться на собственные, аутентичные предпочтения в жизненных выборах, при повышении личной ответственности.

4. Психокоррекционная программа способствует выработке социально-адаптивных, конструктивных стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях, в частности, при наступлении внезапной беременности; обучает способам совладания с острыми эмоциональными реакциями на неожиданные обстоятельства; минимизирует риски возникновения и развития патологических состояний психогенного происхождения.

Таким образом, по результатам исследования наша гипотеза подтвердилась: система психокоррекционных мероприятий с женщинами, перенесшими процедуру искусственного аборта, способствует устранению нарушений в эмоциональной сфере, вызванными как психогенными факторами (страх перед нежелательной беременностью, внутрисемейные конфликты, нарушение привычного уклада жизни, боязнь процедуры аборта и ее осложнений), так и связанными с самой беременностью и постабортными соматическими осложнениями (эмоциональная и вегетативная нестабильность, депрессивные состояния, страхи, высокий уровень тревожности, гормональное бесплодие).

В процессе психокоррекционной работы психолог предоставляет женщине внешний когнитивный ресурс, позволяя рассматривать возникшую проблему в различных ракурсах, демонстрируя как арсенал непосредственных («здесь и теперь») стратегий, так и многовариантность будущего. Создавая в рамках коррекционной работы благоприятную, психологически комфортную среду, консультант обучает женщин приемам совладания через известные техники «визуализации», проективного рисунка, телесно-ориентированные методики, ассертивные техники.

Данная система психокоррекции, являясь по существу не только коррекционной, но и обучающей, просветительской, повышает стрессоустойчивость женщины к различного рода неблагоприятным факторам, делает ее менее уязвимой и более ассертивной, способствуя в будущем к принятию ею взвешенных, продуманных решений на основе жизненных выборов, в том числе, в плане осознанного материнства.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Г.С. Психология материнства / Г.С. Абрамова. - М.: Академический проект, 2007. - 704с.
2. Абрамченко В.В, Мальгина Г.Б., Коваленко Н.П., Убайдатова Б.А. Стресс и беременность. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. - С.49-52.
3. Абдуллаходжаева М.С. Центральная нервная система при беременности / М.С. Абдуллаходжаева, Н.П. Маджидов, А.Б. Погорелова. М.: Медицина, 2011.- 92 с.
4. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология. 2-изд. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2014. – 350 с
5. Абрамченко В.В. Безопасное материнство. (Физическое совершенство женщины). / В.В. Абрамченко. СПб.: ИАГ РАМН им. Д.О. Отта, 1997. - 240 с.
6. Адзиева М.Р. Внутриличностный конфликт и токсикозы беременности / М.Р. Адзиева // Ежегодник Российского Психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28.06.2003 г. СПб.: СПб ГУ, 2003.-Т. 1, С. 39-40.
7. Айламазян Э.К. К вопросу об эффективности психотерапевтической помощи женщинам с угрозой невынашивания беременности / Э.К. Айламазян // Материалы 22-й научной сессии НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН. СПб.: НИИАГ, 2013. - С. 14-21.
8. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца /Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. – М.: Эксмо, 2009.
9. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. /Савельева Г.М., Серов В.Н., Сухих Г.Т. – М.: Гэотар-Медиа, 2009.

10. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах./ ДеЧерни А.Х., Натан Л. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
11. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие с компактдиском / Под ред. проф. О.В.Макарова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640 с.
12. Акушерство: курс лекций. / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Буданов П.В., Баев О.Р. – М.: Гэотар-Медиа, 2009.
13. Анохин П.К. Эмоции//Большая медицинская энциклопедия. – М., 1964. – Т.35.
14. Артемов А. Н., Снегирева Е. В., Ковалева А. В. Постабортный синдром и техники доабортного психологического консультирования // Молодой ученый. — 2016. — №9. — С. 371-374. — URL <https://moluch.ru/archive/113/29179/> (дата обращения: 12.12.2017).
15. Артемов А. Н., Снегирева Е. В., Ковалева А. В. Постабортный синдром и техники доабортного психологического консультирования // Молодой ученый. — 2016. — №9. — С. 371-374.
16. Боулби Д. Материнская забота и психическое здоровье / Д. Боулби // Хрестоматия по перинатальной психологии. - М. : Изд-во УРАО, 2007. - С. 246 - 251.
17. Браш Х. Самые важные девять месяцев / Х. Браш. - М.: Сигма-Пресс, 2006.- 256с.
18. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка // Перинатальная психология и медицина. Ч.1. - Иваново, 2011. - С. 164 – 179.
19. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью.//Психология сегодня.-вып.4.- 2007.- с.150-151.
20. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии - 2009. - №3. С. 38 - 47.

21. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка //Синапс,1993, №4.)
22. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства. – СПб.: Питер, 2016 – 270 с.
23. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2009. - 498с.
24. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. / Апресян С.В., Радзинский В.Е. - М.: Гэотар-Медиа, 2009.
25. Бертин А. Воспитание в утробе матери или рассказ об упущенных возможностях. СПб.: МНПО «Жизнь», 1992.
26. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. М.: Знание, 1991
27. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения./ А.И. Брусиловский – М.: "Знание", 1991. – 224с.
28. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов// Вопросы психологии. - №3, 2002, - С.110-112.
29. Васильева О.С. Психология здоровья человека. – М.: Медицина, 2001.
30. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. – М.: Просвещение, 1986. С. 14-18.
31. Ворошнина О.Р. Психологическая коррекция депривированного материнства: Канд. дис.... М., 1998.
32. Герасимова Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения: Автореф. . дис. канд. психол. наук / Т.Г. Герасимова; ИГУ. Иркутск, 2013. - 18 с.
33. Гестоз: теория и практика. /Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
34. Горохова И. В. Роль психологического доабортного консультирования в формировании мотивации женщины к отказу от прерывания

- беременности/ И. В. Горохова, О. В. Петрова, Р. Н. Дергунова. // Управление качеством медицинской помощи. 2015. № 1–2. С. 26–30.
35. Гройсман Э.Н. Рожденные вопреки всему. - К.: Наука, 2012 – 116 с.
36. Добряков И.В. В ожидании ребенка / И.В.Добряков. - СПб.: ИК - Комплекс, 2009.-415с.
37. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: руководство для практических врачей / Под редакцией профессора В.Е. Радзинского. – М., 2014. – 344 с.
38. Иванюшкин А.Я. Морально-этические проблемы аборта и контрацепции. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- М.: Медицина, 1999.
39. Изард К. Психология эмоций. 4-е изд.– СПб.: Питер, 2017 – 464 с.
40. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2011.
41. Ильин Е.П. Психология для педагогов. – СПб.: Питер, 2012.
42. Коваленко Н.П., Смагин С.Ф. Нервно-психические расстройства у женщин до и после родов. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. - СПб., 2008.
43. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 2011.-350с.
44. Карр Ф. Акушерство, гинекология и здоровье женщины. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.
45. Клиническое руководство по контрацепции. / Под редакцией профессора В.Н. Прилепской – М.: БИНОМ, 2009.
46. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии, М.: Триада-Х, 2006.
47. Красноярск, Руженков В. А., Качан М. А. Индивидуально-психологические факторы риска психических расстройств после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках/ В. А. 2008. — 25 с.

48. Кулавский В.А. Психоэмоциональный статус беременных различных возрастных групп / В. А. Кулавский // Материалы IV Российского форума "Мать и дитя". Москва "МИК". М., 2012. С.356 - 359.
49. Куташов В. А., Барабанова Л. В., Куташова Л. А. Современная медицинская психология. Воронеж, 2013. — 170 с
50. Куташов В. А., Кунин В. А., Куташова Л. А. Помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Монография. Воронеж, 2013. — 224 с.
51. Левина О.Е. Изучение степени эмоционального напряжения у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом при проведении предродовой подготовки: Автореф. дис. канд. мед. наук / О.Е. Левина; МГУ.- М., 2006.-26 с.
52. Лукьянова О.М., Качалина Т.С., Воловик В.М. и др. Перинатальная психология: Хрестоматия. 3-е изд. – СПб., 2012. – 476 с.
53. Макшурова Л.Н. Психологическое доабортное консультирование. - Красноярск: КрЦИМД, 2016 – 142 с.
54. Марищук В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса // В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. СПб.: Издательский дом "Сентябрь", 2001.-260 с.
55. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю.Мещерякова. - М.: Мир, 2005.-231 с.
56. Нарциссова Г.П. О материнстве / Г.П. Нарциссова. - М.: АКАДЕМА, 2005. -144 с.
57. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет; Макаров О.В., Бахарева И.В.(Ганковская Л.В., Ганковская О.А., Ковальчук Л.В.)-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
58. Невынашивание беременности. Учебное пособие для студентов, ординаторов, аспирантов, слушателей / Озолия, Т.Н. Савченко, Т.Н.- М.: Медицина, 2010.

59. Неонатология: национальное руководство/Под ред. Н.Н.Володина. – М.: Гэотар-Медиа, 2007.
60. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины/ Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 3. С. 43–50.
61. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины. – Красноярск: КрЦИМД, 2016 -150 с.
62. Павлов О.Г. Медико-социальные аспекты беременности в юном возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 1996.
63. Перну Л. Я жду ребенка / Л. Перну. - М.: Медицина, 2007.- 224с.
64. Перинатальные потери. Резервы снижения. /Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. – М.: Литтерра, 2008.
65. Полякова Е. Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома/ Е. Я. Полякова // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. 2009. Т. 3. № 1. С. 121–135.
66. Психологическое доабортное консультирование: механизм работы в структуре женской консультации: метод. рекомендации / Л. Н. Макшурова [и др.].
67. Пултавская В. Влияние прерывания беременности на психику женщины. – М., 2002.
68. Руженков, М. А. Качан // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2012. Т. 19. № 16 (135). С. 58–63.
69. Соснина И.Г., Ушкова У.Э. Эмоционально-личностные особенности несовершеннолетних матерей // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 10-2. - С. 446-449.
70. Сорокина Т.Т. Роды и психика. (Практическое руководство) / Т. Т. Сорокина. - Минск: "Новое знание". 2008. - 351 с.
71. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека. Дисс. докт. психол. наук: М., 1997.

72. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство. – М.: Гэотар-Медиа, 2008.
73. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Ведение беременности, родов и послеродового периода. – М.: МЕДпресс, 2008.
74. Силуянова И.В. Морально-этические проблемы искусственного аборта. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
75. Уиллке Д., Уиллке Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. – М., 1994.
76. Ускенбаева С. Т., Ильяшева И. Р. Влияние искусственного прерывания беременности на репродуктивное здоровье женщины/ С. Т. Ускенбаева, И. Р. Ильяшева// Международный студенческий научный вестник. 2015. № 2–2. С. 207–209.
77. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции. / Под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2010. - С.-35-36.
78. Филиппова, Г.Г. Психология материнства/ Г.Г. Филиппова. - М.: Издательство Института психотерапии, 2002. – 240с.)
79. Фонарев А.М. Внутриутробное развитие ребенка. М.: Минздрав СССР. Ин-т усоверш. врачей, 1968.
80. Хаменя А. В. Социально-психологические детерминанты переживания беременности/ А. В. Хаменя// Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 50. С. 24–30/
81. Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. Учебное пособие по перинатальному воспитанию. 2-е изд. - М.: Астрель: АСТ, 2015 – 232 с..
82. Чарлиш А. Ваша беременность / А. Чарлиш. - М.: Ниола - Пресс, 2008.- 185 с.
83. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность: руководство для врачей. – М.: Гэотар-Медиа, 2009.
84. Чижова Г. В. Ранние, поздние и отдаленные последствия абортов/ Г. В.

85. Чижова, В. Г. Дьяченко, Н. В. Шиганцова // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2014. №1(59). С.3–
86. Чичерина Н.А. *Воспитание до рождения. Книга о пренатальном воспитании детей и будущих родителей»* - М.: Авис, 2012 – 164с.
87. *Эндокринология беременности в норме и при патологии.* / Сидельникова В.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
88. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2000; 107(4): 524–30.
89. Rue V. *Abortion and Family Relations: testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 99th Congress, Washington, DC (2011).*
90. Udipi S. A., Ghugre P., Antony U. *Nutrition in pregnancy and lactation, J. Indian Med. Assoc.* 2000.
91. *World Health Organization Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation; Special Programme of Research, Development and Research Training.*

## ПРИЛОЖЕНИЯ

*Психодиагностические методики***1. Тест "Диагностика ситуативной и личностной тревожности" Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина;**

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценивать личностную тревожность, либо само наличие состояние тревожности. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная на русском языке Ю.Л. Ханиным. Бланк шкал самооценки Спилбергера включает в себя 40 вопросов – рассуждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной и 20 – для оценки личностной тревожности.

Тестирование по методике Спилбергера - Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности.

Исследование может проводиться индивидуально или в группе.

**Инструкция:** прочитайте каждое из приведённых 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.

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

№	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, напряжённости	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4

17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбуждён, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

**Бланк 2. Шкала личностной тревожности (ЛТ)**

№	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я всё принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя незащищённым	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## Ключ

Ситуативная тревожность					Личностная тревожность				
СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№	1	2	3	4	№	1	2	3	4
1	4	3	2	1	1	4	3	2	1
2	4	3	2	1	2	1	2	3	4
3	1	2	3	4	3	1	2	3	4
4	1	2	3	4	4	1	2	3	4
5	4	3	2	1	5	1	2	3	4
6	1	2	3	4	6	4	3	2	1
7	1	2	3	4	7	4	3	2	1
8	4	3	2	1	8	1	2	3	4
9	1	2	3	4	9	1	2	3	4
10	4	3	2	1	10	4	3	2	1
11	4	3	2	1	11	1	2	3	4
12	1	2	3	4	12	1	2	3	4
13	1	2	3	4	13	1	2	3	4
14	1	2	3	4	14	1	2	3	4
15	4	3	2	1	15	1	2	3	4
16	4	3	2	1	16	4	3	2	1
17	1	2	3	4	17	1	2	3	4
18	1	2	3	4	18	1	2	3	4
19	4	3	2	1	19	4	3	2	1
20	4	3	2	1	20	1	2	3	4

### Интерпретация результатов

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

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая,
- 31 – 44 балла – умеренная;
- 45 и более - высокая.

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

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

## ***Тест 2. Рисуночный тест «Я и мой ребенок».***

**Цель исследования:** изучение особенностей переживания женщиной беременности и ситуации материнства.

### **Ход исследования и инструкция.**

Испытуемой предлагается выполнить рисунок на тему "Я и мой ребенок". В ходе исследования экспериментатор фиксирует особенности создания рисунка (продолжительность обдумывания замысла, общая продолжительность работы, стирания и т.д.), а также высказывания и комментарии женщины во время выполнения рисунка. Особое внимание следует обратить на наличие/отсутствие в высказываниях женщины о ребенке интонационных компонентов *baby talk* (инфантильные компоненты интонации речи). Обязательным условием проведения исследования является положительное отношение женщины к ситуации исследования и личности экспериментатора. Для исследования материнской сферы у беременных можно использовать проективный тест «Я и мой ребенок». Его методика разработана Г. Г. Филипповой для изучения динамики психического состояния женщин во время беременности и после родов. Цель методики – выявление особенностей переживания беременности и самой ситуации материнства, восприятия себя и своего ребенка, ценности этого ребенка. Женщине предлагается сделать рисунок на листе формата А4 с использованием 12 цветов карандашей в течение 15 мин., предлагая ничего не стирать, не исправлять (помарки, стирания, которые все-таки делаются, учитываются при интерпретации проективной методики). По рисуночному тесту учитывалось наличие на рисунке матери и ребенка, содержание образа ребенка и его

возраст, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также такие характеристики, как благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка, по формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т. д.). Выделяются особенности рисунка: отсутствие себя или ребенка на рисунке; замена этих образов на символы, растения, животных; как изображен ребенок – спрятан ли в животе матери, в коляске или кроватке, учитывается дистанция в пространстве между матерью и ребенком. Также учитывается характеристика общего состояния (благополучие, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка и поведенческим проявлениям во время рисования (качество линии, расположение на листе, детали рисунка, проявлявшиеся эмоции, высказывания, паузы и т. д.). Интерпретация данных проводится по критериям, принятым в психодиагностике для рисуночных тестов.

Г. Г. Филиппова (2002) выделила следующие особенности переживания беременности и ситуации материнства:

- благоприятная; ситуация с наличием незначительных симптомов тревоги, неуверенности, конфликтности; ситуация тревоги и неуверенности в себе;
- конфликт с беременностью или с ситуацией материнства.

Основным преимуществом данной методики является то, что она позволяет достаточно полно и конкретно оценить самовосприятие женщиной беременности и ребенка и эти данные будут являться более достоверными в связи с практическим отсутствием возможности неискренности женщины и «подстройки под социально-желаемые результаты».

Результаты исследования позволяют распределить тестируемых на четыре категории по оценке содержания материнской сферы: 1 – благоприятная ситуация; 2 – незначительные симптомы тревоги; 3 – наличие тревоги и неуверенности в себе; 4 – конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

**Благоприятная ситуация.** Рисунки расположены в центральной части листа, женщины рисуют себя и своего ребенка лицом к зрителю. Отсутствуют замены этих образов на растения, животные, предметы. Ребенок прорисован, не спрятан, не изолирован от окружающих. Возраст ребенка приближен к младенческому.

**Незначительные симптомы тревоги.** Фигура ребенка изображена с изменением соотношений размеров (или слишком большая, или слишком маленькая). На рисунке присутствует муж или другие люди. Отмечается наличие других предметов. Ребенок находится в коляске, или мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором находится ребенок. Возраст ребенка соответствует раннему возрасту.

**Наличие тревоги и неуверенность в себе.** В рисунках данной группы не встречается замены образов. Но присутствует большое количество дополнительных образов, тщательная прорисовка деталей одежды при недостаточной прорисовке своей фигуры, своего лица и лица ребенка, наличие схематизации, отсутствие совместной деятельности. Нарушение размеров фигуры ребенка (слишком большая или слишком уменьшенная). Наличие в рисунке нескольких членов семьи может косвенно указывать на потребность

беременной в поддержке со стороны родственников. А это, в свою очередь, говорит о ее волнении и неуверенности в себе.

**Конфликт с беременностью.** Отсутствие на рисунках себя или ребенка или замена на образы растений. При наличии образов отсутствует совместная деятельность или контакт с ребенком. Младенец либо спрятан в коляске, либо в животе у матери. Отмечается наличие пространственной дистанции между фигурами матери и ребенка, наличие большого количества дополнительных предметов.

**Интерпретация данных.** По рисуночному тесту "Я и мой ребенок" диагностируются стиль переживания беременности, отношение к ребенку, стиль материнского отношения, ценность ребенка, её взаимодействие с другими ценностями, актуальными для матери. Для первого триместра беременности в рисуночном тесте нормальными являются незначительные симптомы тревожности, неуверенности в себе, конфликтности. Выраженное проявление этих качеств и устойчивое их сохранение во втором и третьем триместрах отражают неблагоприятие в отношении к беременности и к материнству. Наиболее диагностически значимыми являются следующие особенности рисунка: отсутствие на рисунке себя; отсутствие на рисунке ребенка; замена образа себя или ребенка на символ, растение, животное, "спрятанность" ребенка в коляске, кровати, животе матери, изоляция ребенка, пространственная дистанция матери с ребенком.

### ***Тест 3. Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В. Абрамченко и Т.А. Немчина);***

Цель – оценить психоэмоциональное и соматическое состояние беременной женщины, особенности ее социально-психологического статуса, выявить отношение к предстоящему появлению ребенка в семье.

#### **Описание методики**

Шкала состоит из 50 пунктов-вопросов и включает четыре основных раздела: по нервно-психическому состоянию (первые 17 пунктов), соматическому здоровью (следующие 18 пунктов), социальному положению (следующие 9 пунктов) и отношению к ребенку (последние 6 пунктов).

#### **Подготовка стимульного материала.**

Каждое предложение выписывается на отдельную карточку, у которой отрезается правый или левый нижний угол. Правые углы отрезаются у тех карточек, в которых предложения сформулированы в утвердительной форме и отражают наличие того или иного расстройства. Левые углы отрезаны у тех карточек, содержание которых сформулировано в отрицательной форме.

**Инструкция:** «Просим Вас прочитать каждую карточку и отложить ее вправо, если Вы согласны с тем, что на ней написано, или влево, если Вы не согласны с ее текстом».

#### **Обработка результатов**

По окончании исследования из правой стопки извлекаются карточки с отрезанным правым, а из левой – с отрезанным левым нижними углами. Сумма извлеченных карточек

представляет собой количественный показатель нарушений у обследуемой в ее субъективной оценке. При необходимости проводится качественный анализ.

## Текст

1. Я не опасюсь за исход родов (неверно).
2. Во время беременности моя память не ухудшилась (неверно).
3. Получение интересующей меня информации приносит мне пользу (неверно).
4. Во время сна у меня появились (участились) сновидения с неприятным содержанием (верно).
5. Во время беременности у меня появилась апатия к тем делам и занятиям, к которым раньше я испытывала интерес (верно).
6. Во время беременности у меня увеличилась сонливость (верно).
7. Последние 2 месяца мой сон стал более беспокойным (верно).
8. Мой сон стал более чутким (верно).
9. После получения информации о родовом процессе, у меня исчезли опасения из-за боли в родах (верно).
10. Во время беременности у меня появилась (усилилась) плаксивость (верно).
11. После беседы с другими участниками группы у меня не исчезла (не уменьшилась) плаксивость, раздражительность (верно).
12. Во время беременности я стала более раздражительная, чем до беременности (верно).
13. Во время беременности у меня ухудшилось настроение (верно).
14. Я не боюсь боли во время родов (неверно).
15. Во время беременности я стала значительно спокойнее (неверно).
16. После беседы по интересующему меня вопросу с другими участниками группы у меня улучшилось настроение, исчезла апатия, повысилась работоспособность (неверно).
17. После беседы с другими участниками группы по интересующим меня вопросам, мой сон стал более нормальным, полноценным (неверно).
18. Состояние моего здоровья меня не беспокоит (неверно).

19. После беседы с участниками группы по интересующим меня вопросам у меня исчезла тяга к соленому, сладкому, кислому, нормализовались вкусовые ощущения, исчезло отвращение к запахам (неверно).
20. Моя работоспособность в первую половину беременности не снизилась (неверно).
21. Во время беременности вкусовые ощущения у меня не изменились (неверно).
22. Во время беременности у меня не появилось влечения к сладкому (неверно).
23. Во время беременности слюноотделение у меня не повысилось (неверно).
24. Моя половая жизнь никогда не вызывала у меня беспокойства (неверно).
25. Я опасаюсь за исход родов для моего здоровья (верно).
26. Я считаю, что во время беременности у меня появилось извращение вкуса (верно).
27. Во время беременности у меня появилось влечение к соленому (верно).
28. Во время беременности у меня появилось отвращение к запахам (верно).
29. Во время беременности у меня повысился аппетит (верно).
30. Во время беременности у меня снизился аппетит (неверно).
31. Во время беременности у меня появилась тошнота (верно).
32. Во вторую половину беременности у меня снизилась работоспособность (верно).
33. Во время беременности у меня не было рвоты (неверно).
34. После получения информации о родах у меня не исчезли опасения за исход родов для здоровья (верно).
35. У меня появилась утомляемость (верно).
36. Я считаю, что моя жизнь после рождения ребенка будет такой же благополучной, как и была раньше (неверно).
37. Мое материальное положение благополучно (неверно).
38. Я думаю, что после рождения ребенка мои семейные отношения улучшатся (неверно).
39. После рождения ребенка я надеюсь на помощь со стороны родственников (неверно).
40. Данная беременность для меня нежелательна (верно).

41. Во время беременности у меня сложилась трудная, психотравмирующая обстановка (верно).
42. До беременности я пережила психотравмирующую ситуацию (верно).
43. Во время беременности отношение к мужу у меня не ухудшилось (неверно).
44. В моей семье есть нервные люди (верно).
45. Я не опасюсь за исход родов для моего ребенка (неверно).
46. Меня не пугают трудности, связанные с уходом за ребенком (неверно).
47. Я люблю детей (неверно).
48. Я опасюсь родить неполноценного ребенка (верно).
49. После получения информации о родах у меня не исчезли опасения за исход родов для ребенка (верно).
50. Я боюсь, что мои болезни и лекарства, которые я принимала, могут оказать отрицательное влияние на ребенка (верно).

## **Программа психологической коррекции нарушений эмоциональной сферы у женщин после прерывания беременности**

**Цель программы:** профилактика эмоциональных нарушений у женщин, которые предпочли прерывание беременности.

Названная выше цель была конкретизирована в следующих задачах, которым соответствуют определённые этапы работы:

### **I этап психокоррекционной работы:**

1. Установление «доверительной дистанции» с пациенткой. Соблюдение проксемических принципов безопасной коммуникации. Демонстрация готовности выслушать её и оказать необходимую консультативную помощь.
2. Предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов обращения за помощью.

### **II этап:**

1. Выявление жалоб (часто соматическим жалобам на самочувствие, связанное с наступлением беременности, сопутствуют жалобы на изменение настроения, снижение общего жизненного тонуса, появление отрицательного эмоционального фона) и их структурирование.
2. Оценка внутренней картины – концепции болезни (новые, непривычные телесные ощущения, особенно у первородящей, местного и общего характера, как физиологического, так и патологического регистра, приводят к возникновению сенсорного уровня отражения переживания беременности). При этом степень участия физиологического фактора в становлении внутренней картины болезни (ВКБ) определяется тяжестью соматических проявлений, астенией и другими ноцицептивными ощущениями.

Сенсорный уровень включает в себя боли (при угрозе прерывания беременности) и другие неприятные ощущения, их интенсивность и длительность.

Эмоциональный уровень ВКБ связан с типом эмоционального реагирования на факт наличия беременности, неотвратимость наступления родов с неизбежной кровопотерей, болью, возможностью послеродовых осложнений.

Интеллектуальный (рационально-информационный) уровень связан с представлениями и знаниями пациентки о трудностях вынашивания, размышлениями о дальнейшей судьбе – своей и ребенка, об изменениях в супружеских отношениях.

Волевой (мотивационный) уровень определяет готовность пациентки к изменениям в поведении и привычном образе жизни, актуализирует материнский инстинкт, управляет активизацией саногенных ресурсов по сохранению здоровья и успешному вынашиванию ребёнка.

Проводя консультацию, необходимо помнить, что нежелательная беременность создает для женщины трудную жизненную ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: перестройку отношений с близкими, часто – их сопротивление желанию женщины сохранить ребёнка, изменение образа жизни в соответствии с самочувствием, процедуры и приемы лекарств, общение с врачами, потребность в материальной и духовной поддержке.

3. Формулировка проблемы. Установление истинной причины психоэмоциональных нарушений. Составление алгоритма психокоррекционных мероприятий.

### **III этап:**

1. Оценка желаемого результата проводимой работы.

2. Определение субъективной модели здоровья пациентки и предпочтительного эмоционального статуса.
3. Встречи с родственниками (по желанию пациентки).

#### **IV этап:**

1. Проработка ложных убеждений и страхов (когнитивно-бихевиоральная терапия).
2. Создание модели «желательного будущего».
3. Арт-терапия (рисунки, лепка). Важно обсуждение результатов арт-терапии, фиксация изменений эмоционального фона женщины, ее оценка собственного состояния после каждого сеанса.
4. Проработка негативных эмоций на телесном уровне.

Основные этапы психокоррекционной программы:

- 4) Установочный этап, включающий в себя сбор диагностического материала;
- 5) Психокоррекционный этап, заключающий в себе индивидуальную и групповую работу с пациентками, встречи с семьей и родственниками женщины с целью прояснения семейной ситуации, а также для коррекции их неправильных установок в отношении к женщине, сделавшей аборт;
- 6) Заключительный этап: анализ и подведение итогов работы.

Для реализации психокоррекционной программы предусмотрено 3 индивидуальных встречи с женщиной. Занятия проводились на 3-5ый день, исходя из самочувствия женщины (в согласованности с врачом-гинекологом) и мотивации на работу самой женщины. Каждая встреча имела свободный график занятий, время ограничивалось от 2 до 3 часов.

#### **Список упражнений:**

1. Упражнение «Работа с причинами»;
2. Упражнение «Метод 3х колонок» Проверка обоснованности неадаптивной автоматической мысли методом 3х колонок;
3. Упражнение: «Письмо не рождённому ребенку»;
4. Упражнение: Направленная визуализация «Место силы»;
5. Упражнение : «Новый образ» беседа с психологом
6. Упражнение «Три плана»;
7. Упражнение «Рисунок состояния».

#### **Общая структура занятий при ежедневной работе с женщинами**

1. Вводная часть (приветствие, упражнение-разминка, психогимнастика).
2. Основная часть (тематическая беседа, дискуссия, лекция, упражнения с использованием элементов арт-терапии (рисунков, коллаж), во время перерывов, упражнение на эмоциональное закрепление результатов беседы, приемы релаксации).
3. Заключительная часть (подведение итогов (рефлексия), домашнее задание, прощание).

#### **Упражнение «Работа с причинами»**

**Цель:** проработка негативных эмоций и чувств возникших после прерывания беременности

План занятия:

#### **Задачи:**

1. Узнать по каким причинам был произведён аборт;
2. Узнать что на данный момент испытывает женщина «чувства»;

- 3.Проработать эти чувства на уровне осознания и телесности;
- 4.Просмотреть будет ли присутствовать диссоциация с телом;
- 5.Проработать негативные эмоции на телесном уровне;

### Упражнение «Рисунок состояния» – 20 минут

**Цель:** формировать навыки саморегуляции.

**Содержание:**

- I. Участнице предлагается нарисовать свое негативное состояние и описать его.
- II. Участнице предлагается нарисовать свое позитивное состояние и описать его.
- III. По окончании рисования предлагается обсуждение по следующим вопросам:
  - Что вы чувствовали, когда рисовали негативное состояние?
  - Что вы ощущали, когда рисовали состояние подъема и позитива?
  - Что помогает вам в жизни перейти от негативного состояния в нейтральное или позитивное?
  - Во время какой деятельности вы чувствуете себя наиболее комфортно? Успокаиваетесь? Радостно возбуждены?

Подводя итоги, следует рассказать о влиянии творческой деятельности на эмоциональное состояние.

**Текст ведущего:** «Творческая деятельность – самый простой, естественный и доступный каждому метод психотерапии. В творчестве человек выражает свои эмоции, называет их словом, изображает, вкладывает их в движения рук, тела, в голос. Это способствует выходу негативных эмоций, их переработке и рождает другие, позитивные эмоции. Не отказывайте себе в возможности проявить творчество, уделяйте ему как можно больше времени. Тем самым вы поможете себе пережить стресс, снизите его негативное влияние, откроете в себе собственный ресурс энергии и радости».

### Упражнение «Метод 3х колонок»

**Цель:** обучение навыка замены отрицательной мысли положительной

**Структура:** Психолог даёт домашнее задание женщине: «разделить лист на три колонки. В левом столбце описать данную ситуацию, в средней фиксировать негативные мысли, а в правой колонке фиксировать свои коррективные мысли:

**Инструкция:** при возникновении негативных мыслей постарайтесь чётко сформулировать и изложить их на бумаге, постарайтесь следить за своими мыслями в ситуации которая Вас психически травмирует

Отдых между занятиями сопровождался методами: Арт-терапия (рисунки, лепка).

### Упражнение: «Письмо не рождённому ребенку»

**Цель:** проработка чувства утраты и пустоты возникшего после прерывания беременности

**1.Инструкция:** Напишите, пожалуйста, письмо ребёнку, который мог у Вас родиться, постарайтесь написать и сказать ему то, что Вы хотели сказать.

Важно обсуждение после выполнения занятия, самоанализ чувств женщины при выполнении данного занятия.

### **Упражнение: Направленная визуализация «Место силы»**

**Цель:** обучить женщину приемам релаксации.

**Содержание.**

**I.** Участнице предлагается представить в мельчайших деталях место, в котором они чувствовали бы себя наиболее комфортно и спокойно.

**Текст ведущего:** «Место, в котором вы чувствуете себя безопасно, комфортно и уверенно, может быть не только в реальности. Я предлагаю вам представить «место силы», к которому вы сможете обращаться, не выходя из дома.

Сядьте удобнее. Закройте глаза. Расслабьте мышцы. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха. Ваше дыхание ровное и спокойное.

Представьте себе место, где вы чувствуете себя особенно хорошо. Это место расположено там, где вам хочется и выглядит так, как вам нравится. В этом месте вы ощущаете душевный покой. Здесь вы чувствуете себя независимым от суеты внешнего мира.

А теперь мысленно следуйте за моими вопросами:

- Где расположено это место?
- Оно находится в доме, в лесу, в парке, на улице, на озере?
- Что вы видите вокруг?
- Какой запах сопровождает это место?
- В этом месте прохладно или тепло?
- Дует ветерок или вокруг спокойно и тихо?
- Касается ли воздух вашего тела?
- Слышите ли вы какие-либо звуки или вокруг полная тишина?
- Есть ли рядом вода?
- Какого она цвета?
- Бурная она или спокойная?
- Какие цвета вас окружают в вашем любимом месте?
- Какого цвета то, что под вами?
- Какого цвета то, что над вами?
- Одна ли вы в этом месте?
- Есть ли движение в этом месте?
- Есть ли рядом растения? Какие это растения? Какой у них запах? Какого они цвета? Какие на ощупь?
- Есть ли рядом животные? Какие это животные? Что они делают? Как они настроены по отношению к вам?

Оставайтесь здесь. В этом месте вы спокойны, защищены, собраны и ощущаете небывалый прилив сил. Ваши мысли проясняются.

Это место дает вам ощущение огромной жизненной энергии. Только вы знаете о нем. Оно только ваше. Это ваше «место силы». Оно поможет вам успокоиться, собраться и ощутить прилив сил...

Пришла пора покинуть место силы, и вернуться. Вы отдохнули, набрались сил, уверенности. И можете сюда возвращаться, каждый раз, когда посчитаете нужным. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха. С возвращением».

**II.** По окончании упражнения обсуждается по схеме:

- Легко ли было найти то место, где вам по-настоящему хорошо?
- Что вы чувствовали, будучи в своем любимом месте?
- Что вы чувствовали по возвращении оттуда?
- Как подействовало на вас пребывание в «месте силы»: расслабляюще или тонизирующе?

**III.** По окончании обсуждения предлагается сформулировать вывод, опираясь на текст ведущего: «Теперь вы знаете, как выглядит ваше «место силы». Вы могли почувствовать, как оно действует на вас, ощутить его силу. К нему можно обращаться всякий раз, когда переживается стрессовая ситуация, когда вы почувствуете усталость, раздражение или растерянность, когда нужно успокоиться и собраться с мыслями».

**Подведение итогов. Рефлексия – 10 минут**

**Цель:** определить эмоциональное состояние участниц.

**Содержание.**

Участница делится своими впечатлениями от работы и пожеланиями относительно следующих встреч.

Предлагается следующая схема подведения итогов:

- Каковы ваши ощущения от сегодняшнего занятия?
- Что важного вы узнали на сегодняшнем занятии?
- Ваши пожелания на следующее занятие?

**Упражнение : «Новый образ»**

**Цель:** принятие женщиной себя и изменений, происходящих в организме после прерывания беременности.

**Задачи:**

- развитие умения прислушиваться к своим телесным ощущениям (фиксировать их) и осознанно относиться к поступающей информации;
- формирование адекватных представлений о изменениях, происходящих в организме женщины после прерывания беременности;
- принятие себя и изменений, произошедших и предстоящих женщине в связи с прерыванием беременности;

**Упражнение «Три плана»**

**Цель:** развивать умение прислушиваться к своим телесным ощущениям (фиксировать их) и осознанно относиться к поступающей информации.

*Комментарий для ведущего.*

Привычка прислушиваться к своим внутренним ощущениям и потребностям тела способствует самопринятию, принятию своих телесных проявлений, положительному субъективному отношению к ним, развитию навыков саморегуляции, а также снижает страх и тревогу, вызываемые непривычными или неприятными ощущениями. Упражнение не требует много времени и особых условий, поэтому его можно порекомендовать для самостоятельного выполнения, например, в качестве домашнего задания.

## Содержание.

I. Ведущий предлагает участнице закрыть глаза на одну минуту. Задача женщины как можно полнее почувствовать внешние воздействия: слуховые, обонятельные, тактильные. Затем женщина рассказывает о своих ощущениях, начиная со слов: «Во внешнем плане я ощущала...».

II. На следующем этапе опять предлагается закрыть глаза и в течение минуты обращать внимание только на ощущения, идущие от своего тела: ощущения зажатости, напряжения и наоборот, расслабленности. Через минуту она рассказывает об этом, начиная со слов «Во внутреннем плане я ощущала...».

*Комментарий для ведущего.*

При выполнении данного упражнения сложнее всего бывает описывать ощущения, идущие изнутри, от своего тела, и именно эта часть является самой главной. При ответе на вопрос «Что я ощущала во внутреннем плане?» многие участницы могут соскальзывать с описания собственно ощущений на их интерпретацию, объяснение, называть какие-то мысли и ассоциации, вызванные ощущениями. При этом важно возвращать их к описанию телесных ощущений, задавать дополнительные вопросы о локализации ощущений (в руках, ногах, животе), об их интенсивности, привычности, о том, приятны ли они, вызывают ли желание двигаться, усилить их или ослабить.

Таким образом, когда описание ощущений во внутреннем плане звучит как обобщенное или неконкретное, ведущему необходимо задавать уточняющие вопросы следующего характера:

- Приятные или неприятные ощущения?
- Где локализована зажатость, напряжение, усталость (если у женщины есть такие ощущения)?
- Где вы чувствуете расслабленность (если женщина говорит об ощущении расслабленности в теле)?
- Какого рода эта расслабленность?

III. На данном этапе женщина рассказывает о тех мыслях, которые сопровождали вышеописанные ощущения, начиная со слов: «В это время я думала о...».

IV. По окончании упражнения проводится обсуждение по следующей схеме:

- Насколько просто вам было переориентироваться от внешнего плана к телу?
- Легко ли было не думать, а ощущать свое тело?
- Было ли формулирование ощущений во внешнем и внутреннем плане высказыванием чувств или, может быть, это было высказыванием мыслей?
- Были ли это мысли о том, что вы сами ощущали, или пришедшие извне (ранее прочитанные, услышанные: «так должно быть, значит, так и есть»)?

V. По окончании обсуждения ведущему рекомендуется подвести итоги, обратив внимание участниц на важность внимательного отношения к собственным телесным проявлениям:

«Культура взаимодействия с собственным телом – очень важный механизм саморегуляции. В теле происходит много процессов, которыми мы не можем управлять и на которые мало можем повлиять. Некоторые из них бывают болезненны, могут пугать, вызывать негативные эмоции. Некоторые бывают приятны и дарят подъем настроения и прилив сил. Когда внимание к своим внутренним ощущениям входит в привычку, человек учится жить в гармонии с ними. Наблюдение за своими телесными проявлениями, умение сконцентрироваться на них и подстроить под них свою позу, движения способно снизить негативные эмоции, вызываемые болью, слабостью, тошнотой.

Вы сейчас можете испытывать много новых, незнакомых ощущений, поэтому в этот период особенно важно как можно чаще прислушиваться к своему телу. К тому же, чем лучше вы его чувствуете, тем легче вам будет добиться релаксации».

*Сводная таблица результатов, полученных по методике: «Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины» (В.В. Абрамченко и Т.А.Немчина)*

№	Нервно-психическое напряжение		Соматическое здоровье		Социальное положение		Отношение к ребенку		1	общий	балл	3	4
	+	-	+	-	+	-	+	-					
п/о	+	-	+	-	+	-	+	-	1	2	3	4	
1	9	4	6	6	1	2	1	2	6.5	6	1.5	1.5	
2	7	6	6	4	6	4	2	2	6.5	5	5	2	
3	8	6	8	9	2	2	2	3	7	8.5	2	2.5	
4	6	4	6	6	6	4	2	1	5	6	5	1.5	
5	8	6	6	8	4	2	3	1	7	7	3	2	
6	6	4	4	4	6	4	1	2	5	4	5	1.5	
7	8	6	8	7	3	2	2	2	7	7.5	2.5	2	
8	7	5	5	3	1	3	1	1	6	4	2	1	
9	8	6	5	3	6	2	1	3	7	4	4	2	
10	7	7	2	9	4	3	1	1	7	5.5	3.5	1	
11	10	5	3	6	3	3	0	2	7.5	4.5	3	1	
12	9	4	6	6	1	2	1	2	6.5	6	1.5	1.5	
13	9	5	8	5	4	1	4	2	7	6.5	2.5	3	
14	8	4	4	6	6	4	1	2	6	5	5	1.5	
15	9	5	8	5	5	4	2	1	7	6.5	4.5	1.5	
16	4	6	4	6	4	5	1	2	5	5	4.5	1.5	
17	9	6	7	7	3	3	2	1	7.5	7	3	1.5	
18	7	5	5	3	6	3	3	1	6	4	4.5	2	
19	9	4	6	4	6	4	2	1	6.5	5	5	1.5	
20	9	4	6	6	1	2	2	1	6.5	6	1.5	1.5	
21	9	4	6	6	1	2	1	2	6.5	6	1.5	1.5	
22	9	4	4	4	4	2	2	1	6.5	4	3	1.5	
23	9	4	7	4	2	2	1	1	6.5	5.5	2	1	
24	6	3	6	6	6	2	2	1	4.5	6	4	1.5	
25	8	4	4	4	6	4	2	1	6	4	5	1.5	
26	6	6	8	9	2	2	2	3	7	8.5	2	2.5	
27	6	4	5	2	4	2	1	1	5	3.5	3	1	
28	6	4	8	2	3	2	2	1	5	5	2.5	1.5	
29	9	4	6	6	1	2	1	2	6.5	6	1.5	1.5	
30	7	6	5	2	2	4	2	1	6.5	3.5	3	1.5	
31	6	4	4	2	2	4	4	2	5	3	3	3	
32	10	5	6	3	6	3	3	1	7.5	4.5	4.5	2	

*Сводная таблица результатов, полученных по методике: «Диагностика ситуативной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер - Ю.Л.Ханин)*

№ исп	Tc	Tл	Общ балл	Ут
1	55	61	58	3
2	40	65	47,5	3
3	53	50	51,5	3
4	54	54	54	3
5	50	47	58,5	3
6	56	44	50	3
7	47	51	49	3
8	56	53	54,5	3
9	53	55	54	3
10	47	59	53	3
11	49	58	53,5	3
12	56	54	55	3
13	51	50	50,5	3
14	55	48	51,5	3
15	40	39	39,5	2

16	39	42	40,5	2
17	59	50	54,5	3
18	70	66	68	3
19	62	62	62	3
20	52	48	50	3
21	60	60	60	3
22	59	54	56,5	3
23	55	50	50	3
24	64	56	60	3
25	61	50	55,5	3
26	62	67	64,5	3
27	59	61	60	3
28	52	48	50	3
29	65	64	64,5	3
30	58	65	61,5	3
31	61	54	57,5	3
32	59	41	50	3

**Сводная таблица результатов, полученных по методике : Рисуночный тест «Я и мой ребенок»**

Но ме р	I ти п	" Благоп риятная ситуац ия"		II тип " незначитель ные симптомы тревоги		III тип " Тревога/ неуверен ность		IV тип "Конфлик т с беременно стью"		ср ба лл			т и п
	фо рм - пр из на ки	содерж - призна ки	фор м- при знак и	содерж- признаки	фор м- при знак и	содерж- признаки	фор м- при знак и	содерж- признаки	1 ш к а л а	2 ш к а л а	3 ш к а л а	4 ш к а л а	
1	0	0	2	0	3	0	3	4	0	1	1,5	3,5	4
2	0	0	2	2	3	0	4	4	0	2	1,5	4	4
3	0	0	2	2	4	4	6	4	0	2	4	5	4
4	0	0	1	2	2	2	4	4	0	1,5	2	4	4
5	0	0	2	2	4	4	6	4	0	2	4	5	4
6	0	0	3	2	4	4	4	2	0	2,5	4	2,5	3
7	0	0	2	2	3	4	1	2	0	2	3,5	1,5	3
8	0	0	3	2	6	4	1	2	0	2,5	5	1,5	3
9	0	0	2	0	3	0	4	4	0	1	1,5	4	4
10	0	0	2	2	4	2	1	4	0	2	3	2,5	3
11	0	0	2	0	4	3	2	4	0	1	3,5	3	3
12	0	0	2	0	6	2	2	4	0	1	4	3	3
13	0	0	2	3	4	2	2	3	0	2,5	3	2,5	3
14	0	0	2	2	3	3	4	4	0	2	3	4	4
15	0	0	2	3	3	1	4	4	0	2,5	2	4	4
16	0	0	3	3	3	3	4	6	0	3	3	5	4
17	0	0	2	0	3	0	6	3	0	1	1,5	4,5	4
18	0	0	2	0	3	0	4	4	0	1	1,5	4	4

19	0	0	2	2	3	0	5	4	0	2	1, 5	4, 5	4
20	0	0	1	2	2	2	4	6	0	1, 5	2	5	4
21	0	0	3	2	3	2	5	6	0	2, 5	2, 5	5, 5	4
22	0	0	2	0	3	4	4	6	0	1	3, 5	5	4
23	0	0	2	0	2	2	4	6	0	1	2	5	4
24	0	0	2	0	3	2	6	6	0	1	2, 5	6	4
25	0	0	2	0	2	2	5	4	0	1	2	4, 5	4
26	0	0	2	2	2	2	4	4	0	2	2	4	4
27	0	0	2	0	3	2	4	4	0	1	2, 5	4	4
28	0	0	1	2	3	0	6	4	0	1, 5	1, 5	5	4
29	0	0	2	0	2	3	3	6	0	1	2, 5	4, 5	4
30	0	0	2	0	2	2	3	6	0	1	2	4, 5	4
31	0	0	2	0	2	2	4	4	0	1	2	4	4
32	0	0	2	2	3	2	4	4	0	2	2, 5	4	4

