Автономная некоммерческая организация высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

 КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

КОЗЕЛЬСКАЯ ЗУЛЬФИЯ АНДРЕЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Направление подготовки 37.03.01

Психология Направленность (профиль) образовательной программы Психологическое консультирование

Обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ З. А. Козельская

(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель

доцент каф. психологии, канд. психол. наук, доцент

(должность, ученая степень, ученое звание) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г. Г. Дулинец

(подпись) (инициалы, фамилия)

Нормоконтролер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т. В. Колпакова

(подпись) (инициалы, фамилия)

Допускается к защите

Зав. кафедрой психологии

канд. психол. наук, доцент

Г. Г. Дулинец\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г

Красноярск 2025г

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 79 с., таблиц 4, рисунков 11, источников 42, приложений 2.

 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН.

Цель работы: изучить взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и типа отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин.

Содержание практической части исследования включает в себя эмпирическое исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта и

типа отношения к беременности у беременных женщин, разработки рекомендаций для психологической поддержки беременных женщин с разным типом отношения к беременности. Рекомендации будут внедрены в работу женской консультации психологической службы Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1».

Достоверность полученных в исследовании данных оценена с помощью

коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 5](#_Toc192699669)

[I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН 13](#_Toc192699670)

[1.1 Эмоциональный интеллект: определение, модели, структура 13](#_Toc192699671)

[1.2 Типы отношения к беременности в отечественной психологии 19](#_Toc192699672)

[1.3Особенности психологического состояния первородящих и повторнородящих женщин в период беременности 26](#_Toc192699673)

[II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН 32](#_Toc192699674)

[2.1 Организация и методы эмпирического исследования 32](#_Toc192699675)

[2.2 Анализ результатов исследования 40](#_Toc192699676)

[2.3 Рекомендации по организации психологической помощи беременным женщинам 58](#_Toc192699677)

[Заключение 73](#_Toc192699678)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 75](#_Toc192699679)

[Приложение 82](#_Toc192699680)

ВВЕДЕНИЕ

Беременность – это уникальный и сложный период в жизни женщины, характеризующийся значительными физиологическими и психологическими трансформациями. Этот период сопряжен с интенсивными гормональными изменениями, изменениями в образе жизни, социальными ожиданиями и возможными стрессорами, связанными с изменением социального статуса, финансовыми трудностями, изменениями в отношениях с партнером и близкими [1]. Все эти факторы влияют на субъективное восприятие беременности и формируют индивидуальный тип проживания этого состояния. Тип отношения к беременности – это сложное многомерное понятие, охватывающее эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты восприятия женщиной своего состояния [15]. Он может варьироваться от позитивного и энтузиастического до тревожного и депрессивного, существенно влияя на течение беременности, готовность к родам и послеродовой адаптации.

 Существует множество разнообразных факторов, влияющих на протекание беременности и отношение женщины к гестационному периоду. Среди психологических факторов особую роль играет эмоциональный интеллект (ЭИ), представляющий собой способность осознавать, понимать, регулировать и эффективно использовать свои эмоции, а также понимать и учитывать эмоциональные состояния других людей. При этом важно понимать, что ЭИ – это не отдельная черта характера, сложно-структурированное личностное образование, существенно влияющее на восприятие человеком происходящих с ним событий, выбор моделей поведения в тех или иных ситуациях, а также на взаимоотношения с окружающими. Учитывая тот факт, что беременность является объективно сложным и исключительно значимым событием в жизни женщины и её ближайшего окружения, исследование влияния эмоционального интеллекта на отношение беременной женщины к своему состоянию представляет научный интерес.

Несмотря на обширный пласт исследований, посвящённых изучению воздействия внешних и внутренних факторов на протекание беременности и психологическое состояние беременных женщин в гестационный период, некоторые психологические аспекты остаются малоизученными. В частности, до настоящего времени практически не исследовались особенности влияния эмоционального интеллекта на отношение к беременности у женщин, которым предстоит впервые стать матерями, и у женщин, которые рожают ребёнка не в первый раз. Таким образом, можно констатировать наличие противоречия между значимостью эмоционального интеллекта, как фактора, определяющего отношение к важным событиям в жизни человека, и дефицитом научных данных о взаимосвязи между эмоциональным интеллектом и отношением к беременности у первородящих и повторнородящих женщин.

Проблема исследования может быть сформулирована в виде вопроса: каким образом эмоциональный интеллект взаимосвязан с отношением к беременности у первородящих и повторнородящих женщин?

В контексте беременности ЭИ выступает как своего рода «психологический иммунитет», который помогает женщине эффективно справляться с эмоциональными вызовами этого периода. В отличие от простого подавления или игнорирования чувств, ЭИ позволяет беременной женщине более осознанно подходить к своим переживаниям, понимать их причины и находить адекватные способы их регулирования. Это особенно важно, учитывая, что беременность нередко сопровождается целым спектром эмоциональных переживаний – от радостного волнения до тревоги, страха, раздражительности и даже депрессии. Также можно добавить, что распознавание не только своих чувств, но и чувств других людей, в будущем, поможет матери верно оценивать эмоциональное состояние своего ребенка.

Влияние ЭИ на беременность не ограничивается только эмоциональным состоянием женщины. Исследования показывают, что женщины с высоким уровнем ЭИ, как правило, имеют более позитивное отношение к беременности, лучше справляются со стрессом и тревогой, менее склонны к развитию депрессии, более эффективно взаимодействуют с медицинским персоналом и с большей ответственностью подходят к заботе о своем здоровье и здоровье будущего ребенка [26]. Все это, в совокупности, создает благоприятные условия для благополучного течения беременности, родов и последующих отношений с ребенком.

Таким образом, эмоциональный интеллект является не только важным личностным ресурсом, но и мощным фактором, влияющим на качество отношения к беременности и благополучие как матери, так и ребенка. Развитие и поддержка ЭИ у беременных женщин являются важной задачей для психологической практики и требуют дальнейших исследований [12].

Влияние социального контекста на отношение к беременности также нельзя упускать из виду. Семейный статус женщины определяет её социальную роль, уровень социальной поддержки и ожидания со стороны окружающих. Женщины, находящиеся в разных семейных ситуациях (замужем, в гражданском браке, одинокие матери, количество детей), могут иметь различные уровни стресса, социальной поддержки и восприятия общественного мнения, что может повлиять на их субъективный опыт беременности.

Актуальность исследования обусловлена растущим вниманием к психологическому благополучию беременных женщин и пониманием важной роли психического здоровья матери для здоровья будущего ребенка. Влияние индивидуальных особенностей отношения к беременности представляет собой многоаспектное поле исследований, основанных на понимании того, как различные психологические характеристики женщины могут формировать ее восприятие и переживание этого ключевого периода в ее жизни. Клинические данные свидетельствуют о важности эмоциональной устойчивости для здорового течения беременности [26].

Стоит отметить, что беременность часто рассматривается экспертами и как период, предоставляющий возможности для личностного роста и развития женщины, что может привести к новому уровню качества жизни [27]. Можно говорить о беременности как о кризисе, который в благоприятных условиях может способствовать достижению личной зрелости, оказывая значительное влияние как на мать, так и на ее ранние эмоциональные связи с ребенком. Однако несмотря на то, что все чаще беременность рассматривается как период, предоставляющий возможности для индивидуального развития женщины, положительные факторы, влияющие на состояние беременной женщины, действительно остаются менее изученными по сравнению с отрицательными. Это может быть обусловлено несколькими ключевыми причинами. Традиционно исследования в области психологии беременности склонны акцентировать внимание на проблемах и трудностях, таких как депрессия, тревожность, стресс и психосоматические расстройства [28;29].

Это связано с тем, что негативные факторы оказывают непосредственное и очевидное влияние на благополучие матери и ребенка, требуя немедленного вмешательства. Изучение позитивных сторон беременности предполагает анализ сложных, часто субъективных и многогранных психологических процессов, таких как эмоциональный рост, укрепление самооценки и развитие чувства собственного Я [26].

В другом исследовании изучалось, как поведенческие подходы, основанные на когнитивном, эмоциональном и волевом регулировании, способствуют достижению цели – рождению здорового младенца. Сравнительный анализ выявил, что женщины, столкнувшиеся с осложненным течением беременности, чаще обладают низким уровнем внутреннего контроля над своим здоровьем, предоставляя решения внешним факторам и другим людям [27]. При этом, внутренний контроль можно связать со способностью распознавать свои чувства.

Современные исследования демонстрируют высокий процент женщин, испытывающих различные психологические трудности во время беременности, включая тревогу, депрессию, нарушения сна и другие проблемы [2]. Эти состояния могут негативно сказываться на течении беременности, увеличивая риск преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного и других осложнений [2]. Исследования демонстрируют, что женщины с высокой эмоциональной стабильностью менее подвержены риску развития депрессивных и тревожных симптомов, а также расстройств в период беременности и после рождения ребенка [30; 31; 32]. Эффективная профилактика и своевременная помощь женщинам в период беременности являются критическими факторами для обеспечения здоровья матери и ребенка.

Новизна настоящего исследования заключается в его комплексном и интегрированном подходе к изучению взаимосвязи между эмоциональным интеллектом (ЭИ), и типом отношения беременности и опытом родов. В отличие от преобладающего подхода в существующих исследованиях, где данные переменные изучаются изолированно, наше исследование предлагает оригинальную модель, объединяющую эти три ключевых аспекта в единую структуру.

Большинство исследований, посвященных психологическим аспектам беременности, либо фокусируются на влиянии ЭИ на эмоциональное состояние беременных женщин, рассматривая его как важный ресурс для адаптации к стрессу, либо исследуют воздействие различных форм семейного статуса на течение беременности и послеродовой период, анализируя, как наличие или отсутствие партнера, качество отношений и уровень поддержки влияют на психологическое благополучие будущих матерей.

Таким образом, данный интегративный подход позволит получить более глубокое и нюансированное понимание факторов, влияющих на психологическое благополучие беременных женщин, выявить специфические сочетания ЭИ и наличием опыта беременности, которые являются наиболее благоприятными или наоборот, создают предпосылки для психологических трудностей. Такой подход является не только научно значимым, но и методологически инновационным, так как он способствует развитию более глубокого понимания изучаемого явления и может стать отправной точкой для дальнейших исследований в этой области.

Практическая значимость данного исследования обусловлена возможностью разработки целенаправленных и персонализированных программ психологической поддержки для беременных женщин, основанных на научно обоснованных данных и учитывающих их индивидуальные психологические особенности и специфику числа беременностей [6].

Результаты исследования позволят не только выявить группы риска по развитию психологических расстройств во время беременности и в послеродовом периоде, но и определить, какие именно факторы (низкий уровень ЭИ, количество гестаций или их комбинация) являются наиболее значимыми для возникновения этих расстройств.

Это, в свою очередь, позволит разработать эффективные стратегии профилактики, включающие как раннюю диагностику, так и своевременное предоставление индивидуализированной психологической помощи. Вместо универсальных программ психологической поддержки, которые могут быть неэффективны для всех категорий женщин, полученные данные позволят создавать дифференцированные подходы, учитывающие специфические потребности беременных женщин с разным уровнем ЭИ и разным типом отношения к беременности [15].

Так, например, для женщин с низким уровнем ЭИ могут быть разработаны интенсивные программы психологической интервенции, направленные на развитие их эмоциональных навыков и создание поддерживающего социального окружения.

Кроме того, полученные данные могут быть использованы для обучения медицинского персонала (акушеров-гинекологов, акушерок, педиатров) и специалистов по уходу за детьми (психологов, социальных работников, консультантов по грудному вскармливанию), что позволит повысить качество медицинского обслуживания беременных женщин и обеспечить более благоприятные условия для их психологического благополучия и здоровья будущего ребенка [1].

Цель исследования: изучить взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и типа отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин.

Объект исследования: эмоциональный интеллект.

Предмет исследования: взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин.

Гипотеза исследования: предполагается, что существует взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин. Выражается эта связь в том, что чем выше уровень эмоционального интеллекта, тем тип отношения к беременности будет более оптимальным и наоборот - чем ниже уровень ЭИ, тем тип отношения к беременногсти будет менее благоприятным.

Частная гипотеза:у первородящих женщин имеются статистически значимые различия в ряде изученных показателей по сравнению с повторнородящими, а именно, чем ниже у первородящих беременных женщин уровень эмоционального интеллекта, тем сильнее выражена склонность к проблемным типам отношения к беременности (гипогестогнозическому, эйфорическому, тревожному, депрессивному)

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ основных понятий изучаемой темы: «эмоциональный интеллект» и «типы отношения к беременности» в отечественной психологической литературе.
2. Рассмотреть особенности психологического состояния первородящих и повторнородящих женщин в период беременности.
3. Эмпирически определить особенности взаимосвязи между уровнем эмоционального интеллекта и типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин.
4. Разработать рекомендации по психологической поддержке беременных женщин с учетом индивидуальных психологических особенностей.

Формулировки темы исследования и рабочей гипотезы предопределили формирование двух выборок: в состав одной выборки вошли первородящие женщины, в состав второй выборки – повторнородящие женщины. Все участницы исследования находятся на 24-26 неделе беременности.

В контексте исследования взаимосвязей эмоционального интеллекта и типа отношения к беременности у перво- и повторнородящих женщин, методологическую базу составили труды следующих зарубежных и отечественных авторов, фокусирующиеся на:

1. Изучении эмоционального интеллекта (И.Н. Андреева, П. Сэловей и Дж. Мэйер, Д. Карузо, Дэниел Гоулман, Рувен Бар-Он, Л.С. Выготского, С.Л.  Рубинштейна и А. Н. Леонтьева, М.А. Манойлова, Д.В. Ушакова, Д.В.  Люсина).
2. Изучение типа отношения к беременности (Г.Г. Филиппова, И.В.  Добряков и А. С. Батуев).
3. Психологии беременности и материнства: (Г.Г. Филиппова, В.И.  Брутман, Т.А. Радюк, И.В. Добряков, Н. П. Бадина).

Методы:

1. Теоретико-методологический анализ литературных источников по проблеме исследования.
2. Клинико-психологический метод, включающий наблюдение, опрос.
3. Экспериментально-психологический метод с привлечением тестовых методик.

Методики:

1. «Методика диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А.  Манойловой).
2. «Тест отношений беременной» (ТОБ), И.В. Добрякова).

Методы обработки данных:

Устанавливает степень отличий и функциональные зависимости причин и следствий.

Коэффициент Спирмена (r-Spearman's) – мера корреляции, подходящая для двух переменных, измеренных в ранговой шкале.

# I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

## 1.1 Эмоциональный интеллект: определение, модели, структура

Многочисленные исследования в области психологии беременности и материнства всё более убедительно демонстрируют, что психологические факторы играют ключевую роль в том, как женщина переживает период беременности [1]. Среди этих факторов особое значение придается эмоциональному интеллекту (далее по тексту ЭИ) – способности осознавать, понимать, регулировать и эффективно использовать свои эмоции, а также понимать и учитывать эмоциональные состояния других людей. ЭИ не просто является чертой характера, но и представляет собой важный ресурс для адаптации к стрессовым ситуациям, а беременность, безусловно, является таковой, не только из-за физиологических изменений, но и из-за значительных психологических и социальных трансформаций в жизни женщины.

Развитие представлений об эмоциональном интеллекте (ЭИ) в зарубежной психологии – это долгий путь, начавшийся задолго до появления современной психологии как науки. Еще в древности, философы Греции и восточных цивилизаций, а также представители различных религиозных течений, задумывались о глубоком влиянии эмоций на процессы познания и понимание мира. Они отмечали не только силу воздействия эмоций на мышление и восприятие, но и подчеркивали важность управления собственными эмоциональными проявлениями для достижения духовного роста и гармонии. Эти ранние размышления стали первыми шагами к пониманию той роли, которую эмоции играют в человеческой жизни [18].

Более научные корни концепция ЭИ начала обретать с публикацией работы Чарльза Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных» в 1872 году. В этом труде Дарвин сделал важное наблюдение о том, что «разум» и «сердце» (метафорически обозначающие когнитивную и эмоциональную сферы) не являются изолированными сущностями, а, напротив, оказывают сильное взаимное влияние, особенно в моменты эмоционального возбуждения [13]. Это наблюдение стало важным шагом к признанию тесной связи между эмоциями и другими психическими процессами.

Тем не менее, в начале XX века, когда психология начала активно развиваться как научная дисциплина, фокус исследований сместился на изучение интеллекта в основном в его когнитивном понимании. В этот период активно разрабатывались тесты IQ, которые измеряли, преимущественно, вербальные и логические способности, в то время как эмоциональная сфера рассматривалась как нечто отдельное и не связанное с интеллектом [3].

Понятие «эмоциональный интеллект» (ЭИ) возникло в зарубежной психологии в конце XX века. Изначально, оно развивалось в рамках исследований социального интеллекта, где ученые отмечали различия в способности людей понимать и управлять другими. Хотя ЭИ и связан с социальным интеллектом, на сегодняшний день это самостоятельное направление исследований. Термин «эмоциональный интеллект» впервые появился в работе У. Пэйна в 1985 году, а в 1990 году П. Сэловей и Дж. Мэйер ввели его как единое понятие для описания способностей в социальной и эмоциональной сферах.

С 1998 года началось активное изучение эмоционального интеллекта (ЭИ), сопровождающееся уточнением его сущности и разработкой методов измерения. Дж. Мэйер отмечает наличие как «популярного», так и научного понимания ЭИ, что осложняет исследования. Высокий интерес к ЭИ обусловлен его связью с адаптивностью и успешностью в социальных взаимодействиях [7]. Исследования проводятся в трех основных направлениях: научном, популистическом и в рамках социального интеллекта.

Опираясь на модель «множественного интеллекта» Х. Гарднера, П. Сэловей, Дж. Мэйер и Д. Карузо разработали первую модель ЭИ, включающую способность к идентификации, регуляции и использованию эмоций. Позже, они доработали эту модель, сделав акцент на когнитивной составляющей ЭИ, связанной с переработкой информации об эмоциях, а также на его роли в личностном росте. В результате ЭИ стал определяться как способность обрабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях, определять их значение и использовать эту информацию для мышления и принятия решений.

Впоследствии П. Сэловей и Дж. Мэйер усовершенствовали свою модель ЭИ, подчеркнув, что эмоции несут информацию о взаимоотношениях человека с окружающим миром. Они сделали акцент на когнитивной составляющей ЭИ, связанной с переработкой эмоциональной информации, и добавили компонент, касающийся личностного и эмоционального роста. В результате ЭИ был переопределен как способность обрабатывать эмоциональную информацию, определять значение эмоций, их взаимосвязь и использовать эту информацию для мышления и принятия решений.

Дж. Мэйер и П. Сэловей выделили четыре иерархически организованных компонента ЭИ, осваиваемых последовательно в развитии:

1. Идентификация эмоций: способность воспринимать, идентифицировать и адекватно выражать эмоции, различать подлинные и имитированные проявления. Этот базовый компонент включает невербальное восприятие и выражение эмоций, распознавание эмоций по выражению лица и голосу. Развивается от младенческого распознавания эмоций родителей до зрелого контроля над собственными ощущениями.
2. Использование эмоций для мышления: способность использовать эмоции для фокусировки внимания, стимуляции мышления и решения задач, включая использование позитивного настроя и колебаний настроения для анализа разных точек зрения [7].

3. Понимание эмоций: способность понимать комплексы эмоций, их связи, переходы, причины и вербальную информацию о них. Понимание, что каждая эмоция несет определенное сообщение и связанный с ним образец действий (например, гнев связан с возможностью нападения).

4. Управление эмоциями: способность контролировать эмоции, снижать интенсивность негативных эмоций, осознавать свои эмоции и решать эмоционально сложные проблемы, не подавляя негативные чувства.

Дэниел Гоулман, популяризировав понятие «эмоциональный интеллект» (ЭИ) своими книгами, дал толчок его применению в различных сферах [8]. Его концепция относится к смешанным моделям ЭИ. Гоулман выделил четыре основных грани ЭИ:

1. Самосознание: включает эмоциональное самосознание (понимание своих чувств и их влияния) и точную самооценку (адекватная оценка своих сил и готовность к развитию).
2. Самоконтроль: включает уверенность в себе, обуздание эмоций (управление разрушительными эмоциями), открытость (честное выражение чувств и мнений), адаптивность (приспособление к новым требованиям), волю к победе (стремление к развитию), инициативность (умение действовать самостоятельно) и оптимизм (позитивный взгляд на проблемы).
3. Социальная чуткость: включает сопереживание (понимание чувств других), деловую осведомленность (понимание социальной динамики в организации) и предупредительность (забота о комфорте других).
4. Управление отношениями: включает воодушевление (умение заражать энтузиазмом), влияние (способность убеждать и внушать доверие), помощь в самосовершенствовании (наставничество), содействие изменениям (готовность к нововведениям), урегулирование конфликтов (поиск приемлемых решений) и командную работу (эффективное взаимодействие в группе).

Модель Гоулмана, таким образом, акцентирует внимание на качествах эффективного лидера.

Рувен Бар-Он также выделил пять широких сфер ЭИ, которые, в свою очередь, подразделяются на более конкретные умения, способствующие достижению успеха [3].

В отечественной психологии идеи, предвосхитившие понятие эмоционального интеллекта (ЭИ), были заложены в работах Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна и А.Н. Леонтьева. Л.С. Выготский говорил о динамическом единстве аффективных и интеллектуальных процессов, подчеркивая их взаимосвязь на всех этапах развития. С.Л. Рубинштейн также указывал на единство эмоционального и рационального в мышлении. Однако, эти идеи, несмотря на их значимость, не получили должного развития в отечественной психологии на современном этапе [13].

Современные исследования ЭИ в России представлены работами

М. А Манойловой, И.Н. Андреевой, Д.В. Ушакова, Д.В. Люсина и других исследователей. Впервые понятие ЭИ в отечественной психологии было использовано Г.Г. Гарсковой в 1999 году. Она определила ЭИ как способность понимать эмоции во взаимоотношениях и управлять эмоциональной сферой на основе интеллектуального анализа. По Гарсковой, необходимым условием ЭИ является сознательное отношение к эмоциям, а его результатом – принятие решений на основе осмысления эмоций, которые выступают оценкой событий, имеющих личностный смысл [18]. ЭИ также способствует нахождению неочевидных способов достижения целей.

Андреева И.Н. рассматривает ЭИ как устойчивую ментальную способность и часть социального интеллекта. Она выделяет в структуре ЭИ способности к осознанной регуляции, пониманию, ассимиляции и выражению эмоций.

В отечественной психологии наибольшую известность получила «Двухкомпонентная теория эмоционального интеллекта» Люсина Д.В. (2004). Люсин не согласен с трактовкой ЭИ как чисто когнитивной способности, полагая, что понимание и управление эмоциями тесно связаны с личностной направленностью на эмоциональную сферу, включая интерес к внутреннему миру, склонность к психологическому анализу и ценность эмоциональных переживаний [8].

Таким образом, ЭИ имеет двойственную природу, сочетая когнитивные способности и личностные характеристики.

По мнению Люсина Д.В., ЭИ – это психологическое образование, формирующееся под влиянием различных факторов, включая когнитивные способности, представления об эмоциях и особенности эмоциональности. ЭИ включает в себя:

1. Способность к пониманию эмоций, которая подразумевает распознавание факта наличия эмоции, её идентификацию, а также понимание причин и последствий.
2. Способность к управлению эмоциями, которая включает контроль интенсивности и внешнего выражения эмоций, а также произвольное вызывание нужных эмоций [19].

На основе этих способностей, Д.В. Люсин выделяет два вида ЭИ: внутриличностный (понимание и управление своими эмоциями) и межличностный (понимание и управление эмоциями других людей).

Несмотря на то, что модель Люсина учитывает как когнитивные, так и личностные аспекты, он принципиально отличает её от смешанных моделей ЭИ, поскольку в конструкт ЭИ включаются только личностные характеристики, напрямую влияющие на его уровень и индивидуальные особенности. Люсин также не относит свою модель к моделям способностей в чистом виде, поскольку для измерения ЭИ используются как интеллектуальные задачи, так и опросники.

Также хотелось выделить еще одного автора разработки методики и определения эмоционального интеллекта. Марина Алексеевна Манойлова – автор учебного пособия «Акмеологическое развитие эмоционального интеллекта учителей и учащихся» (Псков, 2004). Оно посвящено акмеологическому анализу эмоционального интеллекта учителя как фактора продуктивности педагогической деятельности и развития эмоционального интеллекта учащихся. Эмоциональный интеллект по определению Манойловой – это способность человека к осознанию, принятию и регуляции эмоциональных состояний и чувств других людей и себя самого, которая формируется на протяжении жизни человека в общении и профессиональной деятельности [[3](https://cyberleninka.ru/article/n/akmeologicheskoe-razvitie-emotsionalnogo-intellekta-u-studentov-pedagogicheskih-vuzov)9].

Автор рассматривает концепцию эмоционального интеллекта как концепцию, способную объединить во внутренние механизмы, структурные особенности социальной, эмоциональной и регуляторной компетентности.

В структуре эмоционального интеллекта выделяются два аспекта: внутриличностный (способность управлять собой) и межличностный, или социальный (способность управлять отношениями с людьми) [39].

## 1.2 Типы отношения к беременности в отечественной психологии

Беременность – это не только физиологический процесс, но и сложный психоэмоциональный опыт, индивидуально переживаемый каждой женщиной. Субъективное восприятие и оценка женщиной своего беременного состояния, включая эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты, определяют тип отношения к беременности [14]. Понимание этих индивидуальных особенностей, отношение к беременности имеет исключительно важное значение для обеспечения психологического благополучия будущей матери и благоприятного течения как самой беременности, так и послеродового периода. Нарушения в психоэмоциональной сфере беременной женщины могут негативно сказываться на здоровье как мамы, так и ребенка, приводя к различным осложнениям, включая преждевременные роды, низкую массу тела новорожденного, послеродовую депрессию [1].

В отечественной психологии проблема типов отношение к беременности является предметом непрекращающихся исследований, хотя единой, универсально принятой классификации до сих пор не существует. Различные авторы предлагают свои подходы к описанию и классификации типов отношение к беременности, основываясь на преобладающих эмоциональных, когнитивных и поведенческих паттернах.

Концепция стилей переживания беременности, разработанная отечественными психологами, базируется на многолетних исследованиях и наблюдениях, проводившихся с целью углубленного понимания эмоционального опыта женщин в период ожидания ребенка. Важным этапом в формировании этой концепции стало ее обсуждение на III Российской конференции по психотерапии. Результаты этих исследований и дискуссий были представлены к опубликованию в виде тезисов к конференции и статьи в «Психологическом журнале» в 1998 году, что ознаменовало их выход в научное сообщество.

Эти ранние работы по изучению стилей переживания беременности заложили основу для дальнейшего исследования этой темы и позволили выделить ключевые параметры, которые формируют индивидуальный опыт каждой женщины в этот период. «Стиль переживания беременности» понимается как комплексный феномен, включающий ряд взаимосвязанных аспектов, отражающих как физическое, так и эмоциональное состояние будущей матери [10].

В частности, эта концепция охватывает:

1. Физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности. Это относится к тому, как женщина воспринимает и переживает новость о своей беременности. Эмоции могут варьироваться от радости и воодушевления до тревоги и страха, что, в свою очередь, влияет на ее дальнейшее восприятие беременности. Также здесь учитываются физические ощущения женщины в момент узнавания о беременности (например, тошнота, головокружение, сонливость).

2. Переживание симптоматики беременности. Это отражает, как женщина относится к физиологическим изменениям, которые происходят в ее организме во время беременности. Женщины могут по-разному реагировать на утреннюю тошноту, изменения аппетита, отеки, боли, колебания веса, и это влияет на их общее самочувствие и настроение.

3. Динамика переживания симптоматики по триместрам беременности. Это подразумевает отслеживание того, как меняется восприятие и переживание симптомов беременности на протяжении трех триместров. В первом триместре доминируют ранние признаки беременности, такие как токсикоз, во втором триместре внимание переключается на изменения тела и движения плода, а в третьем триместре могут усиливаться ощущения усталости и дискомфорта.

4. Преимущественный фон настроения по триместрам беременности. Это отслеживание доминирующего настроения женщины на разных этапах беременности, что может колебаться от тревожности и подавленности до эйфории и спокойствия, что также может меняться от триместра к триместру.

5. Переживание первого шевеления. Этот момент является важным этапом в эмоциональном переживании беременности, когда женщина впервые осознает, что ребенок внутри нее – это не просто абстрактная идея, а реальное живое существо.

6. Переживание шевелений в течение всей второй половины беременности. Это касается того, как женщина воспринимает и интерпретирует движения ребенка на более поздних сроках беременности. Понимание этих движений может усилить связь с будущим ребенком, и наоборот, переживания могут сопровождаться беспокойством и тревогой.

7. Содержание активности женщины в третий триместр беременности. Этот параметр отражает, чем занимается женщина на последних неделях беременности, и включает ее физическую активность, подготовку к родам, посещение курсов, а также организацию пространства для ребенка.

Среди всех этих аспектов переживание шевеления плода признается наиболее важным и характерным моментом в формировании стиля переживания беременности. Этот момент не только приносит женщине новые ощущения, но и усиливает эмоциональную связь с будущим ребенком.

Анализ данных, полученных в рамках этих исследований, позволил описать шесть вариантов стилей переживания беременности. Эти стили демонстрируют, как женщины по-разному воспринимают и переживают свою беременность.

Эмоциональное благополучие беременной женщины оказывает влияние на ход беременности, процесс родов и формирование взаимоотношений между матерью и ребенком после рождения. Эти факторы, в свою очередь, накладывают отпечаток на становление личности ребенка и особенности его характера.

Российские ученые, а именно Филиппова Г.Г., Добряков И.В. и Батуев  А.С., предложили классификацию, включающую пять типов переживания беременности, которые они называют гестационной доминантой [10]: эйфорический, тревожный, игнорирующий, депрессивный и оптимальный.

Эти типы описывают различные способы проявления женщины в период беременности, и в качестве кратких характеристик (маркеров) можно выделить следующие поведенческие особенности:

1. Эйфорический тип характеризуется отрицанием любых потенциальных трудностей, связанных с беременностью.
2. Тревожный тип проявляется в постоянных жалобах на плохое самочувствие и поиске признаков нездоровья.
3. Игнорирующий тип выражается в поведении, демонстрирующем, что беременность не имеет значения или как будто ее нет.

4. Депрессивный тип отличается страданиями и негативным отношением к факту беременности.

5. Оптимальный тип охватывает все остальные вариации переживания беременности.

Важно отметить, что оптимальный тип является весьма разнообразным и допускает наличие у беременной женщины тревожных мыслей, страхов, жалоб на плохое самочувствие, отрицания необходимости помощи, а также временных сомнений в правильности наступления беременности. Однако, эти эпизодические проявления не определяют общее течение беременности и не позволяют сделать вывод о наличии каких-либо проблем [12].

Каждый из предложенных типов переживания беременности имеет свои особенности. При этом, наиболее значимым фактором является не то, как именно женщина себя ведет, а мотивы, которыми она руководствуется в своем поведении.

Игнорирование беременности часто обусловлено деструктивными мотивами. К примеру, страх потерять профессиональные достижения, независимость или ощущение собственной значимости, как личности, а не только матери, может привести к отрицанию беременности. Это может мешать формированию привязанности к ребенку после родов, и такие матери нередко планируют переложить заботу о ребенке на других. В случаях, когда такая возможность отсутствует, высок риск послеродовой депрессии. Вместе с тем некоторые женщины демонстрируют адаптивность и меняют свое отношение к материнству после рождения ребенка. Еще одним мотивом игнорирования может быть боязнь потери беременности или страх перед возможными трудностями [11].

Эйфорический тип отношение к беременности создает впечатление полной гармонии и благополучия. Женщина кажется радостной и довольной своим положением, она старается не углубляться в размышления и избегает всего, что может вызвать беспокойство. В отличие от игнорирующего типа, она не скрывает беременность и не делает вид, что ее нет; вместо этого, она избегает любой негативной информации, утверждая, что с ней ничего плохого не произойдет. Однако за этим внешним благополучием может скрываться тревога, которая не проявляется явно в поведении.

Подавление своих негативных эмоций и переживаний представляет основной риск для такой беременности. Зачастую, одним из таких подавленных переживаний является страх перед трудностями, связанными с появлением новорожденного, такими как недосыпание, ограничение социальных контактов и сложности в карьере. Таким образом, проблема заключается не столько в самом поведении или нежелании знать о трудностях, сколько в причинах такого поведения. Скрытое напряжение, накопленные страхи и негатив могут проявиться через психосоматические симптомы, нарушения родовой деятельности или послеродовую депрессию, спровоцированную и накопившимися эмоциями, и неготовностью к трудностям, которые женщина старалась не замечать. Тем не менее, у некоторых женщин, гормональные изменения во время родов, особенно повышение уровня окситоцина, могут способствовать изменению ситуации, о чем будет сказано далее.

Депрессивный тип переживания беременности всегда носит деструктивный характер и не имеет позитивных или нейтральных проявлений. Он возникает, когда беременность препятствует удовлетворению ряда значимых потребностей женщины (связанных с личной свободой выбора) [11].

При этом беременность обычно бывает результатом изнасилования, нежелательной или наступившей под давлением мужа, родителей или других значимых людей. Иногда причиной такого состояния становится нежеланный пол ребенка или утрата близкого человека, трагические события, произошедшие до или во время беременности [2].

 При наличии выбора женщина с депрессивным типом часто испытывает желание отдать ребенка в детский дом или жалеет о том, что не сделала аборт. При этом она может и не высказывать открыто мысли об избавлении от ребенка, считая, что это ее судьба, и она обязана заботиться о нем, но эти мысли сопровождаются негативными эмоциями. Она терпит беременность и материнство. Такие женщины также находятся в группе риска по послеродовой депрессии и часто не стремятся увидеть ребенка после родов. Если медицинский персонал не предложит ей увидеть ребенка, она может даже не вспомнить о нем и не проявить интерес. Однако это может не проявиться явно из-за социальных норм, заставляющих ее вести себя прилично. В домашней обстановке, без посторонних, она может проявлять формальное отношение к своим обязанностям или не выполнять их вовсе, что может создавать опасные ситуации для ребенка.

Иногда страдания от беременности бывают напускными, с целью сыграть роль жертвы. Истинные страдания могут скрываться под игнорирующим (отрицание) или эйфорическим (позитивное отношение) типами [11]. Игнорирующий и эйфорический типы также могут наблюдаться у женщин, которые не знают, что беременность может сопровождаться трудностями, и верят в ее естественное и беспроблемное течение.

Важно подчеркнуть, что тип переживания беременности определяется не столько внешними проявлениями, сколько мотивами, которые лежат в основе поведения женщины. Единичные эпизоды тревоги, жалоб или отрицания не являются показателем проблемы, если женщина в целом адаптирована и готова к материнству. Исследование типов переживания беременности позволяет не только выявить группы риска, но и разработать стратегии психологической поддержки для беременных женщин, учитывая их индивидуальные особенности и потребности. Это, в свою очередь, способствует благополучному протеканию беременности, родов и формированию здоровых отношений между матерью и ребенком.

Таким образом, концепция типов отношения к беременности в отечественной психологии представляет собой ценный инструмент для понимания и поддержки женщин в этот важный период их жизни [10].

В заключение можно отметить, что проблема типов отношение к беременности в отечественной психологии остается актуальной и требует дальнейшего изучения. Анализ существующих подходов к классификации типов отношение к беременности показал, что единой, общепринятой системы не существует. Различные авторы предлагают свои модели, основанные на преобладающих эмоциональных, когнитивных и поведенческих характеристиках. Наиболее часто выделяются гармоничный, тревожный, депрессивный, амбивалентный и конфликтный типы, но границы между ними размыты, и в реальности часто наблюдаются смешанные типы.

## 1.3 Особенности психологического состояния первородящих и повторнородящих женщин в период беременности

Психологическое состояние первородящих и повторнородящих женщин в период беременности формируется под влиянием целого комплекса факторов, начиная от биологических изменений и заканчивая социальным контекстом. Эти состояния, хотя и являются частью общего процесса беременности, проявляются по-разному, отражая уникальные переживания и потребности каждой женщины.

Для первородящих беременность – это кардинально новый опыт, который вызывает целую гамму эмоций и переживаний. На начальном этапе, особенно в первом триместре, многие женщины испытывают сильную тревогу, связанную с неопределенностью относительно исхода беременности, своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Эта тревога может проявляться как навязчивые мысли, беспокойство по поводу каждого телесного ощущения, а также как раздражительность и плаксивость [17]. Отсутствие предыдущего опыта родов делает этот период особенно волнительным.

Исследование взаимосвязи между эмоциональным интеллектом (ЭИ) и типом отношения беременности у первородящих и повторнородящих женщин является особенно важным, так как ЭИ рассматривается как важный психологический ресурс, способствующий адаптации к стрессовым ситуациям и эффективному копингу [33]. Различные компоненты ЭИ, такие как самосознание, саморегуляция, социальное осознание и управление отношениями, могут играть решающую роль в способности женщины эффективно справляться с психологическими нагрузками, связанными с беременностью и последующим материнством [34,35]. В свою очередь, психологическое состояние первородящих и повторнородящих женщин в период беременности характеризуется существенными различиями, обусловленными как биологическими, так и социально-психологическими факторами. Эти различия влияют на эмоциональное восприятие беременности, уровень тревоги, способы адаптации к новым условиям и, в конечном счете, на общее благополучие матери и ребенка.

В течение беременности первородящие женщины часто ищут информацию и поддержку. Они активно общаются с врачами, читают книги и статьи, ищут советы в интернете, а также делятся своими переживаниями с близкими. Эта потребность в информации и поддержке свидетельствует о стремлении женщины подготовиться к предстоящему материнству, освоить новые навыки и уменьшить уровень тревоги. Важной чертой психологического состояния первородящих является идеализация материнства [10]. Они часто формируют некий образ «идеальной матери» и «идеального ребенка», под влиянием социальных стереотипов и личных фантазий. Несоответствие реальности этим представлениям может привести к разочарованию и чувству несостоятельности.

Эмоциональная лабильность, характеризующаяся частыми перепадами настроения и высокой эмоциональной реактивностью, также является частым спутником беременности первородящих. Гормональные изменения, происходящие в организме, усиливают эту тенденцию, делая женщин более чувствительными и уязвимыми. Кроме того, первородящие более склонны к самокопанию, размышлениям о своей новой роли и ответственности. Они могут испытывать неуверенность в своих способностях, сомневаться в правильности своих действий и ощущать себя «недостаточно хорошей» матерью [14].

Опыт предыдущих беременностей и родов оказывает глубокое и многогранное влияние на восприятие текущей беременности у повторнородящих женщин. Этот опыт становится своеобразным фильтром, через который женщина воспринимает все события и ощущения, связанные с настоящим периодом вынашивания ребенка. Восприятие текущей беременности неразрывно связано с тем, как протекали предыдущие беременности, роды, и как женщина адаптировалась к материнству после рождения предыдущего ребенка.

Если предыдущие беременности и роды проходили без осложнений, с положительными эмоциональными переживаниями, женщина, как правило, подходит к текущей беременности с большей уверенностью и спокойствием [9]. Она уже знает, чего ожидать, у нее сформировано представление о процессе родов, а также понимание собственных ресурсов и возможностей для преодоления возможных трудностей. Такой опыт может способствовать формированию оптимального типа отношения к беременности, при котором женщина воспринимает свое состояние как естественное и радостное, ощущает себя способной справиться с любыми вызовами [4].

Однако, если предыдущий опыт был негативным, включал осложнения беременности, трудные или травматичные роды, а также послеродовую депрессию или другие психологические проблемы, это может существенно повлиять на восприятие текущей беременности. Женщина может испытывать повышенную тревожность, страхи и опасения, связанные с возможным повторением негативного сценария. В этом случае восприятие беременности может быть окрашено негативными эмоциями, а отношение к ней может приобрести тревожный или депрессивный характер. Женщина может чрезмерно концентрироваться на своих ощущениях, постоянно беспокоиться о здоровье ребенка и своем собственном состоянии [2].

Кроме того, опыт предыдущих беременностей и родов влияет на восприятие себя как матери. Женщина, успешно справившаяся с предыдущими беременностями и родами, а также хорошо адаптировавшаяся к материнству, скорее всего, будет ощущать себя компетентной и уверенной в своих способностях будущей матери. Напротив, если женщина испытывала трудности в предыдущем опыте материнства, она может сомневаться в своих силах и испытывать тревогу, опасаясь повторения прежних проблем.

Важно отметить, что влияние предыдущего опыта может быть как прямым, так и косвенным [15]. Прямое влияние заключается в том, что женщина непосредственно сравнивает текущие ощущения и события с предыдущим опытом. Косвенное влияние проявляется в том, что предыдущий опыт формирует определенное отношение к беременности и материнству, которое может влиять на поведение, эмоции и убеждения женщины в настоящем.

В целом, опыт предыдущих беременностей и родов играет ключевую роль в формировании восприятия текущей беременности. Этот опыт может либо усилить позитивное отношение к беременности и укрепить уверенность в собственных силах, либо наоборот, вызвать тревогу, страх и неуверенность. Понимание этого влияния является важным фактором для оказания эффективной психологической поддержки беременным женщинам и помощи им в формировании оптимального отношения к беременности [12].

Таким образом, психологическое состояние первородящих и повторнородящих женщин в период беременности имеет как общие, так и специфические черты. Первородящие характеризуются большей эмоциональной уязвимостью, тревогой и неопределенностью, но при этом проявляют большую активность в поиске информации и поддержки. Повторнородящие более уверены в себе и более реалистично смотрят на материнство, но могут испытывать усталость и озабоченность организационными вопросами.

Понимание этих различий позволяет специалистам, работающим с беременными женщинами, строить свою работу более эффективно, учитывая индивидуальные потребности каждой женщины. Первородящим женщинам может быть полезна психотерапия и группы поддержки, помогающие справиться с тревогой и неопределенностью. Повторнородящие же могут нуждаться в практической помощи и поддержке, связанной с организацией быта и распределением внимания между несколькими детьми. Учитывая эти нюансы, можно обеспечить каждой беременной женщине необходимую помощь и поддержку для благополучного протекания беременности и подготовки к материнству.

В заключение теоретической части исследования, посвященного взаимосвязи эмоционального интеллекта и типа отношение к беременности у первородящих и повторнородящих женщин, следует подчеркнуть, что данная работа затрагивает многоаспектную и социально значимую проблему. Настоящий обзор литературных источников убедительно демонстрирует, что эмоциональный интеллект, как способность осознавать, понимать, управлять своими эмоциями и эмоциями других людей, играет ключевую роль в адаптации к стрессовым периодам жизни, и беременность, безусловно, является одним из таких периодов.

Развитые компоненты эмоционального интеллекта, такие как самосознание, саморегуляция, социальное осознание и управление отношениями, позволяют женщине более эффективно справляться с эмоциональными вызовами беременности, включая тревогу, страх, раздражительность и даже депрессивные состояния.

В то же время психологическое состояние первородящих и повторнородящих женщин в период беременности существенно различается. Первородящие, сталкиваясь с новым и неизвестным опытом, часто испытывают тревогу, неопределенность, сомнения в своих материнских способностях и склонны к идеализации материнства. Для них характерны активный поиск информации, эмоциональная лабильность и повышенная чувствительность к телесным ощущениям [37].

Напротив, повторнородящие, опираясь на предыдущий опыт, демонстрируют большую уверенность, меньшую тревогу и более реалистичное восприятие материнства. Они меньше нуждаются в информации, но могут быть озабочены организацией жизни с несколькими детьми и адаптацией старшего ребенка к появлению младшего. Повторнородящие также могут проявлять большую эмоциональную зрелость.

Эти различия важны для понимания индивидуальных потребностей беременных женщин и оказания им адекватной психологической поддержки, учитывающей их уникальные переживания и задачи на каждом этапе беременности. Первородящим необходимы информирование и поддержка, а повторнородящим – помощь в организации быта и решении семейных вопросов.

Настоящий обзор также показывает, что эмоциональный интеллект может выступать в качестве своеобразного «буфера» при столкновении со стрессовыми ситуациями, связанными с беременностью, и что женщины с высоким уровнем ЭИ более эффективно адаптируются к эмоциональным и физическим изменениям, происходящим в этот период. Таким образом, исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта и типа отношение к беременности у первородящих и повторнородящих женщин представляет собой актуальную и важную задачу, результаты которой могут иметь практическую значимость для разработки программ психологической помощи и поддержки беременным женщинам.

Данное исследование позволит выявить, какие именно аспекты эмоционального интеллекта наиболее значимы для благополучного протекания беременности у первородящих и повторнородящих женщин, и поможет разработать более эффективные стратегии психологической поддержки, учитывающие индивидуальные особенности, потребности каждой женщины и типа отношения к беременности. Дальнейшее эмпирическое изучение этих взаимосвязей представляется крайне важным для понимания механизмов адаптации женщин к беременности и создания благоприятных условий для их эмоционального благополучия и здоровья будущих поколений. «Беременность –это подготовительный этап к новой роли - роли матери. Психологическое и соматическое состояние женщины влияют на здоровье ребенка, качество его будущей жизни. Чтобы родить здорового ребенка, женщина должна быть подготовлена не только физиологически, но и психологически» [38, с.1].

# II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ

ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

## 2.1 Организация и методы эмпирического исследования

Практическая часть выпускной квалификационной работы выполнялась на базе женской консультации Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1».

В начале исследования была выдвинута гипотеза о том, что существует взаимосвязь между эмоциональным интеллектом женщины и её отношением к своей беременности, которая выражается в следующем:предполагается, что существует взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин. Выражается эта связь в том, что чем выше уровень эмоционального интеллекта, тем тип отношения к беременности будет более оптимальным и наоборот - чем ниже уровень ЭИ, тем тип отношения к беременногсти будет менее благоприятным.

Частная гипотеза:у первородящих женщин имеются статистически значимые различия в ряде изученных показателей по сравнению с повторнородящими, а именно, чем ниже у первородящих беременных женщин уровень эмоционального интеллекта, тем сильнее выражена склонность к проблемным типам отношения к беременности (гипогестогнозическому, эйфорическому, тревожному, депрессивному).

Формулировки темы исследования и рабочей гипотезы предопределили формирование двух выборок: в состав одной выборки вошли первородящие женщины, в состав второй выборки – повторнородящие женщины. Все участницы исследования находятся на 24-26 неделе беременности (второй триместр). При формировании выборок соблюдалось правило сопоставимости результатов исследования, которое предполагает отбор испытуемых по принципу максимального сходства их социально-демографических характеристик. Так, например, в одну выборку не могут быть включены женщины со значительной разницей в возрасте, ведущие принципиально разный образ жизни. При таком подходе исключается возможность некорректного сравнения испытуемых, значительно отличающихся друг от друга по существенным социально-демографическим характеристикам. Численность каждой выборки составила 10 человек, соответственно, общее количество участниц исследования – 20 человек.

Выборка первородящих состоит из женщин оптимального для первой беременности репродуктивного возраста – от 23 до 26 лет. По уровню образования первородящие женщины распределились в равных пропорциях: у 50 % среднее специальное образование, у 50 % высшее образование.

Все женщины работают в государственных и коммерческих организациях, официально трудоустроены, что предполагает социальные гарантии (своевременное оформление отпуска по беременности и родам). Большинство 70 %; первородящих женщин состоят в зарегистрированном браке, остальные 30 %; намерены заключить брак с отцами своих детей до родов. Абсолютное большинство 100 %; проживают со своими мужьями отдельно от родственников в собственных благоустроенных квартирах. Беременность у всех желанная несмотря на то, что у 60 % она оказалась незапланированной. Все женщины соматически здоровы, не имеют хронических заболеваний и отягощённой наследственности, которые могли бы оказать воздействие на вынашивание беременности и здоровье ребёнка.

Среди первородящих женщин 20 % имеют в анамнезе однократное самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш) на ранних сроках и 10 % медикаментозный аборт по медицинским показаниям. Половина 50 %; первородящих до беременности были курящими. Из них 20 %отказались от курения на ранних сроках беременности, и 30 % только сократили количество потребления табака. Из всех первородящих женщин 70 % встали на учёт по беременности на ранних сроках, остальные 30 % впервые обратились в женскую консультацию уже во втором триместре беременности.

 Возрастной состав выборки повторнородящих женщин находится в хронологических границах фертильности – от 28 до 33 лет. У 60 % повторнородящих женщин высшее образование, у 40 % – среднее специальное образование. Все женщины работают в государственных и коммерческих организациях, официально трудоустроены и, следовательно, с точки зрения трудового законодательства, являются социально защищёнными.

Абсолютное большинство (100 %; повторнородящих женщин состоят в зарегистрированном браке, у всех этот брак на момент проведения исследования первый и единственный. Большинство (80 %; проживают со своими мужьями отдельно от родственников в собственных благоустроенных квартирах, остальные 20 %; проживают в благоустроенных частных домах со своими мужьями, старшими детьми и своими родителями. Беременность специально не планировали, но у всех она желанная, позитивно воспринимаемая мужьями и другими родственниками.

У всех женщин это второй по счёту ребёнок. 80 % повторнородящих женщин полностью соматически здоровы, у 20 % имеются хронические заболевания (хроническая обструктивная болезнь лёгких). При надлежащем внимании к своему здоровью ХОБЛ не оказывает негативного воздействия на вынашивание беременности и здоровье ребёнка. Однако наличие в анамнезе этого заболевания требует повышенного внимания к собственному здоровью особенно в периоды распространения респираторных инфекций, и профилактических мер по недопущению обострения ХОБЛ во время гестационного периода. Фактор отягощённой наследственности в анамнезе повторнородящих женщин отсутствует.

Среди повторнородящих женщин 20 % однократно сталкивались с самопроизвольным прерыванием беременности, которая наступала практически сразу после первых родов. Ещё 20 % прерывали незапланированную беременность, наступившую в первый год после рождения первого ребёнка, хирургическим путём. Ни выкидыши, ни аборты не оказали серьёзного воздействия на репродуктивную функцию женщин, нынешняя беременность переносится ими легко, без угроз.

Немногим более половины 60 %; повторнородящих до второй беременности были курящими. На момент проведения исследования 20 % из них продолжают курить, остальные 40 % отказались от курения сразу, как только узнали о том, что беременны. Из всех повторнородящих женщин 50 % встали на учёт по беременности на ранних сроках, 30 % обратились в женскую консультацию для постановки на учёт ближе к концу первого триместра беременности, и 20 % встали на учёт на 18-20 неделях беременности.

Для проведения исследования использовались методы беседы и психологического тестирования. Метод беседы позволил собрать первичные данные о пациентках женской консультации и сформировать описанные в предыдущем разделе выборки, по принципу максимального сходства социально-демографических характеристик, а также схожести анамнестических данных.

Для проведения исследования подобраны методики, отвечающие цели исследования и основным требованиям, предъявляемым к психодиагностическому инструментарию (стандартизованность, валидность, надёжность).

Для изучения эмоционального интеллекта беременных женщин применялась «Методика диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ), разработанная кандидатом психологических наук Мариной Алексеевной Манойловой [3]. При разработке МЭИ, М.А. Манойлова руководствовалась следующими теоретическими положениями:

1) эмоциональный интеллект представляет собой сложный, многоаспектный и многогранный психологический феномен, суть которого можно трактовать, как:

- регуляцию внутренней и внешней психической деятельности человека;

- способность эмоционального понимания, познания своих состояний и партнеров по общению;

- управление своими действиями в направлении сознательно поставленной цели, регулируя внутренние состояния (желания, потребности);

- субъективную характеристику личности, связанную с переживанием значимости действующих на партнёров по общению явлений и ситуаций.

2) цель эмоционального интеллекта, как динамичного компонента в структуре личности, заключается в трансформации и прогрессивном развитии эмоциональной сферы субъекта. Процессуальная сторона эмоционального интеллекта – это осознание своего внутреннего состояния и партнера по общению, отражение внешнего эмоционального состояния другого человека, а результат – психические новообразования личности.

3) эмоциональный интеллект проявляется в двух аспектах – внешнем и внутреннем. Внутренний аспект эмоционального интеллекта заключается в эмоциональном потенциале личности, который видоизменяется по мере накопления жизненного опыта. Внешний аспект эмоционального интеллекта есть не что иное, как «техническая» сторона, то есть выполнение определённых операций, реализация потенциала на практике.

«Методика диагностики эмоционального интеллекта» включает 40 прямых и обратных утверждений, для каждого из которых предусмотрено 5 вариантов ответа на выбор, в зависимости от частоты проявления описываемых эмоциональных реакций и совершаемых действий. Все утверждения в равных долях распределены по четырём шкалам, две из которых относятся к внутриличностному аспекту ЭИ, и две – к межличностному (внешнему) аспекту.

Шкалы внутриличностного аспекта ЭИ:

**Шкала 1 «Осознание своих чувств и эмоций», которая характеризует степень развития эмоционального самосознания, способности понимать, что эмоции играют существенную роль в общении с другими людьми, в повседневной жизни, в работе, и жить в согласии со своим эмоциональным миром.** Адекватная осведомлённость об эмоциональных качествах, психологических характеристиках состояний личности и их роли в во всех видах деятельности, наличие потребности в познании себя и развитая рефлексия сопутствуют высоким показателям по данной шкале. Осознание собственных чувств и эмоций проявляется так же в развитой интуиции, активности и гибкости реагирования на происходящие события, лёгкости принятия верных решений в проблемных ситуациях. Осознание собственных эмоций и чувств выражается и в стремлении субъекта к самонаблюдению и самопознанию, которые позволяют делать верные выводы о том, каким образом эмоции и чувства повлияли на исход определённой ситуации.

**Шкала 2 «Управление своими чувствами и эмоциями» предназначена для оценки способности управлять собственными эмоциями и чувствами, принимать и контролировать их. При высоких показателях по данной шкале можно говорить о наличии у субъекта хорошо развитых навыков самоконтроля своих эмоциональных состояний и использования эмоциональных переживаний для достижения поставленных целей. При высоком уровне развития способности к управлению собственными эмоциями и чувствами человек хорошо понимает, в каких ситуациях он проявляет лояльное, позитивное отношение к себе, а в каких он интолерантен по поношению к себе.** Развитое умение управлять собой проявляется и в умении подмечать малозаметные, существенные эмоциональные особенности партнёров по общению.

Шкалы межличностного аспекта ЭИ:

**Шкала 3 «Осознание чувств и эмоций других людей», которая показывает, насколько легко или, напротив, сложно человеку даётся распознавание эмоций других людей, понимание чувств партнёров по общению. Высокие показатели по данной шкале свидетельствуют о способности устанавливать эмоциональную связь с другими людьми, понимать их положение, взглянуть на ситуацию с позиции другого, проявить эмпатию – сочувствующее, гуманное, одобрительное отношение к партнёрам по общению. Хорошо развитая способность к осознанию чувств и эмоций других людей способствует комфортности в общении, сохранению и поддержанию доброжелательных взаимоотношений в любом коллективе.** Высокий уровень развития осознания чувств и эмоций других людей является показателем целостного человек восприятия, то есть созданию образа партнера по общению, который включает в себя все уровни психического отражения и зависит от мировоззрения воспринимаемого.

Ш**кала 4 «Управление чувствами и эмоциями других людей** «подразумевает осуществление совокупности определённых воздействий, выбранных субъектом и направленных на приведение партнёра по общению в определённое состояние. Управление состоянием происходит в целях предупреждения снижения работоспособности и сохранения здоровья путём нормализации функционального состояния партнера по общению. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о наличии у человека способности принимать решения, не ущемляя собственных интересов и не унижая другого, об умении проникать во внутренний мир другого человека за счёт ощущения сопричастности к его переживаниям.
Высоким показателям по данной шкале сопутствуют непредвзятое и беспристрастное отношение к другим людям, уверенность в собственных силах и действиях, гибкость в выстраивании отношений с окружающими и умение предотвращать проявления негатива со стороны других, нормализовать обстановку в группе (коллективе).

По сумме набранных баллов определяется интегральный показатель ЭИ. Эмоциональный интеллект считается высоко развитым при условии, что все формы представлены качественными характеристиками и реализуются во взаимодействии, поведении и деятельности. Средний уровень развития эмоционального интеллекта характеризуется яркой выраженностью развития отдельных аспектов эмоционального интеллекта и низким уровнем развития других его компонентов. Низкий уровень развития эмоционального интеллекта представлен низкими количественными результатами диагностики и характеризуется отсутствием мотивации достижения успеха в профессиональной деятельности, во взаимодействии и общении.

Для исследования отношения к беременности использовалась методика «Тест отношений беременной» (ТОБ), разработанная кандидатом медицинских наук, медицинским психологом Игорем Валентиновичем Добряковым [2].

В основе этого теста лежит концепция гестационной доминанты, введённой И.А. Аршавским [1]. Согласно данной концепции, гестационная доминанта – направленность реакций организма женщины на создание оптимальных условий для внутриутробного развития ребенка.

Тест содержит 3 блока утверждений, которые отражают отношение женщины к себе беременной, отношения женщины в системе «мать-дитя» и отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке выделяется три раздела. Раздел состоит из 5-ти утверждений, отражающих тип компонента гестационной доминанты.

1. Оптимальный – естественное, без лишней тревоги, отношение к беременности. Беременная женщина следит за свои здоровьем, выполняет рекомендации врачей. При этом не снижает своей активности, занимается на курсах дородовой подготовки. Супружеская подсистема, как правило, зрелая, ребенок желанный обоими супругами.
2. Тревожный – субъективная переоценка имеющихся проблем либо неспособность объяснить причину тревоги. Часто тревога влияет на соматическое состояние женщины. А порой является оправданной из-за наличия заболеваний, проблем в семье или недостаточной материальной устойчивости. Зачастую повышенная тревожность вызвана неправильными действиями медицинского персонала, с которым общается женщина во время беременности. Большинство беременных с этим типом переживания становятся доминирующими, чрезмерно заботящимися матерями.
3. Эйфорический – декларация чрезмерной любви к будущему ребенку, преувеличение трудностей и недомоганий, в частных случаях манипулирование беременностью, использование ее в меркантильных целях. Часто отмечается у женщин истерического типа личности либо у женщин, длительное время лечившихся от бесплодия. Такие женщины требуют к себе повышенного внимания, выполнения прихотей.
4. Гипогестогнозический (игнорирующий) – нежелание менять свой жизненный сценарий в связи с наступившей беременностью. Встречается у девушек, не желающих брать академический отпуск или отказываться от активной социальной жизни (походы, дискотеки); у зрелых женщин, увлеченных своей карьерой. У них часто не хватает времени, чтобы в достаточной мере заниматься своим здоровьем, посещать врачей, встать на учет в консультацию.

5. Депрессивный – резко сниженный фон настроения, страхи перед родами, воспитанием ребенка. Непринятие изменений в теле, ощущение себя некрасивой и нежеланной. Часто такой поведение встречает непонимание в семье беременной женщины, что еще больше усугубляет депрессивной состояние. Так же может быть спровоцирован действиями медицинского персонала. В группу женщин с депрессивным компонентом попадает часть матерей-отказниц и женщин, для которых характерны эмоциональное отвержение и жестокой обращение с ребенком.

Исследование проводилось в индивидуальном режиме, во время посещения беременными женщинами плановых консультаций у участкового врача-гинеколога и нахождения в стационаре роддома № 1 города Красноярска в отделении патологии беременности.

## 2.2 Анализ результатов исследования

Первичные результаты исследования представлены в таблицах, Приложение 1. Для удобства анализа, описания и обобщения результатов исследования участницам констатирующего эксперимента были присвоены коды, состоящие из букв и цифр. Первородящие кодировались буквами ПР и цифрами от 1 до 10, а повторнородящие – буквами ПВР и цифрами от 1 до 10.

Рассмотрим данные, полученные в ходе исследования эмоционального интеллекта в выборках первородящих и повторнородящих женщин «Методика диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ), М.А. Манойловой.

Долевое распределение первородящих и повторнородящих беременных женщин по уровням эмоционального интеллекта представлено на рисунке 2.1.

Рис. 2.1 Долевое распределение беременных женщин по уровням эмоционального интеллекта «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой (в %)

Как видим, в выборке первородящих женщин наибольшая доля (40 %) приходится на женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта. Доля первородящих женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта составляет 30 % от общей численности этой выборки. Такая же доля (30 %) приходится на первородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта. В выборке повторнородящих женщин наименьшая доля (20 %) приходится на беременных с низким уровнем эмоционального интеллекта. Основная часть выборки (80 %) распределилась в равных долях (по 40 %) на тех, чей уровень эмоционального интеллекта является высоким и средним.

Обратимся к данным по шкалам МЭИ в группах первородящих женщин с высоким, средним и низким уровнями эмоционального интеллекта. На рисунке 2.2 представлены средние значения по шкалам МЭИ в группе первородящих женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта.

Рис. 2.2 Средние значения по шкалам» Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой у первородящих женщин с высоким уровнем ЭИ (в стенах)

Сведения, отображённые на рисунке 2.2, позволяют сформулировать вывод о том, что внутренний и внешний аспекты эмоционального интеллекта у женщин с высоким интегральным показателем ЭИ развиты одинаково хорошо и гармонично, все количественные данные располагаются в диапазоне высоких значений и не противоречат друг другу. Это в полной мере соответствует теоретическому обоснованию высокого уровня эмоционального интеллекта, представленному в работах М.А. Манойловой – автора методики МЭИ.

На рисунке 2.3 представлены средние значения по шкалам МЭИ в группе первородящих женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта.

Рис. 2.3 Средние значения по шкалам «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой у первородящих женщин со средним уровнем ЭИ (в стенах)

Согласно данным, представленным на рисунке 2.3, у первородящих женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта наблюдается следующая закономерность: при хорошо развитой способности к осознанию собственных эмоций и чувств они плохо осознают эмоции и чувства других людей. По остальным параметрам эмоционального интеллекта среднегрупповые показатели располагаются в зоне средних значений. Это означает, что первородящие женщины в целом способны управлять и собственными эмоциями, и эмоциями других, но не настолько хорошо, чтобы можно было говорить о хорошо развитых рефлексивных умениях и регулятивных навыках.

Особое внимание следует обратить на сочетание низких показателей по шкале осознания чужих эмоций и чувств со средними показателями по шкале управления эмоциями и чувствами других людей. На первый взгляд, такое сочетание содержит в себе противоречие, так как умение управлять эмоциями и чувствами других людей логично вытекает из умения распознавать чужие эмоции и чувства. Однако если проанализировать эту ситуацию глубже, применив к ней знания из области психологии общения, можно обнаружить, что такое сочетание эмпирических данных противоречиво только внешне, так как управление чужими эмоциями и чувствами может осуществляться путём манипулирования. Создавать нужную обстановку в межличностном общении можно и путём тщательного сокрытия собственных эмоций, чувств, взглядов и намерений.

На рисунке 2.4 представлены средние значения по шкалам МЭИ в группе первородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта. В группе первородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта самые высокие показатели по шкале осознания собственных эмоций и чувств, однако и они находятся в диапазоне низких значений, не приближаясь даже к пороговой отметке, отделяющий низкий уровень от среднего. Первородящим женщинам этой группы одинаково трудно управлять собственными эмоциями и осознавать эмоции и чувства других людей. Хуже всего обстоит дело с управлением эмоциями и чувствами других. Недостаточное понимание собственного эмоционального мира и мира чувств других людей, неразвитость эмпатии и интуиции, трудности с управлением собственными эмоциями и самоанализом могут стать причиной возникновения межличностных конфликтов и выбора не адекватных ситуациям способов решения жизненно важных задач.

Рис. 2.4 Средние значения по шкалам «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой у первородящих женщин с низким уровнем ЭИ (в стенах)

Обратимся к данным по шкалам МЭИ в группах повторнородящих женщин с высоким, средним и низким уровнями эмоционального интеллекта.

На рисунке 2.5 представлены средние значения по шкалам МЭИ «Методика диагностики эмоционального интеллекта» М.А. Манойловой, в группе повторнородящих женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта.

Согласно данным, представленным на рисунке 2.5, у повторнородящих женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта так же, как у первородящих, хорошо развиты все составляющие внутриличностного и межличностного аспектов эмоционального интеллекта.

Повторнородящие женщины этой группы умеют распознавать и понимать собственные эмоции и чувства, эмоции и чувства других людей, им свойственно проявлять эмпатию и позитивный настрой в общении с другими, они способны контролировать собственные эмоции и помогать регулировать эмоциональную атмосферу в группе (коллективе) людей.



Рис. 2.5 Средние значения по шкалам МЭИ «Методики диагностики эмоционального интеллекта» у повторнородящих женщин с высоким уровнем ЭИ (в стенах)

На рисунке 2.6 представлены средние значения по шкалам «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой в группе повторнородящих женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта.

Рис. 2.6 Средние значения по шкалам «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой у повторнородящих женщин со средним уровнем ЭИ (в стенах)

Так же, как в выборке первородящих, у повторнородящих женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта, преимущественно, высокие показатели развития способности к осознанию собственных эмоций и чувств и низкие показатели способности к распознаванию и пониманию эмоций и чувств других людей. При этом способность к управлению эмоциями и чувствами других людей у женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта развита лучше, чем способность к распознаванию и пониманию эмоций и чувств других людей.

На рисунке 2.7 представлены средние значения по шкалам МЭИ в группе повторнородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта. Как мы видим по рисунку, уровень овладения навыком осознания своих чувств и эмоций у повторнородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта достиг более высоких значений, чем другие аспекты овладевания ЭИ, что может говорить о низкой способности к управлению своими эмоциями.

Рис. 2.7 Средние значения по шкалам «Методики диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) М.А. Манойловой у повторнородящих женщин с низким уровнем ЭИ (в стенах)

Рассмотрим данные, полученные в ходе исследования типов отношения к беременности» в выборках первородящих и повторнородящих женщин, которые представлены на рисунке 2.8.



Рис. 2.8 Долевое распределение первородящих и повторнородящих женщин по типам отношения к беременности «Тест отношений беременной» (ТОБ) И.В.  Добрякова (в %)

Как видим, на распределительной диаграмме на рисунке 2.8 представлены не только «чистые» типы отношения к беременности, но и смешанные. Заметим, что смешанные типы отношения к беременности нельзя назвать преобладающими, так как количественные показатели по ним равняются 5-6 баллам (табл. 3, п.1 в Приложении 1), в то время как о преобладающем типе отношения к беременности можно говорить тогда, когда по нему набрано не меньше 7 баллов. Следовательно, о смешанных типах можно говорить, скорее, как о выраженных, а не преобладающих.

Смешанный оптимально-тревожный тип отношения к беременности демонстрируют 20 % первородящих женщин. Такая же доля (20 %) приходится на женщин, у которых выражен оптимально-эйфорический тип отношения к беременности. Оптимальный тип отношения к беременности преобладает у 30 % первородящих. У 20 % преобладает эйфорический тип отношения у беременности. Гипогестогнозический тип отношения к беременности преобладает у 10 % первородящих женщин. Депрессивный и тревожный типы отношения к беременности в выборке первородящих женщин не представлены.

В выборке повторнородящих больше всего женщин с оптимальным типом отношения к беременности (40 %). По 10 % приходится на повторнородящих женщин с преобладанием эйфорического и гипогестагнозического типов отношения к беременности.

Так же, как в выборке первородящих, среди повторнородящих женщин 20 % с выраженным смешанным оптимально-тревожным и 20 % с выраженным смешанным оптимально-эйфорическим типами отношения к беременности. Повторнородящих женщин с преобладанием тревожного и депрессивного типов отношения к беременности не выявлено.

Таким образом, анализ первичных данных позволил установить, что в выборках первородящих и повторнородящих женщин представлены все уровни эмоционального интеллекта, и долевое распределение по уровням эмоционального интеллекта в двух выборках приблизительно одинаковое. Применительно к женщинам со средним уровнем эмоционального интеллекта следует отметить общую для всех закономерность – сочетание высоких показателей по шкале осознания собственных эмоций и чувств с низкими показателями по шкале понимания чувств и эмоций других людей. При этом способность к управлению эмоциями и чувствами других людей у женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта развита лучше, чем способность к распознаванию и пониманию эмоций и чувств других людей. В этой связи можно предполагать, что женщины со средним уровнем развития эмоционального интеллекта в межличностном взаимодействии стараются скрывать собственное отношение к людям и ситуациям.

Кроме того, нельзя исключать применения ими приёмов манипулирования. Из всех диагностируемых типов отношения к беременности в исследуемых выборках не обнаружены депрессивный и тревожный типы. Больше всего женщин в обеих выборках с оптимальным типом отношения к беременности. Часть первородящих и повторнородящих женщин продемонстрировала смешанные типы отношения к беременности (оптимально-тревожный и оптимально-эйфорический), которые для них являются, скорее, наиболее выраженными, нежели преобладающими.

Согласно выдвинутой гипотезе, разным уровням эмоционального интеллекта соответствуют разные типы отношения к беременности. Для того чтобы проверить, насколько справедливо это предположение, сопоставим индивидуальные значения интегрального показателя эмоционального интеллекта с преобладающими и выраженными типами психологического компонента гестационной доминанты.

На рисунке 2.9 представлены данные по выборке первородящих женщин.

Согласно данным, представленным на рис. 2.9, у первородящих женщин, входящих в состав группы с высоким уровнем эмоционального интеллекта (30 % от общей численности выборки первородящих) преобладает оптимальный тип отношения к беременности. У первородящих женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта в равных пропорциях (по 20 %) выражены оптимально-тревожный и оптимально-эёфорический типы отношения к беременности. В группе первородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта преобладающими типами отношения к беременности являются эйфорический тип (10 %) и гипогестогнозический тип (20 %).



Рис. 2.9 Сопоставление уровня ЭИ с типом отношения к беременности у первородящих женщин

На рисунке 2.10 представлены данные по выборке повторнородящих женщин.

Для выборки повторнородящих женщин характерны те же тенденции, что и для выборки первородящих, а именно:

- у всех женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта (40 %) преобладает оптимальный тип отношения к беременности;

- группа женщин со средним уровнем эмоционального интеллекта демонстрирует выраженность смешанного оптимально-тревожного типа отношения к беременности (20 %) и смешанного оптимально-эйфорического типа отношения к беременности (20 %);

- в группе повторнородящих женщин с низким уровнем эмоционального интеллекта преобладающими являются эйфорический (10 %) и гипогестогнозический (10 %) типы отношения к беременности.



Рис. 2.10 Сопоставление уровня ЭИ с типом отношения к беременности у повторнородящих женщин

Таким образом, ту часть гипотезы, которая касается взаимосвязи между уровнем эмоционального интеллекта и типами отношения женщин к своей беременности, можно считаться предварительно подтверждённой.

Для того, чтобы подтвердить или опровергнуть гипотезу о том, что у первородящих женщин имеются статистически значимые различия в ряде изученных показателей по сравнению с повторнородящими, а именно, чем ниже у первородящих беременных женщин уровень эмоционального интеллекта, тем сильнее выражена склонность к проблемным типам отношения к беременности (гипогестогнозическому, эйфорическому, тревожному, депрессивному) нужно обобщить данные, представленные на рисунках 2.9 и 2.10 и отобразить их в комплексе. Результаты такого обобщения наглядно продемонстрированы на рисунке 2.11.

Как видно из схематического отображения взаимосвязей между эмоциональным интеллектом и типами отношения к беременности в двух выборках, у первородящих отмечается преобладание оптимального типа отношения к беременности у женщин с высоким уровнем эмоционального интеллекта, при этом у повторнородящих отмечается такая же тенденция, но выраженность уровня эмоционального интеллекта во взаимосвязи с оптимальным типом отношения к беременности выше, чем у первородящих. Также, мы видим, что взаимосвязь низкого уровня интеллекта с проблемными типами отношения к беременности (гипогестогнозическому, эйфорическому, тревожному, депрессивному) прослеживается в обоих выборках на схожих уровнях как у первородящих, так и у повторнородящих женщин.

Следовательно, та часть гипотезы, которая касается того, что уровень взаимосвязи между высоким уровнем интеллекта и оптимальным типом отношения к беременности, а также уровень взаимосвязи между низким уровнем интеллекта и проблемным типом отношения к беременности у первородящих будет выше, чем у повторнородящих остается неподтвержденной.

Рис. 2.11 Сопоставление уровня ЭИ с типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин (в %)

Для выявления взаимосвязи между уровнем развития эмоционального интеллекта и выраженностью разных типов отношения к беременности применялся коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Расчётные данные представлены в таблице 2.1.

Корреляционный анализ позволил обнаружить ряд статистически значимых взаимосвязей:

1. Прямая сильная связь существует между высокими показателями эмоционального интеллекта и оптимальным типом отношения к беременности, то есть чем выше уровень эмоционального интеллекта, тем благополучнее психологическое состояние беременной женщины, её восприятие своего положения и все остальные психологические аспекты беременности.

Таблица 2.1

Расчёт коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена

|  |  |
| --- | --- |
|  | Тип отношения к беременности |
| Оптимальный  | Тревожный  | Эйфорический  | Гипогестогнозический |
| Уровень эмоционального интеллекта | Высокий  | Коэффициент корреляции | 0,825 | -0,500 | -0,900 | -0,625 |
| Вид и сила связи | Прямая сильная | Обратная заметная | Обратная сильная | Обратная заметная |
| Средний  | Коэффициент корреляции | 0,500 | 0,625 | -0,200 | -0,125 |
| Вид и сила связи | Прямая заметная | Прямая заметная | Обратная слабая | Обратная слабая |
| Низкий  | Коэффициент корреляции | -0,100 | 0,125 | -0,825 | -0,675 |
| Вид и сила связи | Обратная слабая | Прямая слабая | Обратная сильная | Обратная заметная |

1. Прямая сильная связь существует между высокими показателями эмоционального интеллекта и оптимальным типом отношения к беременности, то есть чем выше уровень эмоционального интеллекта, тем благополучнее психологическое состояние беременной женщины, её восприятие своего положения и все остальные психологические аспекты беременности.
2. Прямая сильная связь существует между высокими показателями эмоционального интеллекта и оптимальным типом отношения к беременности, то есть чем выше уровень эмоционального интеллекта, тем благополучнее психологическое состояние беременной женщины, её восприятие своего положения и все остальные психологические аспекты беременности.
3. Между высоким уровнем эмоционального интеллекта и эйфорическим типом отношения к беременности сильная обратная связь, т.е. женщинам с высоким интеллектом совершенно не свойственно воспринимать, оценивать и преподносить своё нынешнее состояние как нечто особенное, требовать к себе непрестанного внимания.
4. Обратной заметной связью характеризуются сочетания «высокий эмоциональный интеллект – тревожный тип отношения к беременности», «высокий эмоциональный интеллект – гипогестогнозический тип отношения к беременности», то есть при высоком уровне эмоционального интеллекта женщины не проявляют склонности испытывать излишнюю тревогу или, напротив, равнодушно относиться к себе, как к матери, к своему ребёнку и ко всему, что связано с образом жизни в гестационном периоде.
5. Прямая заметная связь выявлена между средними показателями эмоционального интеллекта и оптимальным, а также тревожным типом отношения к беременности, то есть при средней выраженности интегрального показателя эмоционального интеллекта беременные женщины демонстрируют склонность к оптимально-тревожному психологическому состоянию во время беременности.
6. Обратная сильная связь выявлена между низким уровнем эмоционального интеллекта и эйфорическим типом отношения к беременности, т.е. чем меньше у женщины способностей к осознанию эмоций и чувств, к управлению ими и в отношении себя, и в отношении других людей, тем больше она стремится продемонстрировать особенности своего нынешнего положения, требовать особого внимания, не думать об объективных трудностях, которые предстоит пережить во время родов;
7. Между низким уровнем эмоционального интеллекта и гипогестогнозическим типом отношения к беременности обратная заметная связь, т.е. чем ниже интегральный показатель эмоционального интеллекта, тем сильнее склонность женщины игнорировать свою беременность и всё, что с нею связано.

Таким образом, результаты корреляционного анализа подтверждают справедливость первичных выводов, следовательно, гипотезу можно признать подтверждённой.

## 2.3 Рекомендации по организации психологической помощи беременным женщинам

Описание рекомендаций по организации психологической помощи беременным женщинам целесообразно начать с замечания о том, что довольно многочисленные исследования типов отношения к беременности, в большинстве своём, являются сугубо научно-исследовательскими, то есть не содержащими практических рекомендаций по использованию экспериментальных данных в практике работы психолога женской консультации. Более того, учебные и методические пособия по перинатальной психологии ориентированы на работу со специфическим контингентом, а именно:

- с женщинами, стоящими перед выбором – родить ребёнка или сделать аборт; с женщинами, перенесшими перинатальную утрату;

- с женщинами с крайне неблагоприятным прогнозом течения беременности (постоянная угрозы выкидыша с необходимостью лежать в стационаре на сохранении, отягощённая хроническими заболеваниями беременность;

- с женщинами, забеременевшими путём экстракорпорального оплодотворения.

Другими словами, можно утверждать, что на сегодняшний день вопросы практической психологической помощи беременным женщинам на основе преобладающего у них типа отношения к беременности в специальной литературе практически не освещены. Исключение составляют отдельные диссертационные исследования Рабовалюк, Л. Н. «Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности» [5] и методические пособия «Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности: методические рекомендации С. А. Безрукова [4], которые и легли в основу разработки рекомендаций по оказанию психологической помощи участницам настоящего исследования.

Результаты проведённого исследования показали, что, в зависимости от уровня развития эмоционального интеллекта, беременные женщины, в большей или меньшей степени, склонны к различным типам отношения к своему нынешнему состоянию (беременности).

При высоком уровне эмоционального интеллекта преобладает оптимальный тип отношения к беременности, следовательно, эта категория беременных женщин является наименее уязвимой перед всевозможными рисками психологического и психосоматического характера (эмоциональная нестабильность, нервные срывы, конфликты с ближайшим окружением).

Вместе с тем благополучный вариант отношения к беременности и хорошо развитые способности к осознанию собственных эмоций и чувств, эмоций и чувств других людей, к управлению эмоциями не означают, что таким женщинам не нужна психологическая помощь. На необходимость оказания психологической помощи этой категории беременных женщин указывают два объективных обстоятельства.

Во-первых, всем беременным женщинам, без исключения, свойственна повышенная эмоциональная восприимчивость, поэтому женщинам с высоким уровнем эмоционального интеллекта и оптимальным типом отношения к беременности.

Во-вторых, душевное состояние женщины, её контакт с ребенком, психологический комфорт в семье являются такими же факторами формирования соматического и душевного здоровья ребенка и сохранения здоровья матери, как и те показатели, которые находятся в зоне пристального внимания врачей.

У женщин со средним уровнем развития эмоционального интеллекта преобладает смешанный оптимально-тревожный тип отношения к беременности, поэтому эту категорию беременных женщин можно условно назвать умеренно уязвимыми. Очевидно, что им необходима психологическая помощь не только общего характера, но и такая, которая позволит преодолеть перманентное состояние тревоги.

Женщины с низким уровнем эмоционального интеллекта – категория, самая уязвимая перед всевозможными рисками социально-психологического и психосоматического характера, так как им свойственны полярные типы отношения к своей беременности – эйфорический и гипогестогнозический. В обоих случаях, в силу преувеличения или, напротив, игнорирования своего состояния, вне поля зрения оказываются многие объективные факты (трудности, связанные с родами и началом постнатального периода, необходимость регулярно посещать врача), что может привести к негативным последствиям для матери и/или ребёнка, для взаимоотношений внутри семьи и с другими людьми.

Таким образом, для оказания психологической помощи всем беременным женщинам необходимо предусмотреть рекомендации общего и специального характера.

К числу задач психологической помощи беременным женщинам в рамках общего направления можно отнести:

- воспитание родительской ответственности;

- формирование социально-психологических навыков оказания поддержки в семье, регулирования отношений семьи с социумом;

- повышение общего уровня психолого-педагогической компетентности;

- ознакомление с достоверной информацией о внутриутробном развитии ребенка и психологическом значении процесса родов для ребёнка, матери и отца;

- приобретение знаний по вопросам развития и обучения ребёнка раннего возраста, воспитании;

- освоение навыков саморегуляции, т.е. овладение различными техниками произвольного регулирования функционального состояния организма и душевного состояния личности.

В рамках общего направления психологической поддержки беременных женщин целесообразно рекомендовать проведение своевременной комплексной диагностики готовности женщин к материнству и родам. Диагностика может проводиться в индивидуальной или групповой формах с применением специальных тестовых и проективных методик, позволяющих собрать сведения об отношении самой женщины и членов её семьи к изменениям, происходящим в период беременности, в когнитивном, аффективном и поведенческом аспектах.

Важную роль в поддержке беременной женщины играют индивидуальные консультации с психологом, которую желательно провести после диагностического среза. При благоприятном течении беременности и оптимальном типе отношения женщины к своей беременности это может быть даже однократная консультация, однако беседа специалиста с беременной женщиной должна быть достаточно продолжительной и содержательной. При этом психологу необходимо придерживаться определённых правил, способствующих установлению и поддержанию продуктивного контакта [40]:

- спокойный, абсолютно уверенный и доброжелательно-деловой тон, без проявления восторга, излишней обеспокоенности или сочувствия (в зависимости от состояния здоровья и социальной ситуации женщины);

- непрерывность беседы, которая обеспечивается задаванием множества простых вопросов по существу и позволяет постепенно ненавязчиво разговорить даже самую неконтактную, не настроенную на диалог собеседницу;

- умеренная позитивная эмоциональность и оптимистичность тона с изменениями тембра голоса, в зависимости от содержания обсуждаемых вопросов и ответов собеседницы;

- любая беседа должна завершаться на умеренно позитивной ноте.

Для начала диалога наилучшим образом подходят общие вопросы о самочувствии, далее – об образовании, работе, семье, течении беременности с постепенным переходом к разговору о сложных моментах, если таковые имеются. В тех случаях, когда беременная женщина, по тем или иным причинам, оказалась в стрессовой ситуации, обсуждение всех обстоятельств выстраивается следующим образом:

- каковы клинические и лабораторные данные, отражающие состояние здоровья самой женщины и ребенка;

- являются ли имеющиеся отклонения в течение беременности, состоянии здоровья обоих значимыми и что можно сделать для их оптимизации;

- что можно сделать для успешного завершения беременности и рождения здорового ребенка;

- что ей предстоит в дальнейшем (обследование, подготовка к родам, вид родоразрешения);

- как ей правильно относиться к данной ситуации.

При наличии в жизни беременной женщины ситуаций, вызывающих у неё беспокойство, не лишним будет привести примеры из прошлой практики, когда подобные ситуации разрешились благополучно, и предложить рекомендации по общению с мужем, родителями, другими родственниками, знакомыми и сослуживцами, с учётом объективной картины и субъективных переживаний беременной женщины.

Отдельно поясним, что означает завершение беседы на умеренно позитивной ноте. Если на индивидуальной консультации у психолога побывала женщина с оптимальным типом отношения к беременности, умеренно позитивное завершение беседы будет означать выражение такой женщине одобрения её настрою и адекватному поведению. Если консультация проводилась с женщиной с гипогестогнозическим типом отношения к беременности, то в заключительной части беседы психологу следует осторожно, но настоятельно рекомендовать регулярные посещения участкового врача-гинеколога, внимательнее относиться к своему здоровью и т.д. Внимание женщины с эйфорическим типом отношения к беременности на заключительном этапе беседы следует акцентировать на необходимости поддерживать конструктивные отношения с членами семьи и коллегами по работе, которые исключают проявления чрезмерной требовательности, и расширении своего кругозора для объективной оценки предстоящих родов и исполнения роли матери.

Работа психолога с беременными женщинами не может осуществляться в отрыве от работы с ними других специалистов. Для того чтобы психологическая помощь была адресной и приносила пользу, психологу необходимо работать в тесном контакте смедицинским персоналом (врачами, акушерами, гинекологами, медицинскими сестрами, оказывающим помощь беременной женщине). В зависимости от индивидуальных особенностей отношения женщины к беременности, психолог даёт рекомендации медицинскому персоналу – на что следует обратить особое внимание: кому из женщин требуется дополнительно разъяснить необходимость прохождения определённых процедур, кому из женщин нужно подробно рассказать о развитие плода по месяцам, кому – об изменениях, происходящих в организме женщины и о проблемах, с которыми она может столкнуться во время беременности, и как с ними справляться.

Работа с семейным окружением беременной женщины также является важным компонентом оказания психологической поддержки, в которой при необходимости следует проводить психокоррекцию внутрисемейных отношений, просветительскую работу о том, как влияют психоэмоциональные отношения в семье на здоровье и психику младенца.

Отдельным пунктом стоит работа с отцом будущего ребенка, которого необходимо готовить к отцовству не меньше, чем будущую маму. При этом психологу необходимо создавать условия для личностного роста родителей, проводить активизацию социально значимой деятельности мужчин и женщин, направленной на сохранение института семьи, формировать культуру здорового образа жизни, как условия ответственного отцовства и материнства. Необходимо формировать новую социальную среду, в которой отцовство имеет высокий общественный и внутрисемейный статус, психологически способствовать укреплению статуса и повышению роли отцов в воспитании детей, совершенствовать правовое, социальное, педагогическое просвещение родителей.

Психологическая помощь должна быть адресной, то есть оказываться, исходя из индивидуальных особенностей личности женщины, с учётом социальных, психологических и физиологических факторов, оказывающих влияние на гестационный период и отношение к беременности.

Психологическая помощь может быть обращена к различным уровням (структурам) индивидуума (личностном, аффективном, когнитивном, психофизиологическом, операциональном, межличностном) с подбором соответствующих методов. На личностном уровне это работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками. Для этого уровня предусмотрены такие методы психологической помощи, как индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, аутотренинг, арт-терапия, ролевые игры.

На аффективном (эмоционально-волевом) уровне осуществляется работа по развитию способности к вербальному и невербальному выражению своих эмоций и чувств, эмпатии, активному слушанию. К числу методов психологической помощи на этом уровне относятся арт-терапия, телесно-ориентированные практики, ролевые и деловые игры.

Когнитивный уровень оказания психологической помощи предполагает просвещение, информирование, передачу полезных знаний для достижения осознания структуры собственных ценностных ориентаций и готовности к принятию ситуации беременности. Для этого уровня подходят такие методы работы, как тематические лекции, семинары-практикумы, издание и распространение информационных листовок и буклетов, видеороликов.

Суть психологической помощи на операциональном уровне заключается в формировании конкретных умений и навыков, которые необходимы в процессе беременности, во время родов и после родоразрешения. Речь в данном случае идёт о том, что психолог принимает участие в обучении беременных женщин правильному поведению до родов, в процессе родов, уходу за новорождённым, совместно с медицинскими работниками, так как любое совершаемое действие имеет психологический аспект. Основными методами психологической помощи на этом уровне являются тренировка (отработка навыков) , беседа, ролевые игры.

Психофизический уровень психологической помощи представлен обучением регуляции функциональных и психических состояний. Такое обучение осуществляется, преимущественно, методами аутогенной тренировки, арт-терапии и телесно-ориентированной терапии.

Цель психологической помощи беременным женщинам на межличностном уровне заключается в формировании навыков конструктивного межличностного общения, развитии конфликтной компетентности. Здесь могут использоваться методы ролевых и деловых игр, а при необходимости – индивидуальная и семенная психотерапия [41].

Специальные рекомендации предназначены для женщин с неоптимальными типами отношения к беременности.

Женщинам с оптимально-тревожным типом отношения к беременности требуется психологическая помощь, которая должна вестись в индивидуальном порядке, прежде всего, на личностном уровне в плоскости ценностно-смысловых ориентиров. В ценностно-смысловой сфере у данной группы женщин необходимо актуализировать внутренние ресурсы, т.е. помочь им сместить фокус своего внимания с тех факторов, которые их тревожат, одновременно продемонстрировав их внутреннюю силу и способность преодолевать препятствия. Для этой категории беременных женщин показана индивидуальная и групповая работа по коррекции ситуативной и личностной тревожности. При выборе групповой формы работы психологу следует обратить особое внимание на формирование состава участников групповой психокоррекции, а именно: в составе группы должно быть не более трети участниц, склонных к тревожному типу отношения к беременности, чтобы групповая работа не привела к обратному эффекту – усилению тревожности. Поэтому коррекцию тревожности целесообразно осуществлять в контексте занятий группы по направлению личностного развития с акцентом на ценностно-смысловую сферу, в составе которой большинство участниц будут из категории женщин с оптимальным типом отношения к беременности. В состав такой группы категорически нельзя включать женщин с эйфорическим и гипогестогнозическим типами отношения к беременности, так как, в силу особенностей их эмоциональной сферы и поведения, велика вероятность возникновения конфликтов на почве взаимного непонимания женщинами с разными типами отношения к беременности чувств, мотивов и действий друг друга.

Кроме того, необходимо проводить работу по информированию женщин с оптимально-тревожным типом отношения к беременности о различных обучающих курсах для беременных и развивающих занятиях для их будущего малыша, обучению женщин взаимодействию с младенцем, обучению организации собственного времени.

Гораздо более сложной задачей является психологическая помощь женщинам с эйфорическим типом отношения к беременности. Сложность такой работы обусловлена, прежде всего, существенными расхождениями между субъективными представлениями женщины о самой себе, своём положении, а также о будущем ребёнке с объективной действительностью. При этом оценки факторов риска зачастую амбивалентны: например, женщина может переоценивать степень тяжести физических нагрузок при выполнении обычных хозяйственных дел, поручая все домашние хлопоты родственникам, но недооценивать степень сложности самостоятельного ухода за ребёнком после выписки из роддома. У таких женщин зачастую существует вымышленный идеализированный образ собственного ребёнка – в их представлении он всегда абсолютно здоров, красив, крепко спит в положенное время и т.д. Межличностные отношения женщин с эйфорическим типом отношения к беременности нередко становятся напряжёнными и конфликтными из-за нежелания окружающих относиться к беременной с особым трепетом, вниманием и заботой.

Следовательно, психологическая помощь таким женщинам требуется, главным образом, на личностном, когнитивном и межличностном уровнях. На личностном уровне необходима коррекция ценностно-смысловых установок в направлении принятия своего ребёнка таким, какой он есть, и каким он предстанет перед матерью после рождения, со всеми его внешними данными, состоянием здоровья, типичными недомоганиями, особенностями биологического ритма, задатками, темпераментом и прочими биологическими и психологическими характеристиками.

На когнитивном уровне необходима помощь в переосмыслении своего состояния для приведения субъективных представлений в согласие с объективной действительностью. Для этого можно предложить женщинам этой категории принять участие в групповых занятиях «Школы материнства», где беременные женщины делятся своим опытом вынашивания и рождения детей, ухода за ними, рассказывая реальные истории своей жизни в присутствии психолога, который своевременно корректирует процесс обсуждения таким образом, чтобы даже самые тяжёлые ситуации не выглядели пугающими, а, напротив, способствовали активному поиску вариантов выхода из них.

В процессе индивидуальной работы с женщинами с эйфорическим типом отношения к беременности предпочтительнее использовать игровой метод с включением элементов отдельных психотерапевтических техник. Так, например, для формирования адекватных установок относительно своего будущего ребёнка можно предложить игру с элементами арт-терапии под условным названием «Собираем пазл», суть которой состоит в следующем:

- на первом этапе женщине предлагается как можно подробнее описать образ своего будущего малыша по разным параметрам (внешность, задатки и способности, тип темперамента, черты характера, интересы), и по ходу описания психолог выдаёт соответствующие кусочки пазла. Конечный результат – идеальный образ ребёнка;

- на втором этапе предлагается собрать пазл случайным образом, вытягивая из мешочков кусочки, не глядя. Получается возможный реальный образ ребёнка, который может частично или полностью не соответствовать ожидаемому;

- на третьем этапе каждый кусочек пазла обсуждается путём постановки вопросов: «Если ребёнок родится не зеленоглазым, а сероглазым, это помешает Вам любить его так же сильно, как любили бы зеленоглазого?», «Если ребёнок не будет проявлять интереса к музыке, а будет увлечён конструированием, это как-то повлияет на Ваше отношение к нему, Вы будете любить его меньше и, во что бы то ни стало, заставите его заниматься музыкой?» и прочее.;

- на заключительном, четвёртом, этапе проводится рефлексия нового опыта визуализации образа ребёнка с озвучиванием своих впечатлений, результатом которой должно стать осознание и принятие самостоятельного образа ребёнка вместо образа, созданного в воображении его матери.

Полезным будет и использование приёмов телесно-ориентированной терапии, которое позволит женщине ощутить свои физические ресурсы и переосмыслить собственную практику представления себя слабой и беспомощной.

Основная задача психологической помощи на межличностном уровне заключается в избавлении самой женщины от эгоцентрирования через осознание того, что жизнь других людей не концентрируется вокруг её беременности, и их интересы, потребности, чувства и поведение не должны быть подчинены только ей.

Формированию реалистичных представлений о беременности, родах и уходе за новорождённым может способствовать игра под условным названием «Форс-мажор». Психолог предлагает женщине рассказывать о том, что, предположительно, будет происходить в ближайшие дни, недели, месяцы, начиная с бытовых дел и заканчивая уходом за ребёнком в роддоме и дома после выписки. Каждый раз, когда в рассказе фигурируют другие люди, которые решают её задачи, психолог прерывает рассказ фразой, начинающейся со слова «Форс-мажор», за которой следует описание ситуации с непреодолимым для фигуранта препятствием и вопросом «Что Вы предпримите?». Например, женщина рассказывает о том, что намерена приготовить ужин и ждёт, чтобы муж привёз продукты, потому что ей не пристало идти самой в магазин, ведь она беременна. Психолог прерывает фразой: «Форс-мажор. Муж попал в пробку, и вдобавок у автомобиля заглох мотор. Пока дорога не освободится от плотного потока автомобилей, эвакуатор не сможет проехать, и бросить свой автомобиль в потоке он не может, потому что стоит в средней полосе. Что станете делать?». Чем чаще случаются форс-мажоры, тем скорее придёт осознание того, что беременность не является чем-то сверхъестественным, и для перекладывания большинства бытовых задач на других, для требования особого отношения объективных оснований нет.

Переоценке отношения к своему состоянию на межличностном уровне психологической помощи может способствовать игра под условным названием «Стоп, монолог». На первом этапе психолог предлагает женщине рассказывать о своём состоянии столько, сколько хочется, и всё, что ей хочется. По ходу изложения использует приёмы активного слушания, которые стимулируют беременную женщину продолжать рассказ. Монолог завершается тогда, когда сама женщина решит, что уже поделилась всеми подробностями, которыми хотела поделиться. Время фиксируется секундомером.

Второй этап игры – психолог сообщает женщине о том, сколько времени длился её монолог, и о том, что теперь ей предстоит побыть в роли слушателя его монолога такое же количество времени. При этом у неё есть одно преимущество – она может в любой момент, как только почувствует, что ей неинтересно, произнести фразу «Стоп, монолог». Тему своего монолога психолог продумывает заранее таким образом, чтобы она совершенно не вписывалась в личные интересы женщины, например, из области сельского хозяйства – о способах повышения плодородия почв, если женщина не имеет никакого отношения к растениеводству и садово-огородным работам. Свой монолог психолог ведёт таким образом, чтобы была явно видна его увлечённость темой. Сочетание факторов центрации на себе и отсутствия интереса к теме рассказа спровоцирует женщину использовать своё право прервать монолог психолога.

Третий этап – обсуждение причин прерывания монолога психолога и проведение аналогии с типичным поведением женщины, когда она увлечённо рассказывает о своей беременности с акцентированием внимания на том, что её монолог никто не прерывал и наводящими вопросами на размышление типа: «Ваш монолог, действительно, был интересным для слушателя, поэтому его не прервали? Или же Вас не прервали исключительно из соображений вежливости?», «Вы допускаете, что у людей, которым Вы в подробностях рассказываете о себе и своей беременности, могут быть другие, гораздо более значимые для них темы?»

Самая сложная для проведения мероприятий по оказанию психологической помощи категория беременных женщин – это обладательницы низкого уровня эмоционального интеллекта с гипогестогнозическим типом отношения к беременности. Глубинные причины игнорирующего типа отношения к беременности, как правило, заключаются в в неосознаваемом отрицании своей беременности, у которого может быть множество самых разных причин. При этом выявление и устранение этих причин требует продолжительной индивидуальной психотерапии с применением таких мощных подходов, как гештальт-терапия, эмоционально-рациональная терапия Эллиса, метода эмоционально-ценностных контрастов, которые противопоказаны в работе с беременными женщинами, в связи с их мощным воздействием на эмоциональную сферу, которая у беременных, по определению, недостаточно стабильна, и психотерапевтическое вмешательство во внутриличностные конфликты может быть опасным.

Оказание психологической помощи этой категории беременных женщин так же затруднено из-за свойственного им отказа от следования общепринятым правилам постановки на учёт и плановых посещений врача-гинеколога. Именно поэтому гипогестогнозический тип отношения к беременности в сочетании с низким уровнем эмоционального интеллекта является основанием для применения директивных методов психологической помощи, применение которых может осуществляться только в содружестве с участковым врачом-гинекологом, ведущим беременность такой женщины.

Единственно возможная форма работы в таких случаях – индивидуальные встречи, которые проводятся в дни посещения беременной женской консультации, а это означает, что психологу нужно быть готовым в любой момент прийти в кабинет участкового врача-гинеколога, чтобы пригласить беременную женщину, посещающую своего врача изредка, на индивидуальную консультацию. В ходе индивидуальных консультаций основной акцент делается на обсуждении реальных действий и бездействия беременной женщины, которая игнорирует своё состояние, с осторожными, но настойчивыми и аргументированными разъяснениями возможных негативных последствий такого отношения.

Ввиду того, что личные контакты с этой категорией беременных женщин редки слабо прогнозируемы, следует отдавать предпочтение опосредованным способам психологического просвещения – подготовке и адресному распространению информационных листовок, буклетов, назначению обязательных «процедур», например, ежедневное прохождение тестирования по методике «Самочувствие-активность-настроение» (САН, разработан В.А.  Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шараем и М. П. Мирошниковым в 1973 году ) в электронном виде с отправкой скриншота результатов психологу посредсвом любого мессенджера [41]. Каждая состоявшаяся личная встреча непременно должна завершаться домашним заданием (например, ведение дневника здоровья, в котором фиксируются разные психофизиологические параметры – артериальное давление, частота приёма пищи, время ночного сна, результат онлайн-тестирования по опроснику «САН» и прочее), выполнение которого контролируется и психологом, и участковым врачом-гинекологом.

Предложенные рекомендации не исчерпывают всего перечня возможностей оказания психологической помощи женщинам с разными типами отношения к беременности, они лишь задают основные направления, которые необходимы, и методы, которые наиболее уместны для каждой из категорий беременных женщин, обладающих разными сочетаниями уровней эмоционального интеллекта и типов отношения к беременности. Перспективным направлением дальнейших исследований по данной проблематике может стать разработка комплексной программы развития эмоционального интеллекта в качестве средства превентивной психологической помощи будущим матерям, реализация которой будет охватывать всех пациенток женской консультации и позволит увеличить количество женщин с благополучным психологическим состоянием в гестационном периоде, вне зависимости от того, какая это по счёту беременность.

#

# Заключение

Нами была проведена научно-исследовательская работа, задачей которой было исследовать взаимосвязь эмоционального интеллекта с типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин. Для этого мы провели теоретический анализ основных понятий изучаемой темы: «эмоциональный интеллект» и «типы отношения к беременности» в отечественной психологической литературе.

Рассмотрели особенности психологического состояния первородящих и повторнородящих женщин в период беременности.

Эмпирически определили особенности взаимосвязи между уровнем эмоционального интеллекта и типом отношения к беременности у первородящих и повторнородящих женщин. Результатом исследование было установление взаимосвязи эмоционального интеллекта с типом отношения к беременности, которая заключалась в том, что, чем выше уровень ЭИ у беременных женщин, тем склонность к оптимальному типу отношения к беременности будет выше, чем у женщин с низким уровнем ЭИ. Также, проявилась взаимосвязь между низкими показателями уровня эмоционального интеллекта и склонностью к неблагприятным типам отношения к беременности. Выявленные взаимосвязи среди среди двух выборок не имели статистическиважной разницы, это говорит о том, что количество гестаций не влияет на взаимосвязь эмоционального интеллекта с типом отношения к беременности.

Исходя из полученных результатов и основываясь на теоретических источниках (диссертационные работы) мы разработали рекомендации по психологической поддержке беременных женщин с учетом типа отношения к беременности.

Перспективным направлением дальнейших исследований по данной проблематике может стать разработка комплексной программы развития эмоционального интеллекта в качестве средства превентивной психологической помощи будущим матерям, реализация которой будет охватывать всех пациенток женской консультации и позволит увеличить количество женщин с благополучным психологическим состоянием в гестационном периоде, вне зависимости от того, какая это по счёту беременность.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добряков, И.В. Особенности течения перинатального периода и психомоторное развитие младенца в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты / И. В. Добряков // Психическое здоровье. – 2010 – № 12. – С. 13-18.
2. Добряков, И. В. Перинатальная психология : монография / И. В. Добряков. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 272 с. - ISBN 978-5-49807-191-6
3. Манойлова, М. А. Эмоциональный интеллект будущего педагога: акмеологическая диагностика и методы развития / М. А. Манойлова. – Москва : Paleograph Press, 2008. - 127 с. – ISBN 5-89526-019-5
4. Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности : методические рекомендации / Сост. С. А. Безрукова. – Пенза : КотОМ, 2017. – 46 с.
5. Рабовалюк, Л. Н. Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности : дисс. … канд. психол. наук / Л. Н. Рабовалюк. – Владивосток, 2014. – 212 с.
6. Болзан, Н. А. Взаимосвязь психологического благополучия с личностными особенностями у женщин на разных сроках беременности / Н. А. Болзан // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – Т. 7, № 5. – С. 143-153. – DOI 10.58224/2658-3313-2024-7-5-143-153. – EDN HVANOI.
7. Гурьянова, Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов : специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Гурьянова Татьяна Александровна. – Барнаул, 2024. – 176 с. – EDN NMXZSD.
8. Гильфанова, И. С. Изучение эмоционального интеллекта: понятие «эмоциональный интеллект» в отечественной и зарубежной психологии / И. С. Гильфанова // Концепции, теория и методика фундаментальных и прикладных научных исследований: Сборник статей Международной научно-практической конференции. В 2-х частях, Воронеж, 10 января 2024 года. – Уфа: ООО «Аэтерна», 2024. – С. 151-155. – EDN MMPNIF.
9. Еремеева, А. А. Взаимосвязь эмоционального интеллекта родителей и детско- родительских отношений / А. А. Еремеева, Е. М. Коротеева // Евразийский союз ученых. – 2020. – № 5-12(74). – С. 22-27. – EDN JSYLXG.
10. Журавлева, У. Л. Проблема разводов и её влияние на сохранение традиционных семейных ценностей / У. Л. Журавлева, К. А. Клепикова // Психология личности в эпоху изменений: социализация, ценности, отношения : Сборник материалов Международной научно-практической конференции, Калуга, 30–31 мая 2024 года. – Калуга: Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, 2024. – С. 107-111. – EDN RZNURW.
11. Захарова, В. А. Особенности психологической готовности к материнству у беременных женщин с различным семейным статусом / В. А. Захарова, А. И. Блюм // Педагогика и психология в науке и образовании: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований : сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции, Москва, 18 декабря 2019 года. – Москва: Научно-издательский центр «Открытое знание», 2019. – С. 20-29. – EDN YQISTQ.
12. Карпов А.В., Петровская А.С. Психология эмоционального интеллекта: теория, диагностика, практика: монография. – Ярославль: ЯрГУ, 2018. – 344 с.
13. Кирпичева, В. В. Эмоциональный интеллект: модели эмоционального интеллекта, эффективные способы развития эмоционального интеллекта / В. В. Кирпичева // Психологические и педагогические основы интеллектуального развития: Сборник статей Международной научно-практической конференции, Саратов, 01 марта 2023 года. – УФА: Общество с ограниченной ответственностью «Аэтерна», 2023. – С. 53-61. – EDN OCQDGF.
14. Кольчик Е.Ю., Ушакова В.Р. // Специфика отношения к беременности женщин с разным семейным статусом // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-otnosheniya-k-beremennosti-zhenschin-s-raznym-semeynym-statusom (дата обращения: 20.12.2024).
15. Корниенко, Д.С. Личностные черты как предикторы типа психологической компоненты гестационной доминанты в связи с опытом материнства / Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2018. – № 3(35). – С. 393-405. – DOI 10.17072/2078-7898/2018-3-393-405. – EDN YBJGCD.
16. Кузьмина, А. С. Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовый период / А. С. Кузьмина, Е. С. Прайзендорф // Психолог. – 2023. – № 3. – С. 46-62. – DOI 10.25136/2409-8701.2023.3.38268. – EDN RUZMKS.
17. Лысенко, О. Ф. Психолого-педагогические технологии формирования психологической готовности к материнству: учебно-методическое пособие / О. Ф. Лысенко, М. В. Сафонова; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Том Часть 1. – Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2021. – 120 с. – ISBN 978-5-00102-473-6. – EDN BRFJCL.
18. Мещерякова, М. И. Изучение эмоционального интеллекта: возникновение понятия «эмоциональный интеллект», его компонентов и функций / М. И. Мещерякова // Модернизация российского общества и образования: новые экономические ориентиры, стратегии управления, вопросы правоприменения и подготовки кадров : МАТЕРИАЛЫ ХХIII НАЦИОНАЛЬНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ (с международным участием), Таганрог, 15–16 апреля 2022 года. – Таганрог: Таганрогский институт управления и экономики, 2022. – С. 762-765. – EDN BXDITP.
19. Особенности психологической готовности женщины к родам / А. Д. Алиева, А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Ю. А. Петров // Научные основы создания и реализации современных технологий здоровьесбережения : материалы IX международной научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 18 ноября 2022 года / ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; ФГБНУ «Поволжский научно-исследовательский институт производства и переработки мясомолочной продукции». Том Часть 1. – Волгоград: Общество с ограниченной ответственностью «СФЕРА», 2022. – С. 107-118. – EDN JYXNVN.
20. Прокопенко, А. И. Психологические особенности женщин в период беременности и после родов, в рамках психоаналитического направления / А. И. Прокопенко // Вестник науки. – 2024. – Т. 4, № 10(79). – С. 701-708. – EDN DCWONC.
21. Плющ, Н.А. О негативном влиянии развода родителей на формирование психики детей / Н. А. Плющ, О. Е. Беркович, Е. Б. Матрешина // Психология личностного взаимодействия в современном обществе: семейные традиции и инновации: Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Армавир, 12 апреля 2024 года. – Чебоксары: Общество с ограниченной ответственностью «Издательский дом «Среда», 2024. – С. 90-94. – DOI 10.31483/r-111413. – EDN OJMYKX.
22. Пильщикова, Е. М. Психологические особенности родительской позиции матерей-одиночек и разведенных матерей / Е. М. Пильщикова // Социально-психологические вызовы современного общества. Проблемы. Перспективы. Пути развития: Материалы III Международной научно-практической конференция, Брянск, 20–21 апреля 2017 года. – Брянск: Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского, 2017. – С. 247-253. – EDN ZGYOJB.
23. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0): руководство. – М.: Институт психологии РАН, 2010. – 176 с.
24. Симбирцева Н.В. Собрание теоретических представлений об эмоциональном интеллекте // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2008. – №3. – С. 54-56
25. Шохина, М. Н. Влияние развода на психологическое благополучие в семье / М. Н. Шохина // Психологическое содружество: возможности и перспективы: материалы Всероссийской конференции с международным участием, Тамбов, 22 ноября 2023 года. – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2024. – С. 331-337. – EDN KSFWCN.
26. Современная зарубежная психология 2024. Том 13. № 3. С. 41–51 [doi:10.17759/jmfp.2024130304](https://doi.org/10.17759/jmfp.2024130304) ISSN: 2304-4977 (online) https://psyjournals.ru/authors/12262 Индивидуально-личностные предикторы психологического состояния женщин в период беременности: системный обзор Болзан Н.А
27. Буйнова Ю.И. Различия в выраженности показателей отношения к беременности, локуса контроля и эмоционального состояния у женщин с запланированной и незапланированной беременностью [Электронный ресурс] // International journal of professional science. 2019. № 11. С. 45–51. URL: https://elibrary.ru/item. asp?id=41537702 (дата обращения: 10.09.2024).
28. Coping strategies during pregnancy and their relationship with anxiety and depression / I. Artieta-Pinedo, C. PazPascual, M. Espinosa, A. García-Alvarez, T.E. Group, P. Bully // Women Health. 2023. Vol. 63. № 4. P. 296–307. DOI:1 0.1080/03630242.2023.2188097
29. . Öztürk R., Güner Ö. Comparing Psychosocial Health in Women with and without Risky Pregnancies: A Cross-Sectional Study // Erciyes Medical Journal. 2020. Vol. 42. № 4. P. 417–425. DOI: 10.14744/etd.2020.66750
30. . Asselmann E, Garthus-Niegel S., Martini J. Personality impacts fear of childbirth and subjective birth experiences: A prospective-longitudinal study // PLoS One. 2021. Vol. 16. № 11. Article ID e0258696. 15 p. DOI:10.1371/journal. pone.0258696
31. Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression / L. Jones, J. Scott, C. Cooper, L. Forty, K.G. Smith, P. Sham, A. Farmer, P. McGuffin, N. Craddock, I. Jones // The British Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 196. № 3. P. 200– 215. DOI:10.1192/bjp.bp.109.064683
32. The relationship between personality traits and individual factors with perinatal depressive symptoms: A cross-sectional study / R. Serra, N. Giacchetti, F.S. Bersani, G. Cappannini, M. Martucci, M. Panfili, C. Sogos, F. Aceti // BMC Pregnancy Childbirth. 2023. Vol. 23. Article ID 382. 8 p. DOI:10.1186/s12884-023-05701-7
33. Rabovaljuk L. N. Cennostnye orientacii beremennyh zhenshchin s raznymi tipami psihologicheskogo komponenta gestacionnoj dominanty [Valued orientations of pregnant woman dependence on type of psychological kompanent gectational dominant] / L. N. Rabovaljuk // Sovremennye issledovaniya social'nyh problem (ehlektronnyj nauchnyj zhurnal) [Modern research of social problems (the electronic scientific journal)]. - 2012. - № 1 (09). URL: sisp.nkras.ru ›issues/2012/1/rabovalyuk.pdf [in Russian]
34. Эделева Е.М. Эмоциональный интеллект и его роль в межличностных отношениях // Вестник науки №11 (80) том 3. С. 834 - 839. 2024 г. ISSN 2712-8849 // Электронный ресурс: [https://www.вестник-науки.рф/article/18798](https://www.xn----8sbempclcwd3bmt.xn--p1ai/article/18798) (дата обращения: 25.02.2025 г.
35. Дамаж А.С. Эмоциональный интеллект и его роль в создании успешных маркетинговых стратегий // Современные научные исследования и инновации. 2025. № 1 [Электронный ресурс]. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2025/01/102914> (дата обращения: 21.02.2025)
36. Нечаева М. А. Отношение к беременности и его психологическая диагностика у женщин с различными вариантами репродуктивного статуса : дис. … канд. пс. наук : 19.00.04 : защищена 28.03.2013 / Нечаева Марина Андреевна. – СПб. : РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 240 с
37. Коэффициент Спирмена (r-Spearman's) – мера корреляции, подходящая для двух переменных, измеренных в ранговой шкале
38. Мешвелиани Г. Р., Тарасова А. Ю., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Психологическое здоровье женщины в период беременности // Главврач Юга России. 2023. №1 (87). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-zhenschiny-v-period-beremennosti (дата обращения: 25.02.2025).
39. Манойлова Марина Алексеевна Акмеологическое развитие эмоционального интеллекта у студентов педагогических вузов // Акмеология. 2003. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/akmeologicheskoe-razvitie-emotsionalnogo-intellekta-u-studentov-pedagogicheskih-vuzov (дата обращения: 25.02.2025).
40. Кочюнас Р. К55 Психологическое консультирование и групповая психотерапия. – 5-е изд. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2005. – 464 с. – (Серия «Gaudeamus»).
41. <https://педагогический-ресурс.рф/upload/iblock/fc9/fc9c137ff3c7688cf7519ebab556e02c.pdf>
42. Жиляев А. Г., Палачева Т.И. Система психологического сопровождения беременности и формирование осознанного материнства посредством психологического тренинга // КПЖ. 2022. №1 (150). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-psihologicheskogo-soprovozhdeniya-beremennosti-i-formirovanie-osoznannogo-materinstva-posredstvom-psihologicheskogo (дата обращения: 26.02.2025).

# Приложение 1

Табл. 1, п.1

Результаты диагностики эмоционального интеллекта по методике МЭИ М.А. Манойловой в выборке первородящих женщин

|  |  |
| --- | --- |
| Код испытуемой | Первичные данные (в стенах) |
| Осознание своих чувств и эмоций | Управление своими чувствами и эмоциями | Осознание чувств и эмоций других людей | Управление чувствами и эмоциями других людей | Интегральный показатель |
| ПР 1 | 7 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| ПР 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| ПР 3 | 8 | 5 | 4 | 6 | 6 |
| ПР 4 | 9 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| ПР 5 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| ПР 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ПР 7 | 7 | 6 | 3 | 5 | 5 |
| ПР 8 | 7 | 5 | 4 | 6 | 6 |
| ПР 9 | 10 | 7 | 9 | 8 | 8 |
| ПР 10 | 9 | 8 | 7 | 7 | 8 |
| Среднее значение по выборке | 6,8 | 5,1 | 4,6 | 5 | 5,2 |

Продолжение приложения 1

Табл. 2, п. 1

Результаты диагностики эмоционального интеллекта по методике МЭИ М.А. Манойловой в выборке повторнородящих женщин (в стенах)

|  |  |
| --- | --- |
| Код испытуемой | Первичные данные (в стенах) |
| Осознание своих чувств и эмоций | Управление своими чувствами и эмоциями | Осознание чувств и эмоций других людей | Управление чувствами и эмоциями других людей | Интегральный показатель |
| ПВР 1 | 8 | 7 | 8 | 7 | 7 |
| ПВР 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| ПВР 3 | 9 | 7 | 9 | 7 | 8 |
| ПВР 4 | 7 | 6 | 4 | 4 | 5 |
| ПВР 5 | 7 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| ПВР 6 | 10 | 8 | 8 | 7 | 8 |
| ПВР 7 | 8 | 5 | 3 | 5 | 5 |
| ПВР 8 | 7 | 6 | 4 | 5 | 5 |
| ПВР 9 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| ПВР 10 | 9 | 9 | 7 | 7 | 8 |
| Среднее значение по выборке | 7,2 | 5,6 | 5,2 | 5 | 5,5 |

Продолжение приложения 1

Табл. 3 п. 1

Результаты диагностики типа отношения к беременности по методике ТОБ И.В. Добрякова в выборке первородящих женщин (в баллах)

|  |  |
| --- | --- |
| Код испытуемой | Первичные данные (в баллах) |
| Оптимальный тип | Тревожный тип | Эйфорический тип | Гипогестогнозический тип | Депрессивный тип |
| ПР 1 | 5 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| ПР 2 | 1 | 3 | 7 | 1 | 0 |
| ПР 3 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| ПР 4 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ПР 5 | 1 | 0 | 4 | 7 | 0 |
| ПР 6 | 1 | 1 | 8 | 2 | 0 |
| ПР 7 | 6 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| ПР 8 | 5 | 1 | 5 | 1 | 0 |
| ПР 9 | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| ПР 10 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Среднее значение по выборке | 4,8 | 2 | 3,5 | 1,2 | 0 |

Окончание приложения 1

Табл. 4 п.1

Результаты диагностики типа отношения к беременности по методике ТОБ И.В. Добрякова в выборке повторнородящих женщин (в баллах)

|  |  |
| --- | --- |
| Код испытуемой | Первичные данные (в баллах) |
| Оптимальный тип | Тревожный тип | Эйфорический тип | Гипогестогнозический тип | Депрессивный тип |
| ПВР 1 | 7 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| ПВР 2 | 0 | 0 | 3 | 8 | 0 |
| ПВР 3 | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| ПВР 4 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ПВР 5 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| ПВР 6 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| ПВР 7 | 5 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| ПВР 8 | 5 | 4 | 5 | 0 | 0 |
| ПВР 9 | 2 | 2 | 9 | 0 | 0 |
| ПВР 10 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Среднее значение по выборке | 5,2 | 2 | 2,7 | 1 | 0 |

#

# Приложение 2

Опросник САН

Тестовая методика Самочувствие, активность, настроение (САН) – разновидность опросников состояний и настроений. Разработан сотрудниками Первого МГМУ им. Сеченова. САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер.



Бланк опросника САН. Инструкция: «Вам предлагается описать свое состояние в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

Известная программа медико-психологического сопровождения беременности «Счастливое материнство», в рамках которой используется программа психофизиологических упражнений «Гимнастика мозга». По мнению Т.С. Качалиной, Е.В. Лохиной, метод благоприятно влияет на процесс гестации, улучшает течение послеродового периода у женщины, положительно влияет на состояние

новорожденного [5;10]. Программа упражнений «Гимнастика мозга» используется в психолого-педагогической практике в течение 15 лет [9], в последние годы она получила широкое применение в неврологии, авторы решили использовать этот метод полезным в работе с беременными

Готовность к материнству определяется на основе применения проективных методик «Моя семья через год», «Моя семья через 5 лет» (авторы: А.Г. Жиляев, Т.И. Палачева), тест ТОБ позволяет выявить отношение к ребенку.

Представленные методики позволяют создать обоснованную программу психологических ожиданий беременной женщины и сформировать установки на деторождение.

Второй блок занятий - «Формирование ценностных установок будущей матери: ребенок в жизни матери, чем будет заниматься ребенок». Осуществляется формирование психологического комфорта беременной на основе контроля происходящих в период психологических и физических изменений с рефлексией жизненных целей и психологических прогнозов жизни будущей матери.

Третий блок занятий - «Анализ и построение внутрисемейных взаимоотношений в период беременности и после появления ребенка в семье: отношения между членами семьи».

В этих целях используется проективный рисунок «Моя семья», осуществляется встраивание в рисунок будущего ребенка, определяется характер взаимодействия каждого члена семьи с ребенком и между собой.

Четвертый блок занятий - «Формирование психологических ожиданий и формирование условий адаптации семьи к появлению ребенка, формирование прогностических ожиданий, связанных с будущим ожидаемого ребенка, определение выбора воспитательной доктрины: расширение круга знаний, связанных с закономерностями психологического и физического развития ребенка».

Пятый блок - «Обучение основам перинатального воспитания: музыкальный метод оздоровления ребенка «Сонатал-педагогика» М.Л.  Лазарева, психогигиена будущей матери».

Шестой блок занятий - «Подготовка к предстоящим родам, навыки саморегуляции, повышение стрессоустойчивости, профилактика послеродовой депрессии, обучение процедурам аутосуггестивного контроля в процессе родов (самогипноз), установка на грудное вскармливание и комплоентное поведение в

отношении мероприятий профилактики заболеваемости и вакцинации».

В программе используется комплекс психологических программ «Линия жизни», «Анализ 10 важных событий жизни», «Проблемы и цели в жизни», «Ассоциативные образы в живой и неживой природе»,

«Психогеометрический тест», «Социальный атом», позволяющие проводить

психоэкологичную диагностику по отношению к личности будущей матери, предполагающей использование полученных результатов в качестве опорных пунктов психотерапевтической программы с учетом реальных характеристик личности беременной, знания ее индивидуального опыта, системы ее индивидуальных конфликтов и основных потребностей.

Для исследования личности беременной дополнительно используются тест-программы: СМИЛ, тест Лири, фрустрационный тест Розенцвейга, тест САН.

В программе применяются такие психокоррекционные методики, как аутотренинг по Шульцу, прогрессивная мышечная релаксация по Джейкобсону, краткосрочная позитивная психотерапия, гештальттерапия, трансактный анализ, способствующие снижению тревоги и сохранению оптимального эмоционального состояния перед родами и непосредственно в родах.

Методика проведения занятия имеет свои особенности.

Занятия проводятся 1 раз в неделю, рекомендованная длительность занятия составляет 1,5 - 2 часа.

Дидактическая модель занятия включает:

Вводная часть - 10 - 15 минут, как правило, представлена беседой и направлена на формирование новой для личности «материнской компетенции».

Основная часть - 1 час, обучающая в целях создания оптимальной развивающей среды для ребенка и матери в период беременности.

Закрепляющая часть - 15 минут, ведущий дает краткое резюме, содержащее информацию о смысле, цели проведенного занятия. Дается оценка и интерпретация полученных практических навыков и знаний. Формируются рекомендации по реализации полученных данных структуры комплексного психологического сопровождения беременности с учетом индивидуально-личностных особенностей.