

Уманський державний педагогічний  
університет імені Павла Тичини  
Факультет соціальної та психологічної освіти  
Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
Освітній ступінь «Магістр»

на тему:

**ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ  
ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД**

Виконав: студентка 2 курсу,

263 групи

спеціальності 053 «Психологія»

Освітня програма «Психологія»

Руснак Світлана Григорівна

Рецензент:

доктор психологічних наук,

професор Гульбс О.А.

Умань – 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ СФЕРИ.....	6
1.1. Психологічні особливості становлення материнської сфери.....	6
1.2. Переживання тривожності, стресу та фрустрації у жінок під час вагітності.....	16
1.3. Психофізіологічні особливості жінок в ранній після пологовий період....	30
1.4. Основні критерії психічних розладів у післяпологовому періоді.....	35
Висновки до першого розділу.....	43
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД.....	44
2.1. Методи та методики дослідження.....	44
2.2. Аналіз результатів дослідження емоційних станів жінок у післяпологовий період.....	50
2.3. Когнітивно-поведінкова психотерапія післяпологових емоційних станів у жінок.....	55
Висновки до другого розділу.....	63
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасні тенденції розвитку практичної психології в Україні ставлять перед науковцями щоразу нові завдання, одним з яких є розробка методів роботи з психологічної підготовки вагітних жінок до пологів та психологічного супроводу післяпологовий період. Сьогодні відомо, що психологічна підготовленість жінки до пологів є чинником зменшення больових відчуттів та зменшення ймовірності виникнення різноманітних ускладнень під час народження дитини і в післяпологовому періоді (як у матері, так і в дитини).

Врахування вікових та індивідуально-психологічних, психоемоційних особливостей залишається недостатньо дослідженим питанням як у сфері психологічної підготовки вагітних жінок до пологів, так і в сфері вивчення характеру адаптації жінки до вагітності і материнства, особливостей сформованості та змісту материнської ідентичності жінки.

Адаптація жінки до вагітності, психологічна підготовка її до пологів, онтогенетичні та філогенетичні аспекти становлення материнства й інші питання психології вагітності і материнства вивчались такими вітчизняними науковцями, як О. В. Баженова, Л. Л. Баз, О. Бертин, В. В. Бойко, Н. В. Боровикова, В. І. Брутман, А. Я. Варга, О. С. Васильєва, М. Б. Гасюк, С. Н. Єніколопов, Ж. В. Зав'ялова, М. Є. Ланцбург, В. Лосєва, С. Ю. Мещерякова, М. Г. Панкратова, М. С. Радіонова, О. А. Ряплова, Г. Г. Філіппова та ін.

Численні теоретичні та практичні дослідження глибинно-психологічних аспектів вагітності, особливостей її переживання як фактору впливу на розвиток особистості матері й дитини були проведені представниками зарубіжної психології (Е. Бадінтер, Д. Боулбі, Д. Віннікотт, С. Гроф, М. Кляйн, М. Марконе, М. Мід, М. Оден, Д. Пайнз, Р. Триверс, З. Фройд та ін.).

У медичній та психологічній літературі не приділяється значної уваги визначенню впливу заходів психопрофілактики, психотерапії та психокорекції сім'ї в період вагітності з урахуванням перебігу вагітності на психоемоційний стан матерів післяпологового періоду та успішність адаптації системи «мати-

дитина». У медичній психології недостатньо вивчено вплив психологічних факторів на виникнення та прояв тривожних депресивних симптомів у матерів немовлят, більше уваги приділяється медичному поясненню зазначеної симптоматики.

**Метою** є дослідження динаміки психоемоційних станів у жінок в аспекті адаптації до материнства з урахуванням перебігу вагітності та через 3 місяці після народження дитини.

**Об'єктом дослідження** є емоційна сфера жінок у післяпологовий період.

**Предмет дослідження** – прояви тривожності, депресії, фрустрованості у жінок після 1-го та 3-го місяців після народження дитини.

**Основні завдання дослідження:**

1. Вивчити теоретико-методологічні підходи до вивчення материнства.
2. Виявлення особливостей самопочуття жінок через 1 місяць та 3 місяці після народження дитини.
3. Провести діагностику рівня емоційних станів тривоги, депресії, фрустрованості, агресивності, ригідності.
4. Окреслити основні стратегії психологічної допомоги жінкам у післяпологовий період з використанням методів когнітивно-поведінкової психотерапії.

Для досягнення окресленої мети дослідження і розв'язання поставлених завдань використовувався комплекс методів:

1) теоретичні – аналіз, порівняння, синтез, систематизація та узагальнення матеріалів наукових джерел з досліджуваної проблематики;

2) психодіагностичні: 1) Диференціальна шкала емоцій (Д. Ізарда); 2) Госпітальна шкала тривоги та депресії Zigmond A.S., Snaith R.P.; 3) «Методика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка; 4) Шкала Занга для самооцінки депресії (адаптована Т.І. Балашовою); 5) Тест Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня тривожності; 6) Опитувальник темпераменту Г. Айзенка; 7) Тест-опитувальник задоволеності шлюбом (ОЗШ), розроблений В. В. Століним, Т. Л. Романовою, Г. П. Бутенко.

**Експериментальна база дослідження.** Експериментальне дослідження проводилось на базі Центру планування сім'ї Обласного перинатального центру м. Одеси. До вибірки досліджуваних увійшло – 94 жінки, які народили дитину, віком від 22 до 38 років.

**Теоретичне значення роботи** полягає у визначенні складових материнства та динаміки психоемоційних станів жінок у післяпологовий період.

**Практичне значення роботи.**

**Апробація дослідження.** Результати дослідження було представлено та обговорено на XII-тій Всеукраїнській науковій Інтернет-конференції, 11–12 жовтня 2023 року, м. Умань, Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини.

**Публікації.**

1. Боровська С. Психологічні особливості становлення материнської сфери. *Актуальні питання психології: теорія, методика, практика: збірник матеріалів XII-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, 11–12 жовтня 2023 р.* / гол. ред. Перепелюк Т.Д. Умань. С. 65–66.

2. Боровська С. Особливості емоційних станів жінок у післяпологовий період. *Збірник наукових праць магістрантів факультету соціальної та психологічної освіти / Уманський держ. пед. ун-т. імені Павла Тичини, Ф-т. соц. та психол. освіти; голов. ред. Кравченко О. О.; редкол.: Сафін О. Д., Коляда Н. М., Коберник О.М. та ін. Умань: Візаві, 2023. Вип 3. С. 25–30.*

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (60 найменувань). Містить 2 таблиці.

## РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ СФЕРИ

### 1.1. Психологічні особливості становлення материнської сфери

Під час вагітності особистість жінки змінюється на фізіологічному, когнітивному, емоційному, поведінковому, екзистенціальному рівні [20]. Материнство, як процес, що поєднує періоди вагітності, народження та виховання дитини, у різних народів вважався священним обов'язком, а іноді й головним призначенням жінки [46]. Материнство, може бути розглянуто в різних теоретичних контекстах: по-перше, як інтегральний прояв репродуктивної функції; по-друге, як особлива якість міжособистісних відносин, які характеризуються безумовністю прийняття і поваги дитини; по-третє, як особливе особистісне утворення, яке може бути концептуалізоване в категоріях «соціальних ролей», ідентичності тощо, тобто як чисто особистісна структура [46].

Ставлення жінок до материнства змінилося під впливом соціально-психологічної ситуації, яка неодмінно позначається на материнській ролі та її функціонуванні. Подовження відпустки по догляду за дитиною, активна пропаганда та підтримка грудного вигодовування до двох років. Годування за вимогою замість чіткого погодинного є результатом позитивних змін, що суттєво вплинуло на характер материнської поведінки, проте цінність знаходження матері в перші роки розвитку дитини досі усвідомлюють не всі [15].

Батьківське ставлення до майбутньої дитини ґрунтується на батьківських уявленнях та установках. У сучасному суспільстві, жінки незалежно від наявності-відсутності або очікування дитини практично однаково розподіляють мотиви її народження. На перший план виходять мотиви, пов'язані безпосередньо з самою дитиною, що робить її самоціллю, а не засобом досягнення інших цілей [37]. Але не тільки бажання народити дитину та стати матір'ю є мотивами збереження вагітності. Це може бути вагітність заради

коханого чоловіка, або збереження відносин як відповідність соціальним очікуванням, як протест, як відмова від минулого, або теперішнього, вагітність заради власного здоров'я. Такі мотивації, як правило, не існують у психіці жінки в чистому вигляді, а взаємодоповнюють один одного на тлі однієї домінуючої [25].

Однією з найважливіших фаз становлення материнської сфери є період вагітності, яка розглядається як особливий, важливий етап у житті жінки та її сім'ї [29]. Вагітність готує жінку до подальшого виконання материнських функцій в постнатальному періоді, тобто це етап психологічної підготовки до материнства. Вагітність, відбиваючись у структурі материнської сфери самосвідомості жінки, утворює різні варіанти психологічних феноменів – різні за змістом типи ставлення до вагітності. Особливості окремого випадку відношення до вагітності залежать від індивідуального психологічного реагування на вагітність, специфіки суб'єкт-об'єктних відносин у діаді «мати-дитина» [42].

Вагітність впливає не тільки на фізіологічні зміни в житті жінки. Важливою її складовою є психологічні зміни: етап становлення материнства, початок взаємодії між матір'ю та плодом, коли виникає образ майбутньої дитини, який сприймається жінкою як реальна дитина, з якою вона веде внутрішній діалог [9].

Існує декілька шляхів такої взаємодії – гуморальний, поведінковий та психологічний. При цьому найбільш яскравим вважають поведінковий, коли дитина чуйно відчуває поведінку матері. Втім найменш дослідженим вважається психологічний (телепатичний), хоча встановлено, що плід реагує на думки матері, та навіть зачаття справляє вплив на становлення психічних функцій і розвиток майбутньої дитини [24].

Переживання вагітної жінки в значній мірі визначаються особливостями моделі материнства, засвоєної від своєї матері, характером адаптації до шлюбу, міфами, уявленнями й очікуваннями, пов'язаними з майбутньою дитиною [29]. Материнство не забезпечується повністю вродженими механізмами, воно

містить у собі біологічне прагнення до материнства, яке перетворене інтеріоризованими соціальними нормами [31].

Материнська сфера протягом вагітності зазнає суттєвих змін, які відбиваються у переживанні жінкою симптоматики вагітності, в її активності та психічному стані. Все це визначає індивідуальний стиль переживання вагітності. До нього входять фізичне та емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності, переживання симптоматики вагітності, динаміка переживання симптоматики та переважний фон настрою по триместрах вагітності, переживання першого ворухіння плода та ворухіння впродовж усієї другої половини вагітності, активність жінки у третьому триместрі вагітності [25].

В ракурсі соціально-психологічного підходу найбільш важливу роль у процесі переживання вагітності грають такі чинники як: суб'єктивна оцінка рівня соціального благополуччя (наявність/відсутність досвіду перинатальних втрат, рівень і характер освіти вагітної жінки, тощо); тип переживання вагітності по відношенню жінки до себе вагітної, до системи «мати-дитя», що формується, відносин до вагітної жінки її оточення; рівень стресостійкості вагітної жінки; механізми психологічних захистів; схильність до прийняття/відкидання традиційних і повсякденних уявлень про правила виношування дитини та її перинатального виховання [21].

В сучасних дослідженнях материнство як психосоціальний феномен вивчається в двох основних напрямках: як забезпечення розвитку дитини і як частина особистісної сфери жінки [30]. Відбувається не тільки переоцінка цінностей, особистісна перебудова, але й змінюється образ тіла, ритм та стиль життя, який вчить боротись із власним егоїзмом заради здоров'я та благополуччя майбутньої дитини [6]. Тому, вагітність розглядають як критичний етап у розвитку особистості жінки.

У контексті вивчення розвитку материнства має значення готовність до нього, яке формується під впливом нероздільних біологічних та соціальних факторів і, з одного боку, має інстинктивну основу, а з іншого, – виступає як специфічне особистісне утворення [39]. Однак, далеко не завжди факт вагітності



є реальним доказом психологічної готовності жінки до материнства. Жінки нерідко відчувають багато сумнівів, тривогу, невпевненість з приводу свого материнства, що накладає відбиток на готовність до пологів [40].

Тому, на основі аналізу етапів розвитку материнства визначені сенситивні періоди та головні показники, за якими можна визначити готовність чи не готовність жінки до материнства. Такими є особливості комунікативного досвіду жінки у її ранньому дитинстві, переживання жінкою ставлення до ще ненародженої дитини на етапі вагітності та установки жінки на стратегію виховання дитини [23].

Крім того, виділяють такі показники готовності до материнства, як бажання стати матір'ю, цінність дитини у житті, направленість на повноцінну родину.

На підставі досліджень материнства можна виділити шість етапів розвитку материнської потребнісно-мотиваційної сфери в онтогенезі: етап взаємодії з власною матір'ю, ігровий етап няньчення, етап диференціації мотиваційних основ материнської та статевої сфер, взаємодія з власною дитиною і останній етап, на котрому у матері утворюється прихильність та любов до дитини як особистості [23].

Усі ці етапи мають різні вікові межі, різну роль у виникненні та розвитку усіх блоків материнської потребнісно-мотиваційної сфери. Особливості материнської сфери є відносно стійкими для кожної жінки. Зміст та інтенсивність переживань ідентифікації вагітності безпосередньо відображають значення цієї вагітності для матері та особливості її материнської сфери. Важливим є той факт, що переживання ідентифікації вагітності не впливає на подальший розвиток материнства, а тільки відбиває «стартовий» зміст потребнісно-емоційного та ціннісно-смыслового блоків материнської сфери [41].

Так, тривожне переживання, що характеризується сильною тривоگوю, яка зберігається до підтвердження факту вагітності та після неї, часто навіть посилювалась згодом. Однак, якщо вагітність небажана, то тривога супроводжується іншими переживаннями (досада, страх, тощо). Може бути початок і з першої негативної емоції (страх, тривога, жах, розгубленість,

розчарування тощо). Вона досить явно виражена та триває до уточнення факту вагітності, а після цього відбувається зміна емоційного стану на позитивний. Може бути варіант і слабо виражених негативних емоцій, які зазвичай не превалюють, а перемежуються з більш вираженими позитивними.

Основний стан можна описати як задоволення – після уточнення наявності вагітності виникає стан «прийняття факту» і зосередження на завданнях, пов'язаних з нею. При ейфорійному стані, всі переживання дуже сильно виражені і абсолютно відсутні будь-які ознаки тривоги, занепокоєності, жалю тощо. У такому випадку будь-яке порушення «ідеального перебігу вагітності» (як щодо фізіології, так і зовнішніх умов) веде до появи страху, різкій зміні загального емоційного стану. Такі жінки зазвичай не готові й до проблем післяпологового періоду. Амбівалентне ставлення характеризується періодичною зміною полярних емоцій, затягуванням рішення про збереження вагітності. При усвідомленні небажаної вагітності та неможливості її переривання можлива поява депресивних або афективних епізодів. Якщо амбівалентне ставлення слабо виражене та має місце невиправдане затягування рішення про збереження вагітності, а наслідки можуть бути самими різними: від сприятливого до відмови від дитини, й залежать від конкретної ситуації. Ще, як варіант, може бути неправдоподібно тривала ідентифікація вагітності. Ознаки вагітності інтерпретуються, як отруєння, порушення менструального циклу, грип тощо. Такий стан найчастіше виявляється у жінок, які згодом відмовляються від дитини. Збереження вагітності, як бажаної, – це дуже рідкісні випадки, їх можна оцінити як «нетипові».

Афективно-негативне переживання ідентифікації вагітності, стійко зберігається незалежно від рішення про її збереження. У різних випадках в залежності від обставин та особистісних особливостей жінки перші негативні емоції можуть переходити або в ігнорування факту вагітності, або в депресивний стан [41].

Перший триместр вагітності може бути названий триместром зародження діади та формуванням органів пренейта. Вагітність, життєздатність виникаючої

діади вимагають перебудови обмінних процесів, що відбуваються в організмі жінки, їх відповідності обмінним процесам пренейта, рішення задач забезпечення його трофіки та виділення. В цей період збудливість кори великих півкуль головного мозку вагітної дещо знижується, а збудливість спинного мозку та підкіркових центрів навпаки – підвищується [13]. У подальшому, період, який охоплює другу половину першого триместру і початок другого, фізіологічно характеризується появою симптоматики вагітності, неприємними фізичними відчуттями, змінами в емоційному стані.

Вважається, що в першому триместрі тривожність найбільш виражена та з'являється дратівливість, різка зміна настрою, знижується загальна активність. За характером переживань симптоматики емоційного стану, який жінки оцінюють тільки з точки зору самопочуття, виділяють:

- оптимальний варіант (емоційний стан характеризується періодичними, нетривалими зниженнями загального фізичного та емоційного тону, підвищеною дратівливістю, які інтерпретуються як втома та стан соматичного нездужання);
- посилене переживання емоційних і соматичних станів (емоційний стан характеризується невдоволенням по відношенню до оточуючих та вимогливістю, а їхнє ставлення оцінюється, як недостатньо уважне та невідповідне до всієї важкості стану вагітної);
- тривожне переживання стану вагітності з прогнозуванням неблагополучного результату вагітності для себе або дитини (будь-яка зміна у стані оцінюється як загрозна, жінка постійно прислухається до себе, своїх відчуттів, а тривожний фон настрою практично постійний, періоди нормального настрою короточасні та ситуативні);
- депресивний стан періодично послаблює або загострюється, практично без «проблисків» (загальні переживання вагітності як приреченості, при цьому нерідко на словах ставлення до вагітності та майбутньої дитині як надцінності);

- різні форми відкидання вагітності при прийнятті рішення про її збереження, з майже повною відсутністю всієї симптоматики, як емоційної, так і фізичної, аж до «навпаки», або афективно-негативне переживання усіх симптомів, які заважають, недоречні, непотрібні;
- особливим випадком є стійке негативне ставлення з повторними спробами переривання вагітності [32].

Другий триместр може бути названий триместром випробувань сформованих органів і систем пренейта. У вагітних жінок у цьому терміні збудливість кори великих півкуль головного мозку і підкіркових центрів має приблизно однаковий рівень. При нормальному перебігу вагітності емоційний фон жінки стабілізується. Відбувається прийняття нового життя у собі – перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням до нього образу дитини. Найчастіше це настає після першого ворухіння плода [13].

Період, коли у вагітної з'являється відчуття ворухіння дитини вважають найбільш сприятливим щодо фізичного та емоційного самопочуття матері [41]. Цей період зміни системи цінностей та відносин, а також утворення нових смислів у майбутньої матері [33]. Стабілізується гормональний фон, зникають симптоми нездужання. Поява рухів плода дозволяє конкретизувати образ дитини і дає багату уяву для інтерпретації його суб'єктивного стану. Емоційне ставлення до ворухіння та його фізичне переживання дуже точно відображають зміст потребнісоемоційного та ціннісно-сислового блоків материнської сфери, а також динаміку цього змісту в період вагітності. Крім загального ставлення до вагітності і дитини, відчуття його ворухіння дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу [32].

Однак, відчуття рухів часто викликає у жінки амбівалентні емоції. З одного боку, це радість, яка пов'язана з отриманням постійного підтвердження того, що всередині неї жива її власна дитина. З іншого боку, особливо часто зустрічаються соматичні захворювання, може зростати тривога, з'явитися перинатальна дисморфофобія, регресивні фантазії, в яких пренейт представляється деструктивним і небезпечним створінням всередині її тіла [13].

Третій триместр вагітності може бути названий триместром зростання та накопичення сил для народження та поза утробного виживання. Збудливість кори великих півкуль головного мозку у жінки на початку третього триместру підвищується і залишається високою до 38-39-го тижня, після чого знижується [13].

Цей триместр вагітності, як з медичної, так і з психологічної точки зору, вважається досить складним. У жінки в деякій мірі погіршується самопочуття, вона швидше втомлюється, ускладнюється рухова активність, часто погіршується сон [32]. Симптом нетерпіння, як прагнення найшвидшого закінчення вагітності, відбувається на тлі прояву коливань емоцій від радісних переживань, пов'язаних з майбутнім материнством, до тривожно-депресивних сумнівів в успішному результаті пологів. На цьому тлі може виникнути або загостритися симптом страху пологів. Жінка починає мріяти про те, щоб уникнути пологів, незважаючи на те, що з іншого боку, мріє про благополучне завершення вагітності [13]. Поряд з цим відчутно знижується інтерес до всього, що не пов'язано з дитиною. Підвищується активність, пов'язана з підготовкою до пологів і післяпологового періоду. При несприятливій динаміці материнської сфери під час вагітності, на пізньому терміні зростає тривожність, загострюються фізіологічні порушення, жінка практично перестає орієнтуватися в своєму стані, повністю покладаючись на думку лікарів. У таких випадках найчастіше виникають ускладнення під час пологів та післяпологовому періоді, а також ймовірні передчасні пологи [32].

На основі власного досвіду у жінок може сформуватися як сприятливий сценарій для побудови материнської ідентичності, так і несприятливий, внаслідок чого материнська ідентичність або формується, або існує лише на формальному рівні, а жінка не здатна виконати роль матері попри факт народження дитини. Мають значення стосунки вагітної з її матір'ю як у минулому, так і теперішня взаємодія. У разі наявності несприятливих соціально-психологічних чинників материнська ідентичність може не сформуватися взагалі [5].

На підставі досліджень материнства можна виділити п'ять етапів розвитку материнської потребнісно-мотиваційної сфери в онтогенезі:

- етап взаємодії з власною матір'ю,
- ігровий етап няньчення,
- етап диференціації мотиваційних основ материнської та статевої сфер,
- взаємодія з власною дитиною
- прихильність та любов до дитини як особистості [59].

Усі ці етапи мають різні вікові межі, різну роль у виникненні та розвитку усіх блоків материнської потребнісно-мотиваційної сфери.

Особливості материнської сфери є відносно стійкими для кожної жінки. Зміст та інтенсивність переживань ідентифікації вагітності безпосередньо відображають значення цієї вагітності для матері та особливості її материнської сфери. Важливим є той факт, що переживання ідентифікації вагітності не впливає на подальший розвиток материнства, а тільки відбиває «стартовий» зміст потребнісно-емоційного та ціннісно-сміслового блоків материнської сфери [59].

Так, тривожне переживання, що характеризується сильною тривоگوю, яка зберігається до підтвердження факту вагітності та після нього, часто навіть посилювалась згодом. Однак, якщо вагітність небажана, то тривога супроводжується іншими переживаннями (досада, страх, тощо). Може бути початок і з першої негативної емоції (страх, тривога, жах, розгубленість, розчарування тощо). Вона досить явно виражена та триває до уточнення факту вагітності, а після цього відбувається зміна емоційного стану на позитивний. Може бути варіант і слабо виражених негативних емоцій, які зазвичай не превалюють, а перемежуються з більш вираженими позитивними.

Основний стан можна описати як задоволення – після уточнення наявності вагітності виникає стан «прийняття факту» і зосередження на завданнях, пов'язаних з нею. При ейфорійному стані, всі переживання дуже сильно виражені і абсолютно відсутні будь-які ознаки тривоги, занепокоєності, жалю тощо. У

такому випадку будь-яке порушення «ідеального перебігу вагітності» (як щодо фізіології, так і зовнішніх умов) веде до появи страху, різкій зміні загального емоційного стану. Такі жінки зазвичай не готові й до проблем післяпологового періоду.

Амбівалентне ставлення характеризується періодичною зміною полярних емоцій, затягуванням рішення про збереження вагітності. При усвідомленні небажаної вагітності та неможливості її переривання можлива поява депресивних або афективних епізодів. Якщо амбівалентне ставлення слабо виражене та має місце невинуватене затягування рішення про збереження вагітності, а наслідки можуть бути самими різними: від сприятливого до відмови від дитини, й залежать від конкретної ситуації. Ще, як варіант, може бути неправдоподібно тривала ідентифікація вагітності. Ознаки вагітності інтерпретуються, як отруєння, порушення менструального циклу, грип тощо. Такий стан найчастіше виявляється у жінок, які згодом відмовляються від дитини. Збереження вагітності, як бажаної, – це дуже рідкісні випадки, їх можна оцінити як «нетипові». Афективно-негативне переживання ідентифікації вагітності, стійко зберігається незалежно від рішення про її збереження. У різних випадках в залежності від обставин та особистісних особливостей жінки перші негативні емоції можуть переходити або в ігнорування факту вагітності, або в депресивний стан [59].

## **1.2. Переживання тривожності, стресу та фрустрації у жінок під час вагітності**

Психічний стан жінки під час вагітності на протязі багатьох років приваблює увагу спеціалістів. При цьому відмічається як емоційно негативна роль вагітності, так і позитивна. Ще Гіппократ вказував на те, що: «Істеричним дівчатам я рекомендую шлюб, для того щоб вони вилікувалися вагітністю» [11]. В свою чергу, вагітним рекомендували споглядання на гарні речі, природу, картини, маленьких дітей, щоб все це впливало на підвищення сприятливого емоційного фону [11]. Під час вагітності у жінки виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та на майбутній дитині, що в значній мірі відбивається на її самопочутті та стані плода. Це стан материнської зосередженості досягає свого піку під час пологів і потім триває протягом усього періоду годування груддю [37].

Безсумнівно, що в період вагітності, особливо першої, прискорюється дозрівання особистості жінки, вона готується стати матір'ю, зростає почуття відповідальності за майбутню дитину, зріє інстинкт материнства. Одночасно з цим часто виникають розлади психіки, перш за все невротичного рівня. Психози в період вагітності зустрічаються вкрай рідко. Досить часто при вагітності зустрічаються межові зміни психіки і соматоформні психічні розлади, які представляють великий клінічний інтерес [22].

Природні фізіологічні, соматичні зміни, які виникають у жінок в зв'язку з вагітністю, створюють фон, на якому легко розвиваються нервово-психічні розлади [6]. Їх частота може бути досить високою, майже до 40 % [44]. Серед причин, що викликають межові нервово-психічні розлади у вагітних, найбільш часто відзначаються сімейно-побутові та службово-професійні конфлікти, несприятливі житлові умови, ендокринні порушення. Вагітність як основна причина розвитку такого нервово-психічного розладу має місце лише у 8-11% жінок [2].



Підвищення загального тла соціальної тривоги і нестабільності в нашому соціумі зумовлює надто високий рівень психоемоційної неврівноваженості й афективної розбалансованості, тому тривожність серед вагітних жінок виступає часто поширеним феноменом, який фіксує негативний вплив соціально-економічної та політичної кризи на особистісну психіку жінки, яка виношує потомство. Як відомо, почуття тривоги є базальним сигналом щодо життєво загрозованих і несподіваних змін, які відбуваються у власному організмі або в зовнішньому довкіллі. Звичайно, високий рівень тривожності не сприяє нормальному функціонуванню вагітної жінки, ускладнюючи її психофізичні потенціали надмірними психоемоційними навантаженнями, що можуть проявитися у вигоранні та виснаженні. Оскільки під час вагітності весь організм жінки зазнає істотних змін, то такий невизначений і ускладнений модус тілесності й соціальності сприяє розвитку тривоги.

В період очікування появи дитини на світ, перш за все молоді мами турбуються про стан здоров'я і думають про майбутнє, а все інше відходить на другий план. Необхідно зазначити, що не кожна жінка відчуває себе психологічно готовою до материнства, а відповідальність за майбутню дитину породжує ще більші страхи. У низці досліджень, по суті, констатується об'єктивність обставин для підвищення тривожності майбутньої матері: від переживань через зміни власної зовнішності до страхів за майбутнє народження і плекання дитини [18]. Вважається, що більшість вагітних мимоволі зосереджуються на внутрішньопсихологічних проблемах, тому їм властива певна обмеженість нових вражень і позитивних емоцій, а також вони надто сензитивно і близько сприймають негативний, зокрема травмогенний, чужий досвід, що несприятливо позначається на власній афективній збалансованості і провокує почуття підвищеної тривожності [34].

Реальністю постає повсякденна ситуація переживання за внутрішньоутробний розвиток дитини, тому для вагітної жінки тривога набуває статусу невизначеного страху, постійного очікування ймовірних проблем і ризиків, які можуть трапитися з нею або з майбутньою дитиною. Страх виступає

своєрідним психологічним захистом на процес адаптації до складних психофізичних і доволі часто соціальних умов виношування та народження [19].

У дослідженнях, присвячених аналізу особливостей прояву тривожності у жінок під час вагітності, були встановлені численні системи детермінант, які викликають страх і тривогу у вагітних [28]. В. Абрамченко, Н. Коваленко, розкриваючи симптоматику нормального та ускладненого перебігу вагітності, відзначають важливу роль соціально-психологічних детермінант, а також відзначають, що проблема підвищеної тривожності тісно залежить від соціальних аспектів стресу. Дослідники стверджують, що тривожність за майбутню дитину разом з такими факторами як незадоволеність матеріальним становищем, ускладненими умовами проживання, конфліктні взаємини з близькою родиною істотно підвищують ризики появи і прогресування нервово-психічних і психосоматичних захворювань як у вагітної, так і в плоді [2].

Як зазначають В. Брутман і М. Радіонова, підвищену тривожність потрібно тлумачити в контексті формування почуття прив'язаності матері до дитини в період вагітності [7], а М. Голубєв підтримує розгляд підвищеної тривожності у тісній кореляції з різномодальними страхами, які охоплюють вагітну жінку через переживання за здоров'я дитини та власний психофізичний стан [10]. До речі, М. Труфанова навіть вибудовує фізіологічну модель стресу очікування в жінок, важливою ланкою якої виступають страхи і стреси очікування народження дитини [36].

Багато жінок під час вагітності відчувають «сенсорний голод», він викликає підвищену дратівливість, яка доходить до агресії по відношенню до свого чоловіка або до інших оточуючих людей. В такому випадку говорять про прояви «симптому відчуття депривації», який супроводжується духовним відчуженням та іншими варіантами невротичного реагування. І незважаючи на те, що зовнішні стрес-чинники безпосередньо не впливають на майбутню дитину, вагітна жінка, пропускаючи їх через себе, допускає в тій чи іншій мірі їх вплив на плід. Такий

вплив здатний посилити психотравмуючий вплив певних фізіологічних негативних симптомів на психіку плода під час вагітності [23].

Певні психологічні розлади (значні коливання настрою, схильність до занепокоєння, тривожність, надчутливість до стресогенних ситуацій, нервозність, психосоматичні та особистісні розлади, негативне ставлення до сексуальності, закритість у сприйнятті нового досвіду) значно погіршують і перебіг вагітності, та є додатковим чинником її патології [11]. Емоційний стан матері під час вагітності значно впливає не тільки на перебіг вагітності та пологів, а й подальше ставлення до дитини і себе, формує материнську поведінку [16].

Під час вагітності спостерігається високий відсоток жінок з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю, підозрілістю [25]. Тривожність, яку відмічають самі вагітні, є головним фактором, що відрізняє жінок з нормальною фізіологічною вагітністю та ускладненою [19]. В цілому ж, тривожність грає позитивну роль в плані мобілізації сил для досягнення кінцевої мети і підвищення відповідальності перед важливими подіями, тобто вона сприяє адаптації жінки до вагітності та до появи дитини [15]. Хоча тривога відображає нормальну реакцію організму, зокрема психіки, на мінливі умови середовища та вплив стресу, однак при тривалому їх впливі або наявності неадекватної адаптаційної моделі поведінки, вона втрачає свої саногенні властивості та переходить в тривожний розлад, часто поєднуючись з депресією та інсомнією [40].

На думку Т. Леус, потужним чинником підвищеної тривожності є несформовані, хибні або гіпертрофовані уявлення жінки про себе як про матір до і після родів. Дисонанс між цими уявлюваними ролями й актуальними психофізичними станами породжує підвищений модус тривожності та ускладнює перебіг вагітності [21]. Аналізуючи особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності, І. Пузь наголошує важливість якраз опанування техніками «антитривожності», що дасть змогу спокійніше і впевненіше пройти шлях вагітності і народити здорове потомство [34].

З погляду Л. Рудіної, тривожність вагітних жінок лежить у площині їхніх індивідуально-психологічних особливостей адаптивності до стану вагітності [39], а Н. Терещенко вбачає причину загострення психостану тривоги у зв'язку зі змінами в усвідомленні власної статеворольової структури жіночої тілесної ідентичності [35]. Г. Чумакова, О. Щукіна, А. Макарова констатують тісний зв'язок між впливом тривожності за дитину під час вагітності як на особливості материнської поведінки, так і на окремі психостани дитини на етапі новонародженості та немовляти [43].

Згідно з поглядами С. Caplan, В. Guyer, S. S. Gallagher et al., тривога з приводу майбутнього материнства притаманна більшою мірою старшим за віком жінкам. Дослідники стверджують, що частота депресивних розладів 35 різної складності і тяжкості коливається від 10 до 14 %, а також відзначають тенденцію її зростання впродовж тривання всього періоду вагітності з подальшим погіршенням стану. Констатовано, що у жінок на пізніх термінах вагітності розвиваються інтровертність, тривожність, пасивна залежність, репресивність, відсутність впевненості у своїх силах та страх перед майбутнім материнством. Виокремлюються такі модифікації тривожного стану у вагітних жінок: генералізований; фізичний (жінка важко переносить фізичні аспекти вагітності); страх за долю плода, його фізичне здоров'я; страх перед необхідністю доглядати за новонародженим; страх перед пологами (жінка боїться болю, боїться за життя своє та дитини); страх перед годуванням новонародженого; психопатологічний феномен тривоги [233].

З психологічної точки зору стрес є специфічною формою відображення людиною екстремальної ситуації і відповідною моделлю поведінки як реакції на нього. Найчастіше це проявляється у вигляді стану тривоги [10]. Тривога, яка за інтенсивністю та тривалістю неадекватна ситуації, перешкоджає формуванню адаптаційної поведінки та призводить до порушення поведінкової інтеграції і загальної дезорганізації психіки людини. Таким чином, тривога лежить в основі будь-яких змін психічного стану та поведінки, що обумовлені стресом [21].

Вагітність – ідеальна модель для формування такої ситуації. Вона ставить перед жінкою важливе завдання: бути готовою до довгого і тісного зв'язку з малюком, сприймати свою дитину до та після народження як особистість, з усією повагою, на яку вона заслуговує, чуйно і дбайливо ставитися до її потреб та бути готовою їх задовільнити. В такій ситуації страх перед новим та невідомим породжує відчуття беззахисності, тому під час вагітності у жінки зростає бажання відчувати взаємну ніжність, любов, і якщо це не вдається, то сумніви та суперечливі відчуття посилюються.

Природно, що ця ситуація вимагає особливої адаптації у зв'язку з характерним для вагітних високим рівнем тривожності [20]. Підвищена тривожність, депресія є поширеними, але часто нерозпізнаними станами, які ведуть до негативних наслідків для здоров'я жінки та плода [22].

Основними причинами тривожності в період вагітності є страх перед пологами, страх за майбутнє здоров'я дитини та страх перед неможливістю забезпечити її достойне утримання [38]. Якщо рівень тривожності постійно невизначено підвищується, то це може привести до негативних наслідків, в тому числі і до переривання вагітності. Крім того, підвищений рівень тривоги впливає і на соматичний стан вагітної, що може стати причиною розвитку психосоматичного захворювання. І що важливо – за тривогою часто прихована депресія [18].

У контексті вивчення психостанів вагітних жінок А. Шмуклер, здійснивши детальний аналіз фахової літератури стверджує про високу ймовірність психозів вагітності як реакції на підвищену тривожність [45]. Висвітлюючи арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок Г. Шевчук виокремлює кластер тривожності і фрустрованості як типових психемоційних станів у цей складний і відповідальний період онтогенезу матері [44].

Цікавим ракурсом вивчення проблематики тривожності вагітних є спроби Г. Залевського, Н. Мамишевої та І. Шелехова дослідити сюжетний зміст сновидінь майбутніх матерів, в яких помітною домінантною проявляються якраз симптоми

тривоги, боязкості, страхів, фрустрованості та інших тривожно-травмогенних переживань [14].

Згідно з поглядами С. Caplan, В. Guyer, S. S. Gallagher et al., тривога з приводу майбутнього материнства притаманна більшою мірою старшим за віком жінкам. Дослідники стверджують, що частота депресивних розладів 35 різної складності і тяжкості коливається від 10 до 14 %, а також відзначають тенденцію її зростання впродовж тривання всього періоду вагітності з подальшим погіршенням стану. Констатовано, що у жінок на пізніх термінах вагітності розвиваються інтровертність, тривожність, пасивна залежність, репресивність, відсутність впевненості у своїх силах та страх перед майбутнім материнством. Виокремлюються такі модифікації тривожного стану у вагітних жінок: генералізований; фізичний (жінка важко переносить фізичні аспекти вагітності); страх за долю плода, його фізичне здоров'я; страх перед необхідністю доглядати за новонародженим; страх перед пологами (жінка боїться болю, боїться за життя своє та дитини); страх перед годуванням новонародженого; психопатологічний феномен тривоги [48].

Сумарно можна констатувати такі узагальнення щодо найпоширеніших чинників тривожності вагітних жінок: несподівана, незапланована вагітність; різномодальні побоювання й острахи за сприятливий перебіг вагітності; тривожне очікування і боязнь пологів; страх через імовірне народження неповносправної дитини внаслідок дії спадково-генетичних факторів; тривоги і страхи, спричинені невдалими вагітностями або пологами в минулому; боязнь втратити фемінінну принадливість через зміни зовнішнього вигляду жінки; нав'язливі стани і страхи за долю плода і здоров'я майбутньої дитини; страх неготовності через неспроможність впоратися з роллю матері; тривога за майбутнє і страх змін у сім'ї, в зв'язку з появою новонародженого тощо. Зазвичай стан тривожності у вагітних жінок проявляється психічними і фізичними порушеннями і може бути настільки сильним і частим, що позбавляє здатності до нормальної життєдіяльності. По суті, він набуває ознак перманентності та

супроводжується фрустраційно-невротичними переживаннями, які завдають шкоди і здоров'ю матері, і «внутрірішньоутробному спокоєві» дитини.

Отже, феноменологія тривожності у жінок під час вагітності є дуже поширеним явищем, пов'язаним зі значними організмичними і психосоціальними змінами. Перманентний стан підвищеної тривожності може призводити до глибоких особистісних змін і перетворень, тому дуже важливо виявити причини виникнення, щоб нормалізувати сприятливий перебіг вагітності як вагомої запоруки вдалого народження здорового потомства. Доволі часто значна кількість вагітних жінок трансформаційного соціуму неспроможна впоратися зі своїми тривожними думками і страхами, що суттєво погіршує ситуацію вагітності, адже відбувається розбалансування афективних психостанів, а це дуже негативно впливає на здоров'я матері та майбутньої дитини. Стабілізація психоемоційної сфери та зниження рівня тривожності є важливим завданням для кожної сім'ї, яка очікує народження дитини, а також для всіх фахівців медико-психологічних професій, які супроводжують цей складний процес. Необхідність задіяння ревіталізаційних психотехнологій для зниження негативного впливу на вагітну жінку різномодальної тривожності є нагальним завданням сучасної психологічної науки.

Стрес і тривожні стани взаємопов'язані, і якщо тривожність стає домінуючою емоцією, вона може зростати протягом вагітності, збільшується ймовірність ускладнень у пологах [27]. Прояви тривожних станів у вагітних жінок мають неоднорідну структуру, що дозволяє виявляти їх різні клінічні варіанти, серед яких переважають тривожні стани субклінічного рівня [23].

Тому, навіть незважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги, страху чи депресивного стану, доведено наявність тривоги та певного рівня депресивності серед вагітних. Так жінки, які вважають, що не бояться пологів, мають вищі показники особистісного тривоги (ОТ) та ситуативної тривоги (СТ) у порівнянні з жінками, які відчувають страх перед пологами. Це пояснюється тим, що не завжди суб'єктивне сприйняття жінкою свого психоемоційного стану є об'єктивним критерієм для визначення тривожності. На вербальному рівні

наявність тривоги заперечується, проте і при підрахунку результатів психодіагностичного обстеження, і в клінічному інтерв'ю її наявність підтверджується [40].

Наявність СТ в діапазоні значень, які належать до помірного та високого рівня, є свідченням, що жінки перебувають в ситуації, яку вони розглядають як стресову, їх стан характеризується певним дискомфортом, занепокоєнням, а також вегетативним збудженням. Після пологів зниження рівня СТ свідчить про вирішення стресової ситуації завдяки розродженню та прийняттю на себе нової ролі – роль матері [44]. СТ може бути обумовлена не тільки страхом майбутніх пологів, але й результатом втоми жінок від вагітності [45]. Звісно, що важливу роль у розвитку тривожних станів вагітних має певний фізичний дискомфорт і психологічні чинники, до яких належать вимушені зміни у способі життя, спілкуванні у сім'ї та з колегами по роботі, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини, фінансові труднощі – все це має певний внесок у появу або посилення психоемоційних порушень при вагітності [35].

Тривожність є психічним виразом стресового стану і являє собою тимчасову негативну емоцію. Вона може бути неадекватною, коли в цілому обставини благополучні, але сприйняття їх спотворено власною оцінкою особистості (захисним процесом) [29]. Проблеми тривожності проявляються у поведінці, яка має ланцюгову або циклічну структуру. Свій внесок мають думки, дії та фізичні реакції [36].

Існують також добре підтвержені свідчення того, що патогенний вплив особистісної тривоги, що викликає появу психічних симптомів, модерується повсякденними стресорами [1]. Високий рівень психоемоційного стресу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я та порушенням вегетативного балансу, який супроводжується збільшенням показників СТ і ОТ, сприяє порушенню психологічної адаптації [15]. Висока тривожність під час вагітності, може виступати індикатором ризику несприятливих репродуктивних результатів [29]. Підвищений рівень тривожності під час вагітності – причина ризику гестаційних ускладнень [15].



Однак, не тільки тривожні симптоми, а й депресія під час вагітності сприяють зростанню акушерських ускладнень, несприятливих перинатальних наслідків [40]. Їх наслідками можуть бути як післяпологова депресія у матері, так і психічні порушення у дитини, навіть психологічні проблеми в подальшому – у підлітковому віці [11]. Дуже висока ОТ прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними розладами та з психосоматичними захворюваннями [24]. Діти жінок, котрі мали високий рівень тривожності, починаючи з другої половини вагітності, більш імовірно, мали емоційні проблеми та проблеми поведінки [43].

Тривожність матері під час стресу викликає розлади у роботі її органів і систем, а також порушує біохімічний баланс плода, викликаючи значну активацію симпатoadреналової системи. Оскільки мати та плід являють собою єдиний нейро-гуморальний організм, то вони однаково відчують на собі будь-які (сприятливі та несприятливі) фактори, що відбивається в довгостроковій пам'яті та проявляється у подальшому житті індивідуума [51]. Жінки, які відчують під час вагітності підвищену тривогу за стан майбутнього дитини, проте виявляють його низьку цінність, вони психологічно не впевнені в успішному результаті вагітності, не націлені на майбутнє материнство. Підвищена тривога за стан майбутньої дитини під час вагітності проявляється у жінки переживаннями з приводу майбутніх пологів, відносин чоловіка й оточуючих, а також своєї спроможності в материнській ролі [33].

На думку С. Розенцвейга, фрустрація виступає спроможністю (або нездатністю) організму пристосовуватися до умов мікро- і макродовкілля, тобто це певна властивість особистості, своєрідний спосіб поведінки, який обмежує фрустрацію біологічними рамками. Згідно в авторською «евристичною» класифікацією типів реакцій на фрустрацію можна виокремити насамперед психозахисне застосування як клітинний рівень (імунологічний або психобіологічний), як автономний рівень та як вищий кортикальний рівень (захист «Я»). Водночас у широкому сенсі теорія фрустрації передбачає взаємопроникнення всіх рівнів між собою, зокрема це чітко простежується у

ланцюговій єдності таких психостанів як страждання, страх, занепокоєння [234]. Зазначимо, що в сучасній науково-психологічній думці існує величезне різноманіття визначень терміну «фрустрація», однак здебільшого загальновизнаним є структурно-семантичне розуміння її як одного з найважливіших психічних станів людини.

Услід за С. Розенцвейгом, А. Плотічер стверджує, що фрустрація насамперед є станом, який характеризує організм, а не тільки особистість. Фрустрація перебуває у площині, що межує не стільки з ознаками норми, скільки із патологією та провокує афективні й мотиваційні розлади. До основних змістово-функціональних параметрів фрустрації належать такі психічні стани:

- а) різноманітні прояви депресії, що характеризуються похмурым світобаченням, розладами і втратою надії на майбутнє;
- б) тривожні й фобічні прояви, які спостерігаються в острахах (наприклад, коли виникає страх, але відсутній реально загрозовий об'єкт), подібні до зневіри та які видаються просто нездоланими;
- в) висока емоційна лабільність, що проявляється перепадами типу реагування та сприйняття життя, в результаті чого відбуваються постійні зміни задоволення на невдоволення;
- г) нечасті «дисфонічні стани», які означені проявом цілого комплексу різного спектру негативних емоцій, зокрема таких як страх, туга, агресія, злість;
- г) «абулічні та парабулічні стани», що проявляються у випадках психопатії та у ситуації виключно внутрішніх конфліктах («хочу – не можу»), з провокуванням суїцидальних наслідків;
- д) спади перепади творчої активності, які є не критичними, однак можуть породжувати зневіру в себе; е) нав'язливе слідування нормам, що проявляється у перфекціонізмі, педантизмі та у переживанні неспроможності й неможливості досягнути жаданої мети [53].

Фрустрацію під час вагітності доцільно трактувати як складний психічний стан жінки, що проявляється в притаманних цьому стану особливостях

поведінки і переживаннях вагітної, що викликані реальними або уявними перепонами, нездоланими труднощами, які виникають в перинатальний період та перешкоджають досягненню бажаної мети. Зазвичай вагітна жінка, усвідомлюючи себе майбутньою матір'ю, переживає мотиви зовнішньої або внутрішньої активності, але через різні ускладнені причини, стани і детермінанти не може їх сповна реалізувати.

Фрустрованість розглядається як особистісна риса, породжена й зумовлена попереднім життєвим досвідом та обставинами діяльності. Традиційно фрустрованість визначається як схильність людини до фрустрації, тобто підвладність впливу таких психостанів як тривога, пригніченість, відчай, що розвиваються внаслідок певних реальних або уявних життєвих невдач, а також через неспроможність досягнути поставлену мету. Причиною фрустрованості можуть бути труднощі адаптації людини до нового мікро- і 40 макродовкілля з блокуванням цілеспрямованої поведінки.

Унаслідок особливостей індивідуальної психоструктури і сили нервової системи найчастіше впливові фрустрації піддаються вагітні жінки з підвищеною імпульсивністю і збудливістю, високим рівнем тривожності, загостреною схильністю до депресивності, несформованою Я-концепцією. Їм характерні відсутність врівноважувальних реакцій, вони не підготовлені до нових викликів, психофізичних ускладнень, імовірних соціально-побутових труднощів тощо. Іноді навіть неістотні ускладнення або конфлікти спроможні виступити індикаторами порушення психологічної стійкості й опірності, тому будь-яке незадоволення потреб і бажань, блокування реалізації близьких або віддалених мотивів, усвідомлення віддаленості досягнення мети породжують у вагітної жінки відчуття фрустрації як гнітючої невизначеності і невирішуваності уявленим або справжнім планів і проблем. Негативна оцінка значущих інших, розбалансованість самооцінки, хисткість самоакцептації стимулюють фрустраційний тиск на зумовлюють появу проблем на рівні прийняття власної видозміненої тілесності й зовнішності, ставлення до виконання побутових повсякденних справ тощо.

А. Филимонова веде мову про те, що сприйняття феномену тривоги тісно залежить від міри фрустрації взаємин з навколишніми людьми, особливо на рівні сімейного спілкування [19], а В. Блейхер і Л. Завилянська наголошують, що у процесі реабілітації людей, обтяжених негативною дією неврозів, важливе місце повинне посідати тренування фрустраційної толерантності як можливості потужно й адекватно відреагувати на фрустраційні, депресивні та тривожні напади. Особливо це актуально для людей, які перебувають в у складнених життєвих ситуаціях, зокрема й у стані вагітності [8]. Розкриваючи психологічні особливості тривожності у фрустраційних ситуаціях та розглядаючи їх психологічну корекцію у дітей із затримкою психічного розвитку в молодшому шкільному віці, О. Фролова констатує, що причиною такої девіантної психогенези є крім іншого й ускладнені психоемоційні стани матері на етапі вагітності, адже вже там можуть бути закладені основи і причини спотвореного розвитку [19].

Звичайно, рівень психічного напруження, а згодом і виникнення станів тривожності та фрустрації, мають тісний і безпосередній зв'язок з реальними обставинами, які впливають на особистість у конкретний момент її екзистенційного хронотопу. У вагітної жінки це проявляється як ускладнений часово-просторовий симбіоз усвідомлення своєї спорідненості з майбутньою дитиною, тому острах за її здоров'я, результати виношування, процес пологів, больові та інші відчуття зумовлюють здебільшого розбалансованість афективної сфери. Загалом, причини виникнення психофізичного напруження, яке зазвичай є основною симптоматикою появи тривожності і фрустрації, доцільно віднаходити і в зміні свого звичного статусу, і в неповній спроможності виконувати усталені соціальні функції та ролі, і у складнішому досягненні цілей власної діяльності, і у виникненні нових та переосмисленні старих ціннісних орієнтирів. Усвідомлення залежності від конкретних осіб (чоловік, рідні) та соціальних структур (жіноча консультація, пологова клініка) спричиняє підвищену відповідальність, а отже й певний страх за успішність позитивного результату. Переживання певної кризи через

розладнання традиційного стилю життя, обмеження або боязнь втрати звичних суспільних благ, соціального престижу, власної репутації, налагоджених соціальних зв'язків якраз і породжують підвищену тривожність та фрустрованість, впливаючи таким чином на загальний підвищений та ускладнений рівень невротизації.

Отже, фрустрованість є своєрідним рівнем підвищеної чутливості до дії травмівних чинників, на відміну від толерантності до фрустрації, що є показником стійкості й опірності до несприятливих факторів або послаблення особистісного реагування внаслідок зниження чутливості до їхньої дії. Тому, якщо фрустраційна толерантність позначає рівень реагування на несприятливі умови й обставини в конкретній ситуації, то фрустрованість маркує наявність певної травми через життєві невдачі, яка посилюється внаслідок дії несприятливих зовнішніх чинників [14; 19; 20].

### 1.3. Психоемоційна сфера жінок у післяпологовий період

Однією з актуальних та пріоритетних державних завдань є здорова нація, як у фізичному плані, і у психічному. Закладка здоров'я відбувається ще в період внутрішньоутробного розвитку плода.

Важливою умовою для здорового психологічного розвитку дитини є психоемоційний стан вагітної жінки та стосунки в сім'ї. Щодо післяпологового періоду залишаються незмінними ті ж умови – це не лише задоволення фізіологічних потреб дитини, а й емоційна близькість з матір'ю, гармонійні стосунки у сім'ї, що запобігає появі нервово-психічних розладів у новонароджених та немовлят [17].

При нестійкому емоційному стані матері дитина наражається на ризик виникнення проблем, пов'язаних з порушеннями в емоційній сфері, формуванням сильної прив'язаності, зниженням рівня функціонування у пізнавальній сфері [1]. До емоційної нестійкості можна віднести часту зміну настрою, частий плач, переважання негативного емоційного стану, що може свідчити про переживання матір'ю депресивного стану [2].

Значну роль у формуванні емоційних переживань, у тому числі негативних, відіграє психологічне сприйняття себе як матері та уявлення самої жінки про «нормальне» сімейне життя. Найчастіше це визначається досвідом сімейного життя, отриманого в дитинстві та юності, спостереженнями за взаєминами її власних батьків та, крім того, її власними стосунками з кожним із батьків окремо.

Довіра, підтримка і любов батьків сприяють формуванню у майбутньої мами впевненості в собі, що допомагає згодом адаптуватися до нової для себе ролі матері. А якщо у жінки немає позитивного досвіду сімейного життя, який допомагає будувати взаємини у своїй сім'ї, вона виявляється невідповідною до сприйняття себе в ролі дружини, а потім і матері. Їй важче зрозуміти причини неминучих сімейних труднощів життя. Вона гірше адаптується до будь-якого стресу, у тому числі до вагітності, пологам та післяпологовому періоду [5; 6].

Характер сімейних відносин може бути однією з джерел депресивного і тривожного стану матері через кілька місяців після народження дитини. Коли особливо необхідна підтримка та увага коханої людини. Будь-які проблеми у стосунках з чоловіком і батьками можуть стати фактором післяпологової депресії на різному етапі розвитку дитини [7].

Як зазначали у своїх дослідженнях Т.М. Пушкарьова, К. Thorpe, М. Su та інші, своєчасна діагностика і адекватне лікування депресивних розладів у жінок період вагітності, після пологів та протягом перших років життя дитини надзвичайно важливі, оскільки депресія матері надає вкрай несприятливий вплив на психофізичний розвиток та соціальне становлення дитини [12].

Особливістю тривожних та депресивних емоційних проявів є час їх виникнення і те, що вони завжди включають взаємини матері та дитини, а часто і стосунки з іншими членами сім'ї. Слід підкреслити, що про стан депресивного стану у матері немовляти, що обмежує та змінює здатність контактувати з немовлям, негативно відбивається на подальшому психологічному розвитку дитини і навіть впливає на морфофункціональне диференціювання структур ЦНС [17].

Ймовірність виникнення пригніченого емоційного стани з вираженим фрустраційним навантаженням збільшується для тих матерів, які перебувають у стані хронічного стресу, спричиненого фінансовими або побутовими проблемами та відсутністю адекватної підтримки, що в даний час трапляється досить часто [18; 19].

У деяких матерів напади депресії починаються незабаром після народження дитини. В інших депресія розвивається поступово на протязі трьох-шести місяців після пологів. Жінка може погано спати, відчувати почуття безнадійності та самотності. Цей пригнічений емоційний стан може впливати не тільки на те, як жінка співвідносить себе до немовляти, але навіть на здатність годувати [20].

Прояви тривоги та депресії можуть серйозно позначитися на здібності жінки виконувати свої материнські функції. Втрата інтересу до дитини, дратівливість та втома можуть завадити матері дати дитині необхідне кохання, ніжність і ласку

і забезпечити їй належний догляд. У результаті у жінки з'являється почуття провини, вона втрачає впевненість у собі як у матері, що ще більше посилює її пригнічене емоційний стан [21].

Новонароджена дитина знаходиться в емоційній залежності від маминого голосу, жестів, рухів та виразу обличчя. Її розвиток багато в чому визначається зовнішнім стимулюванням, насамперед, з боку матері. Проте мама, яка відчуває тривогу, стан пригніченості, незадовільний самопочуття, що уникає емоційних контактів з дитиною, неохоче та рідко з нею спілкується. Все це може негативно вплинути на розвиток дитини, викликати в неї емоційні та поведінкові проблеми, труднощі зі сном [22].

У дітей раннього віку, матері яких пережили післяпологову депресію, можуть розвинутися емоційні розлади, що тягне у себе затримку розвитку. Старші діти можуть виявляти агресію щодо дорослих та інших дітей. У дитячому садку або школі в них можуть виявлятися проблеми у відносинах з однолітками, з мотивацією до навчання, недовіра до дорослих [23].

Ці негативні емоційні стани насамперед можуть викликати порушення адаптації жінки до материнства та ускладнення відносин у системі мати – дитина – сім'я, і як наслідок патологічних розладів у дитини [24; 25].

Тривожні та депресивні прояви на тлі постійної дії психотравмуючих факторів становлять настільки потужний патогенетичний комплекс. Особливо важливими для запобігання вищевказаним станам є знання, спеціально набуті в кінці вагітності, освіта, підтримка сім'ї. Важлива увага та турбота з боку близьких людей. Дуже актуальним стає принцип обережності «дозування негативної інформації» [26; 27].

Особливий вплив на прояв порушень психоемоційної сфери в післяпологовому періоді справляє перебіг вагітності та тривожно-депресивні прояви у жінок перинатальному періоді. Переживання негативних емоцій, незадоволеність сімейними взаєминами, відсутність підтримки з боку чоловіка, а також несприйняття себе матір'ю і своєї майбутньої дитини в період очікування



дитини впливає на перебіг пологів і тягне за собою зміни в психіці жінки після пологів, викривлення діадної взаємодії «мати-дитина» [28; 29].

Важливим фактором є грамотно підібраний психодіагностичний інструментарій для оцінки порушення психоемоційного стану матері, проявів тривоги та депресії, і навіть визначення самопочуття [12].

Особливості психічного стану жінки під час вагітності привертають увагу фахівців протягом багатьох років. Вивчення післяпологових психічних розладів зустрічається ще за часів античності. Вже тоді лікарям було відомо, що у жінок після пологів частіше, ніж в інші періоди життя, можуть виникати психічні розлади. В IV столітті до н. е. Гіппократ писав, що у деяких жінок після народження дитини виникають психічні розлади і пов'язував їх виникнення із затримкою «післяпологового очищення» [19], [20]. Він твердив, що всі хвороби та психічні в тому числі, виникають під дією внутрішніх і зовнішніх факторів, пов'язаних із неправильною циркуляцією «соків» в організмі. У своїх нарисах грецький лікар згадував про симптоми хронічних психозів, що ускладнювалися перинатальними інфекціями, які виникали після пологів і закінчувались летально [21]. Таких же поглядів притримувався і Гален [22], який стверджував, що після пологів «гаряча кров», яка потрапляє жінкам у голову, викликає психічні розлади». При цьому зазначались, як емоційно негативна роль вагітності, так і позитивна. Гіппократ вказував на сприятливий вплив вагітності на різні психічні розлади, підкреслюючи те, що: «Істеричним дівчатам я пропоную заміжжя, щоб вони вилікувалися вагітністю».

У XI ст. італійка Тротула з Салерно – перша жінка-гінеколог, чиє ім'я залишилося в історії, опублікувала свою роботу «Жіночі захворювання» [23]. Вона складалася з 63 розділів, в яких описувалися проблеми жіночого здоров'я. Тротула припустила, що саме стан матки після пологів впливає на дратівливість і чутливість матерів. А у Великій Британії за часів королеви Вікторії, про молодих матерів, які виявляли ознаки психічного захворювання, говорили, що їх охопило «післяпологове божевілля», і поміщали таких жінок у психіатричні лікарні [24]. Перша книга, присвячена післяпологовим психічним розладам,

«Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchees et des nourrices», написана психіатром Луї Віктором Марсе, була надрукована в 1858 р. в Парижі [25]. Він опублікував монографію про психічні розлади жінок під час вагітності та після пологів у «Трактаті про божевілля у вагітних і годуючих жінок», який містив опис 79 випадків, теорію і методи лікування.

Проте, спроби зрозуміти післяпологові психічні захворювання стали предметом наукового дослідження лише в середині ХІХ ст., коли французький психіатр Жан-Етьєн Домінік Ескироль видав свій основний твір «Про душевні хвороби» («Des maladies mentales», 1883) [26], перекладений майже на всі європейські мови. Це перший науковий посібник із психіатрії, в якому є також розділ «Про психічні відхилення у породіль і годуючих». Концептуальне вивчення післяпологової депресії [27], як окремого психічного захворювання, розпочалося лише в 1984 р. із введенням у медичну практику поняття «перинатальна психіатрія» [28]. Науковці вважали, що слід відрізнити пуерперальні психози від післяпологової депресії, а також виділяти маніакальний і депресивний синдроми. Сам термін, означений як «депресія післяпологового періоду», з'явився дещо раніше – в 1968 р. Його запропонував американський психіатр Брюс Пітт [29], [30].

#### 1.4. Основні критерії психічних розладів у післяпологовому періоді

Згідно із сучасними уявленнями, стреси під час вагітності призводять до репродуктивних втрат, ускладнень вагітності та порушення розвитку плода, передчасних пологів, народження дитини з малою вагою, до виникнення психосоматичних та психопатологічних розладів [37]. Також, наслідками неадекватного ставлення матері до плода під час вагітності може бути дитяча психопатологія, низький інтелектуальний розвиток дитини та схильність до девіантної поведінки [18].

Існує тісна взаємодія між матір'ю та ще ненародженою дитиною, психіка якої розвивається задовго до народження. Саме стреси вагітної жінки підвищують ймовірність розвитку стресу у дитини [37]. Наявність системних порушень кровообігу, гормонального балансу, а також структурних основ їх підтримки у функціональній системі мати-плацента-плід при хронічному психоемоційному стресі, розглядають як основну причину порушень перебігу вагітності, пологів, а також ускладнень у плода та нащадків [37].

За даними медико-психологічних досліджень 16 % молодих матерів відчувають депресію після пологів [16]. Зокрема, за даними US Department Health Human Services та Healthy People [17] близько 50% випадків післяпологової депресії залишались не діагностованими. Крім того, більшість жінок, які страждають депресією після пологів, переважно не звертаються за допомогою. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями у вигляді різноманітних соматичних симптомів, емоційної нестійкості, труднощів, пов'язаних із доглядом за дитиною [18].

Велика кількість конфліктів, амбівалентне ставлення та відхилення, яке мати демонструвала в її відносинах з ненародженою дитиною, справляли значний вплив на дитину після народження. Виражена реакція ненародженої дитини на стрес більше не може піддаватися сумніву. Велика кількість описаних спостережень, багато з яких тепер відомі, сприяють популяризації результатів

наукових досліджень [40]. Експериментальні та перспективні епідеміологічні дослідження встановили, що пренатальний стрес (ПС) та тривога у матері можуть мати довгострокові наслідки для фізичного та психічного розвитку дитини, збільшуючи ризик її захворювань [42]. Ефекти перенесеного ПС можуть проявлятися як у вигляді ускладненого перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, так і відстроченими непрогнозованими на сьогоднішній день наслідками у дорослому житті індивідуума [22].

До психічних розладів у післяпологовому періоді належать: материнська меланхолія, післяпологова депресія, післяпологовий психоз [31].

Науковці все більше визнають, що перехід від самотійного життя до батьківства є складним і пов'язаний із значним стресом, який може загрожувати жінкам проблемами психічного здоров'я. Незважаючи на те, що народження дитини може принести чимало радості та задоволення в житті, не можна обійти той факт, що для багатьох жінок вагітність пов'язана із дискомфортом, з відчуттям невизначеності, а післяпологовий період часто приносить відсутність сну, втому, емоційні піднесення і спади. Симптоматика післяпологової депресії відповідає діагностичним критеріям клінічної депресії.

Основний відмінний критерій – розвиток депресії у післяпологовому періоді. Критерії DSM-V великого депресивного розладу включають один з наступних симптомів має бути присутнім принаймні протягом 2 тижнів:

- Пригнічений настрій.
- Ангедонія (втрата інтересу або задоволення).

В той же 2-тижневий період повинні бути присутніми щонайменше п'ять або більше з наступних симптомів:

- Знижений настрій більшість часу, майже кожен день.
- Зменшення задоволення або інтересу у всіх чи майже у всіх щоденних заходах практично кожен день.
- Зниження апетиту (з помітним збільшенням або втратою ваги).
- Порушення сну (безсоння, гіперсомнія) майже кожен день.

- Психомоторна загальмованість або збудження практично кожен 8 день (спостерігається іншими).
- Нестача енергії або втома майже кожен день.
- Почуття нікчемності або почуття надмірної / невідповідної провини практично кожен день.
- Важко концентрувати увагу або приймати рішення майже кожен день.
- Думки про смерть, самогубство або суїцидальний план.

Як правило, післяпологова депресія починається в перші дні або перші 2 тижні після пологів і продовжуються від 1 до 6–7 місяців [33]. Проте останні дослідження охоплюють післяпологову депресію протягом перинатального періоду та визначають як таку, що виникає в будьякий час протягом першого року після пологів. Більше того, деякі дослідники вказують, що грудне вигодовування захищає від деяких проявів емоційних переживань, оскільки гормональний фон (гормон пролактин) залишається на підвищеному рівні, щоб стимулювати вироблення молока, що в свою чергу впливає на психоемоційний стан (Klein, Skrobala, & Garfinkel).

Оскільки багато жінок вирішують годувати своїх немовлят принаймні протягом шести місяців, згідно з рекомендаціями, викладеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ, 2003), з цього випливає, що деякі жінки можуть проявляти ознаки емоційного розладу через кілька місяців після народження своєї дитини коли вони припиняють годування грудьми.

Післяпологова меланхолія. Після пологів може виникати не лише депресія, це може бути так звана «післяпологова «туга» - меланхолія (baby blues)». Це перехідний стан емоційного спалаху. 50-80 % жінок відчуває це в перші 2 тижні після пологів. Кожна 2-а жінка може це відчувати на 3-5 добу після пологів. І цей стан закінчується протягом перших двох тижнів. До симптомів належать: знижений настрій (безпричинна зміна настрою), тривога, плаксивість «сльози на краю», втома (відчуття безпорадності), порушення сну. При цьому стані лікування непотрібне. Ключовим є те, що цей стан минає, проте якщо ці

симптоми зберігаються більше ніж два тижні, слід розглянути діагноз післяпологової депресії.

Післяпологовий психоз. Найважчою формою є післяпологовий психоз. Страждає лише 0,1 % жінок. Стан досягає максимуму на 1-3 тиждень після пологів. Основні симптоми: знижений чи піднесений настрій, зміна в поведінці, марення, галюцинації. При цьому стані необхідна термінова госпіталізація. Виникнення післяпологового психозу асоціюється із старшим віком матерями, порушенням сну в післяпологовому періоді, низькою соціальною підтримкою, попередньою історією психозу у матері, сімейний анамнез психозу [39]. Незважаючи на те, що жінки з психозами до початку зачаття можуть становити менше 1 % дорослого населення, вони становлять більше половини всіх випадків післяпологового психозу, і можуть мати в 100 разів більший ризик госпіталізації в післяпологовому періоді. Питання про те, чи є післяпологовий психоз окремим клінічним об'єктом, є суперечливим, але багато хто вважає вагітність і післяпологовий період уразливими періодами для психотичних епізодів серед жінок з попередньою історією психотичної симптоматики [40]. Результати досліджень ставлять під питання, ризик розвитку післяпологового психотичного епізоду внаслідок акушерських ускладнення чи патології під час вагітності. Проте дослідження виявили позитивні асоціації з ускладненнями пологів та пологів при кесаревому розтині, включаючи передчасні пологи. Оскільки післяпологовий психоз рідко зустрічається в загальній популяції, багато досліджень були обмежені невеликими розмірами вибірки [43, 44].

Фактори (предиктори) формування післяпологової депресії. Післяпологова депресія обумовлена дією широкого спектру прогностичних факторів, що дозволяють передбачити її розвиток.

З аналізу наукової релевантної літератури, до основної групи цих факторів відносять:

1. Генетичні зміни.
2. Спадкова схильність до афективних розладів.
3. Афективні розлади в минулому.

4. Гормональні та біологічні зміни організму під час вагітності та після пологів.

5. Соціальні фактори (особливості сім'ї та соціального оточення під час вагітності).

6. Психологічні особливості жінки (темперамент, характер, особистість).

7. Психологічна готовність жінки до материнства.

8. Психосоціальні стресові фактори (кількість негативних подій під час вагітності).

9. Зловживання алкоголем.

10. Пологи, як стресовий чинник.

11. Патологія вагітності, плода. Генетичні зміни.

За даними досліджень 2014 р., генетичні фактори розвитку післяпологової депресії займають вагоме місце. Багато дослідників зосередили свою увагу на біологічній та генетичній основі розвитку післяпологової депресії. Зокрема, було зроблене припущення, що дисфункції в серотоніновій системі пов'язані з ризиком депресії, в тому числі й після пологів [45].

Спадкова схильність до афективних розладів. Спадкова схильність до психічних захворювань має значний вплив на ризик розвитку депресивної симптоматики в післяпологовому періоді. М. Steiner виявив, що у 71 % жінок, які страждають від післяпологової депресії, принаймні один член сім'ї має попередню історію психічного розладу та афективні розлади в минулому [46]. Як твердять деякі автори немає жодних сумнівів у тому, що психічні захворювання у жінок в анамнезі збільшують ризик депресії в післяпологовому періоді [47].

Результати великомасштабних сучасних досліджень дозволяють припустити, що у жінок з великим депресивним розладом в анамнезі збільшується ризик розвитку післяпологової депресії у порівнянні із загальною популяцією [48]. Психологічні особливості жінки (темперамент, характер, особистість). Індивідуальні особливості, та їх поєднання визначають характер, вираженість і динаміку афективної патології непсихотичного рівня у жінок під час вагітності

та у післяпологовому періоді. Поєднання внутрішніх особистісних конфліктів, дисгармонійні відносини в родині, наявність психотравмуючих чинників є факторами ризику розвитку післяпологової депресії [42].

Післяпологова депресія частіше виникає у жінок із підвищеною преморбідною тривожністю і з акцентуацією особистості за істеричним, астеничним, психоастеничним типом.

Психологічна готовність до материнства. Важливим елементом материнської ідентичності, який має значення, як під час вагітності, так і після, є психологічна готовність до материнства [35]. На психологічну готовність жінки до материнства впливає низка факторів до яких належать: вік матері, загальне відношення матері до вагітності та майбутньої дитини, до процесу пологів. Негативні переживання, стійкі страхи, виникнення неоднозначних почуттів до майбутньої дитини, а інколи своєрідне ігнорування вагітності, можуть свідчити про наявність у майбутньої матері неусвідомлюваних внутрішніх проблем, конфлікту між бажанням мати дитину і неготовністю до рішучих змін в собі та житті.

Сучасні психологічні дослідження підкреслюють важливість материнської поведінки на розвиток дитини. Результати досліджень В.І. Брутмана [] показують, що вік матері також впливає на емоційний стан після пологів. Сьогодні встановлено, що, незважаючи на акселерацію – прискорення темпу індивідуального розвитку, фізична, інтелектуальна і соціальна зрілість необхідна для народження і виховання дитини [52].

Якісні зміни, які відбуваються з жінкою упродовж всієї вагітності на фізіологічному, гормональному, емоційному, когнітивному, соціальному рівнях її особистості, призводять до втрати старої та отримання нової ідентичності, перебудови самосвідомості та опанування нової соціальної ролі. Головним завданням цього періоду є формування у майбутньої матері психологічної готовності до материнства. Так, згідно з концепцією С.Ю. Мещерякової, в основі даного особистісного утворення знаходиться розвиток особливого психологічного стану жінки, сутність якого полягає, перш за все, в задоволенні



базової потреби дитини у безпеці. Психосоціальні стресові фактори (кількістю негативних подій під час вагітності). Згідно із даними [53] О'Нара, жінки, у яких протягом життя спостерігався високий рівень і частота негативних подій у зв'язку з пологами або вагітністю, більшою мірою схильні до виникнення післяпологової депресії.

Існують дані про підвищений ризик появи післяпологової депресії після других і подальших пологів за наявності подібного досвіду в минулому [54]. За даними, проаналізованими О. Філіповою, причинами порушення перебігу вагітності є сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері [55]. Якість життя породіллі поряд зі станом її здоров'я визначає якість материнського догляду і психологічний контакт із дитиною [56]. Е. Hodnett та S. Fredericks після обстеження вагітних, яким надавали допомогу та проводили патронаж медичні працівники, зробили такі висновки: вагітна жінка потребує підтримки членів родини, друзів та медичних працівників [57].

Патологія вагітності, плода. Результати досліджень показали, наявність значущих зв'язків між сомато-біологічними і психосоціальними факторами, асоційованими з порушеннями репродуктивної функції, зокрема такими, як ускладнення акушерського анамнезу, тривалий період неплідності, перинатальні втрати в анамнезі, та вираженістю післяпологової депресії. Встановлено достовірні кореляції між вираженістю акушерської патології, повторною психічною травматизацією і симптомами післяпологової депресії.

Найбільш значущу патогенну роль відіграють перинатальні втрати, тривалий період неплідності та повторні психічні травми, зумовлені сімейними дисгармоніями [58]. На сьогодні в акушерстві є дуже багато випадків ускладнень перебігу вагітності, які загрожують життю вагітної жінки та плоду й тим самим стають додатковим стресовим чинником [59]. Ускладнена вагітність супроводжується емоційним і мотиваційним напруженням, яке є маркером емоційно важкої ситуації не лише для жінки, а й для її сім'ї.

Особливостями психоемоційних станів вагітних жінок з ускладненням вагітності порівняно із жінками з фізіологічним перебігом вагітності є

домінування тривожного ставлення до вагітності, підвищення рівня тривожності та вираженість емоції страху. Тому емоційний стан матері під час вагітності впливає на перебіг вагітності та пологів, наступне ставлення до дитини та себе та формування особистісних якостей [60]. Одним із важливих факторів є втрата дитини. За даними досліджень втрата бажаної вагітності спричиняє низку як психологічних, так і медичних проблем. Сюди відносять небажання більше вагітніти через страх нової втрати, потреба довготривалого лікування після втрати вагітності або дитини, психологічна травма та, нерідко, розпад сім'ї через неспроможність пережити втрату. За даними дослідження Баранової В.В. жінки з негативним досвідом попередніх вагітностей, за відсутності психологічної допомоги, мають вищий рівень тривожності. Жінки, що втратили дитину на різних етапах гестації, перебувають у стані постійного стресу та переживання, що приводить до постійного викиду адреналіну, а це, своєю чергою, впливає на судини плаценти та матки як м'язового органу. Усе це спричиняє загрозу втрати вагітності та розвитку дистресу плода. Жінка перебуває в «замкненому колі»: тривога – спазм – загроза – тривога [61]. Обоє майбутніх батьків відчують певну тривожність перед народженням дитини, але якщо вагітність перебігає з ускладненнями, це створює додаткове напруження у родині [62].

## Висновки до I розділу

Науково-психологічні дослідження констатують, що для кожної жінки вагітність є особливим та унікальним періодом життя, який з одного боку приносить радість материнства, а з іншого величезну відповідальність за життя і здоров'я майбутнього малюка. Такий складний і відповідальний відтинок онто- й соціогнезу для вагітної жінки є екзистенційно значущим і цілком неповторним та означений сильними за рівнем прояву численними різномодальними переживаннями і вкрай специфічними відчуттями [1].

Батьківське ставлення до майбутньої дитини ґрунтується на батьківських уявленнях та установках. У сучасному суспільстві, жінки незалежно від наявності-відсутності або очікування дитини практично однаково розподіляють мотиви її народження. На перший план виходять мотиви, пов'язані безпосередньо з самою дитиною, що робить її самоціллю, а не засобом досягнення інших цілей [37].

Успішне виношування і народження здорової та повносправної дитини залежить від впливу багатьох значущих чинників: від успадкованої генетичної інформації від батьків та стану їхнього здоров'я до психоемоційного стану і соціально-побутового комфорту майбутньої породіллі. Загальновизнаним фактом постає те, що психофізичне здоров'я дитини закладається ще у пренатальному періоді онтогенезу, а різноманітні афективні дисбаланси і дисфункції істотно впливають на депресивність, стресогенність і тривожність як матері, так майбутньої дитини. Психоемоційні розлади можуть слугувати причиною різноманітних патологічних станів і матері, і дитини, адже цей нероздільний симбіоз двох життів перебуває у перманентному взаємозв'язку на всіх рівнях [38].

До психічних розладів у післяпологовому періоді належать: материнська меланхолія, післяпологова депресія, післяпологовий психоз [31].

## РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

### 2.1. Методи та методики дослідження

Емпіричне дослідження складалося з двох етапів: перший етап дослідження психічного стану жінок післяпологового періоду проводився через 1 місяць після народження дитини, а другий етап після 3 місяці після народження дитини. В дослідженні взяли участь 94 жінки, віком від 22 до 38 років. Для визначення психоемоційного стану матерів використовували такий психодіагностичний інструмент:

1. Диференціальна шкала емоцій, розроблені Д. Ізардом, призначені для вивчення емоційних відхилень та виявлення домінуючих емоцій, оцінку наявності чи відсутності депресивних симптомів та депресії в цілому. Інструментарій являє набір емоцій (всього 10), де кожній з них відповідає три певні емоції в 30 поняттях.

Кожну емоцію, виражену в поняттях, досліджуваний оцінює за 4-бальною шкалою залежно від того, якою мірою вона проявляється зараз. Таким чином виявляються домінуючі емоції, що дозволяють якісно описати, самопочуття обстежуваної людини у відношенні до визначального типу його характеру. Підрахунок співвідношення позитивних емоцій до негативних дозволяє отримати коефіцієнт самопочуття  $K$ . Якщо показник  $K$  більше 1, то самопочуття загалом більше відповідає позитивному чи гіпертимному (з підвищеним настроєм) типу акцентуації людини. Якщо  $K$  менше 1 – самопочуття можна охарактеризувати як негативне або відповідне дистимному (зі зниженим настроєм) типу акцентуації характеру людини [30].

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), розроблена Zigmond A.S. та Snaith R.P. для первинного виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Шкала складається з 14 тверджень, що обслуговують дві підшкали: «тривога» та

«депресія». Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації виразності ознаки та кодується за наростанням тяжкості симптому від 0 (Відсутність) до 3 (Максимальна вираженість) [31].

3. «Методика самооцінки психічних станів» (Г. Айзенка) дозволяє вивчити такі емоційні стани як тривожність, фрустрованість, агресивність та ригідність. Методика складається із 40 тверджень, кожне з яких досліджуваній пропонується оцінити за частотою прояву в реальному житті таким чином: 2 бали, якщо цей стан буває часто, 1 бал – буває зрідка, 0 балів – такого зовсім не буває. Для зручності і швидкості підрахунку всі 40 тверджень були згруповані у 4 групи, кожна з яких відповідає одному із 4 досліджуваних параметрів (тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність). Суть обробки отриманих результатів зводиться до підрахунку суми отриманих досліджуваними балів за кожною шкалою. Інтерпретація отриманих результатів за кожною окремою шкалою здійснюється таким чином: тривожність: від 0 до 7 балів – відсутність тривожності, від 8 до 14 балів – середня тривожність, в межах норми, від 15 до 20 балів – високий рівень тривожності, надмірна тривожність.

Під тривожністю розуміється переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттями небезпеки або невдачі. Фрустрація (фрустрованість): від 0 до 7 балів – відсутність прояву фрустрованості, від 8 до 14 балів – середній рівень фрустрованості, від 15 до 20 балів – висока фрустрованість, низька самооцінка, страх невдач. Фрустрація – це психічний стан, який виникає в ситуації розчарування, нездійснення значимої для особистості мети, незадоволеності потреби. Ригідність: від 0 до 7 балів – відсутність прояву ригідності, від 8 до 14 балів – середній рівень схильності до ригідності, від 15 до 20 балів – сильне вираження, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть, якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці життя. Ригідність – це стан утруднення аж до повної нездатності в зміні наміченої особистістю програми діяльності в умовах, які потребують об'єктивної перебудови власної діяльності, способу мислення тощо. Агресивність: від 0 до 7 балів – свідчить про спокійність та стриманість 71 досліджуваного, від 8 до 14

балів – середній рівень схильності до прояву агресивності, від 15 до 20 балів – висока агресивність, нестримність, наявність труднощів у взаємодії з людьми. Агресивність – це стійка характеристика особистості, яка відображається у її ставленні до поведінки, метою якої є спричинення шкоди навколишньому середовищу, або подібний афективний стан (гнів, злість). Вагітність, як і інші психологічно дискомфортні стани, здебільшого зумовлює підвищене тло особистісної та ситуативної тривожності.

4. Шкала Занга для самооцінки депресії (адаптована Т.І. Балашовою) – це тест, що виявляє соматичні, психологічні, поведінкові й афективні симптоми депресії. Тест призначений для самостійного проведення і дає можливість отримати кількісну оцінку важкості депресії. Це анкета, яку треба заповнювати 1–2 рази на тиждень. Обстежувані самі можуть порівняти, як змінюється інтенсивність депресії з часом.

5. Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Спілбергер розуміє під обома мірами тривожності: "Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи".

Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976). Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний

момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

б. Опитувальник темпераменту Г. Айзенка – це методика призначена для оцінки симптомокомплексу екстраверсії інтроверсії й нейротизму (емоційної стабільності). В основу свого опитувальника Г. Айзенк (1964) поклав дві основні якості ВНД, котрі, як вважає більшість дослідників, визначають всю різноманітність типів особистості. Це екстраверсія-інтроверсія й емоційно-вольова нестабільність, або нейротизм. Автор пов'язує екстра- та інтроверсію з вираженістю процесів збудження й гальмування в корі головного мозку. При цьому типових екстраверта та інтроверта він розглядає як полярно протилежні особистості.

Екстраверт впевнений у собі, ризикує, гарячкуватий, діє під впливом моменту, імпульсивний, безтурботний, оптимістичний, любить спілкуватись. Його емоції та почуття не контролюються.

Інтроверт – спокійний, стриманий й віддалений від усіх, крім самих близьких людей. Він завжди контролює свої почуття, рідко буває агресивним, любить порядок та серйозність прийняття рішень.

Нейротизм – емоційна збудженість, схильність до психопатології в емоційній сфері. Індивід з вираженим нейротизмом емоційно нестійкий і характеризується переважно не вольовою, а емоційною регуляцією.

Фактори екстраверсія-інтроверсія й нестабільність-стабільність (нейротизм) вважають незалежними, і в сполученні вони можуть характеризувати той чи інший тип особистості.

Опитувальник Айзенка містить 57 запитань, з яких за 24 запитаннями оцінюються екстраверсія-інтроверсія, інші 24 запитання характеризують нестабільність-стабільність, а останні 9 – входять в шкалу відвертості і вірогідності результатів дослідження.

Вираженість фактора екстраверсія–інтроверсія в балах оцінюється так:

0-2 – вкрай виражена інтроверсія;

3-7 – виражена інтроверсія;

8-11 – помірна інтроверсія;

12-15 – помірна екстраверсія;

16-18 – виражена екстраверсія;

19-24 – вкрай виражена екстраверсія;

Фактор нейротизму оцінюється так:

0-2 – вкрай мало виражений нейротизм;

3-7 – мало виражений нейротизм;

8-11 – помірний нейротизм;

12-15 – виражений нейротизм;

16-18 – досить виражений нейротизм;

19-24 – вкрай виражений нейротизм.

Обробку опитувальника проводять за допомогою ключа й починають її із шкали відвертості (В). Якщо в обстежуваного за шкалою (В) 5 балів або більше, результати його відповідей не використовуються, а йде пошук причин невідвертих відповідей. Потім підраховуються бали за шкалою екстраверсії. Якщо кількість балів 12 і більше, то обстежуваного можливо вважати екстравертом, менше 12 балів – інтровертом. Такі самі оцінки застосовуються й для шкали нейротизму: якщо 12 балів і більше – нейротизм, менше – емоційна стабільність.

7. Тест-опитувальник задоволеності шлюбом (ОЗШ), розроблений В. В. Століним, Т. Л. Романовою, Г. П. Бутенко, призначений для експрес-діагностики ступеня «задоволеності-незадоволеності» шлюбом, а також ступеня «узгодження-неузгодженості» задоволеності шлюбом у тієї чи іншої соціальної групи.

Опитувальник являє собою одновимірну шкалу, що складається з 24 тверджень, які відносяться до різних сфер: сприйняття себе і партнера, думки,



оцінки, установки і т. д. Кожному твердженню відповідають три варіанти відповіді. Випробуваному пропонується уважно прочитати кожне твердження і вибрати один з трьох варіантів, намагаючись уникати проміжних відповідей типу «важко сказати», «важко відповісти» і т.п. За відповідь, що співпадає з ключем, нараховується 2 бали; за проміжну відповідь (варіант "б") – 1 бал; за відповідь, який не збігається з ключем, – 0 балів. Далі підраховується сумарний бал по всіх відповідях. Можливий діапазон – від 0 до 48 балів. Високий бал говорить про задоволеність шлюбом.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження емоційних станів жінок у післяпологовий період

Проаналізуємо динаміку переживань ситуативних емоційних станів у жінок в 1-ший та 3-тій місяці після пологів за «Диференціальними шкалами емоцій» Д. Ізарда (дані вказані у табл. 1.).

Таблиця 1

### Динаміку переживань ситуативних емоційних станів у жінок

№ п/п	Емоційний стан	1-ший місяць після пологів	3-тій місяць після пологів
1	Інтерес	7,6	8,9
2	Радість	8,6	9,3
3	Подив	4,2	5,6
4	Горе	3,9	3,0
5	Гнів	3,8	2,5
6	Відраза	4,1	2,6
7	Презирство	3,7	2,6
8	Страх	3,5	2,1
9	Сором	3,4	2,4
10	Провина	3,4	2,3
11	Коефіцієнт самопочуття (К)	1,43	2,3

Аналізуючи дані із таблиці 1, спостерігаємо таку тенденцію, що у жінок після 3-тього місяці після пологів спостерігається зміна всіх показників емоційних станів: інтерес – на +1,3; радість – на +0,7; подив – на +1,4; горе – на -0,9; гнів – на -1,3; відраза – на -1,5; презирство – на -1,1; страх – на -1,4; сором на -1; провина – на -1,1; коефіцієнт самопочуття – на +0,87. Простежується тенденція збільшення позитивних емоційних станів та зменшення негативних, збільшився коефіцієнт самопочуття.

Таким чином, отримані дані наукового дослідження про самопочуття матері та стан психоемоційної сфери свідчать про те, що для легшого протікання післяпологового періоду, піднесеного емоційного стану та менш вираженого домінування негативних емоцій важливим фактором є участь у комплексній медико-психологічній підтримці сім'ї саме в період вагітності, з урахуванням перебігу вагітності.

У таблиці 2 представлені показники вираження емоційних проявів тривоги та депресії у жінок через 1 та 3 місяці після пологів.

Таблиця 2

№ п/п	Емоційний стан	1 місяць після пологів	3 місяці після пологів
		%	%
1	Тривога	7,64	4,7
2	Депресія	4,6	2,3

Аналіз отриманих результатів дослідження емоційних проявів тривоги і депресії у жінок через 1 та 3 місяці після пологів свідчить про зменшення їх рівня: тривога зменшилась на 2,94 %; депресії на 2,3 %.

Зауважимо, що високий рівень показників тривожного стану виявлявся наявністю напруженості, занепокоєння, проявом тривожності за дитину та взаємини з чоловіком. Матері відзначили самотність у догляді за дитиною, недостатню допомогу по домашніх і виховних справах з боку партнера. Жінки вказали про невиправдані очікування щодо спільних взаємодій мати дитина-батько після пологів. Отже, аналіз даних показує, що через 3 місяці після народження дитини прояви тривожного та депресивного станів зменшуються.

Результати діагностики жінок у післяпологовий період за «Методикою самооцінки психічних станів» (Г. Айзенка) свідчать про те, що високу тривожність після 1-ого місяця після пологів мають 58,1 % досліджуваних, високий рівень фрустрації (низька самооцінка, уникнення труднощів, боязнь невдач, фрустрованість) мають 28,5 % жінок, агресивність – у 8,2 %, ригідність – у 5,2 % досліджуваних жінок; після 3-ого місяця після пологів показники змінилися: високу тривожність мають 21 % досліджуваних, високий рівень фрустрації (низька самооцінка, уникнення труднощів, боязнь невдач, фрустрованість) мають 11,5 % жінок, агресивність – у 8,2 %, ригідність – у 1,2 % досліджуваних жінок.

Таким чином, важливою умовою для комфортного та спокійного протікання післяпологового періоду, успішної адаптації жінки до системи «мати-дитина», піднесеного та урівноваженого психоемоційного стану є участь у заходах медико-психологічної підтримки разом із чоловіком для жінок з порушенням

емоційної сфери в період вагітності. Участь у психопрофілактичній роботі після пологів для жінок з пригніченим емоційним станом і з вираженим фрустраційним навантаженням не дає такого задовільного самопочуття та оптимального психоемоційного стану.

Отже, щоб уникнути виражених і затяжних порушень психоемоційного стану і більш дієвого способу адаптації матері після пологів, необхідна участь сімейної пари в комплексній системі медико-психологічної підтримки в період вагітності, яка охоплює всі триместри вагітності і розглядає не окрему жінку, а сім'ю в цілому, і має індивідуальний підхід до кожної вагітної, дозволяючи провести корекцію можливих відхилень протягом найважливішого періоду в житті жінки.

Аналіз результатів на основі використання Шкали Занга для самооцінки депресії (адаптована Т.І. Балашовою) та її аналіз, згідно діагностичним критеріям: 20–49 балів – стан без депресії, 50–59 балів – легка депресія, 60–69 балів – помірна депресія та понад 70 балів – важка депресія, дає підстави стверджувати, що у 92,6 % досліджуваних після 1-ого місяця після пологів показники були у діапазоні 20–49 балів, що свідчило про відсутність психопатологічних проявів депресивного стану. Лише у 7,4 % досліджуваних рівень депресії (РД) знаходився в межах діапазону 50–59 балів, що свідчить про легку (субклінічну) депресію ситуативного або невротичного генезу.

Після 3-ого місяця після пологів показник легкої (субклінічної) депресії ситуативного або невротичного генезу зменшився з 7,4 % до 1,5 %.

Оцінка рівня ситуативної тривожності (СТ), а також особистісної тривожності (ОТ) проведена за методикою самооцінки за Спілбергером (С.D. Spielberger), яка адаптована Ю.Л. Ханіним, показала, що особистісна тривожність (ОТ) у досліджуваних після 1-го місяця після пологів знаходиться на середньому рівні (43 бали), ситуативна тривожність (СТ) – 35 балів, теж на середньому рівні. Аналіз результатів оцінки ОТ дозволили встановити, що у досить незначного відсотка досліджуваних (2,7 %) мав місце низький (30 балів) рівень ОТ.

Повторне діагностування після 3-го місяці після пологів виявив зменшення рівня особистісної тривожності (ОТ) до низького рівня (середній бал – 28 балів), та зменшення показника ситуативної тривожності (середній бал – 20 балів).

Аналіз тривожності за шкалою «нейротизм – емоційна стабільність» на основі опитувальника EPQ Г.Ю. Айзенка встановити індивідуальну ретенцію субклінічних рівнів тривоги при рутинному стресі. Враховували такі психічні властивості, як нейропсихічна лабільність, екстраверсія та психотизм, а також наявність рис особистості таких, як емоційно-вольова стабільність і віднесення до класичних типів темпераментів []. У контексті дослідження важливим вважали визначення психофізіологічних та персонологічних констант – пропорції сили збудження та гальмування нервових процесів, що денотовано у рамках класичних типів темпераменту, афективно-мотиваційних характеристик особистості (комунікативно-поведінкових шаблонах – інтро- та екстраверсії), та схильність до презентації патологічних патернів психічного реагування, що у психодіагностичному дискурсі отримало номінацію «психотизм».

Результати після 1-го місяця після пологів вказують, що середні показники за шкалою інтроверсія – екстраверсія склали 13,21 бали, нейротизм – 12,45 бали, психотизм – 3,39 бали, а показник за шкалою брехні – 11,21 бали. Слід зауважити, що оцінка за шкалою брехні не є свідченням особистісної характеристики, а більшою мірою вказує на нещирість у відповідях досліджуваних.

Порівнюючи отримані результати за шкалою інтроверсія – екстраверсія та за шкалою нейротизм (емоційна стійкість – нестабільність), є можливість оцінити темперамент вагітних як пропорцію психофізіологічних констант. Згідно «кола Айзенка» серед 4 основних типів темпераменту відповідність сангвініку зустрічалась з найбільшою частотою та встановлена у 35,5 % обстежених. Холеричний темперамент виявлено у 24,0%, меланхолічний – у 22,4 % та флегматичний – у 18,1 %. Серед досліджуваних превалювали екстраверти, що склало 59,4 %. Відповідно, 40,6 % жінок відповідали критеріям інтроверсії. За шкалою нейротизм встановлено, що 46,4 % досліджуваних були емоційно

нестабільними. За шкалою психотизм – у всіх жінок показники знаходилися в межах середніх значень. Слід зазначити, що кореляційних взаємозв'язків між показниками за результатами опитувальника EPQ Айзенка, встановлено не було.

Результати після 3-го місяця після пологів вказують, що показники за шкалою нейротизм склав 6,15 балів, психотизм – 1,12 балів, а показник за шкалою брехні – 6,05 бали. Отримані результати свідчать про зменшення показників нейротизму та психотизму.

Досить часто в психологічних дослідженнях матерів ігнорується характер шлюбних відносин та їх «задоволеність» шлюбом, які пов'язані з його стабільністю. В основі опитувальника задоволеності шлюбом (В.В. Столін та співавт.) лежить уявлення про шлюб, як достатньо стійке емоційне явище, що є важливим у контексті даного дослідження. Опитування за даною методикою, дозволило встановити, що 80,04 % жінок задоволені шлюбом. В 14,8 % випадків значення мали перехідні показники. До неблагополучної сім'ї, за результатами опитування, слід віднести 5,2 % матерів. Такі результати свідчать, що переважна більшість жінок-матерів задоволена шлюбом та оцінюють свою сім'ю благополучною.

### 2.3. Когнітивно-поведінкова психотерапія післяпологових емоційних станів у жінок

Останні дослідження поділяють когнітивно-поведінкову психотерапію післяпологової депресії на 3 фази: рання фаза, середня фаза та пізня фаза:

1. Рання фаза. Це початок психотерапії і може тривати від одного до трьох сеансів (але при потребі може тривати і довше). Вона включає:

- збір інформації;
- психоедукацію щодо КПТ та післяпологової депресії;
- виявлення перешкод для участі у психотерапії;
- визначення попереднього списку проблем;
- побудова формулювання та циклів;
- розробка плану лікування;
- практикування ранніх технік, які полегшують дистрес і які також будуть практикуватися далі на наступному етапі лікування;
- мотиваційне інтерв'ю;
- оцінка рівня суїцидальності;
- при потреби консультація психіатра із залученням медикаментів;
- побудова терапевтичного стосунків.

Психотерапевтична роботи з жінками в перинатальному періоді, це баланс між структурою, плануванням та роботою «тут і зараз». Багато жінок перелякані, відчувають себе не схожими на інших, деколи з відчуттями, що завдадуть шкоду дитині, яка повністю залежить від них. Більшість мають проблеми зі сном, що в свою чергу впливає на концентрацію уваги. Багато хто впадає у відчай, вірячи, що їм судилося жити життя, поглинене тривогою та зниженим настроєм. Вони шукають підтримки, настільки ж, наскільки вони шукають інструменти для управління своїми емоційними переживаннями.

2. Середня фаза. Середня фаза це місце, коли відбувається «дія». Проте жодна середня фаза лікування не виглядає однаково для двох клієнтів. Ця фаза включає когнітивні та поведінкові техніки:

- поведінкова активація, планування діяльності на основі мотивації та цінностей;
- ранні когнітивні стратегії, серед яких дистанціювання від думок;
- ідентифікація та робота за допомогою когнітивних технік та поведінкових експериментів;
- техніки вирішення проблем та прийняття рішень;
- робота з надмірними переживаннями та непереносимістю невизначеності;
- навчання навичкам.

3. Пізня фаза. Це фаза, коли клієнти досягли значних успіхів, і їх емоційний розлад зменшився. Зі стадії «дії» вони переходять у стадію «підтримання змін», тобто вони демонструють стійкий успіх у здійсненні позитивних змін у своєму житті і мають навички когнітивних та поведінкових технік. Цілями пізнього етапу лікування є закріплення навиків, підвищення ймовірності того, що вони зможуть застосовувати когнітивні та поведінкові інструменти та принципи у своєму житті після закінчення терапії, а також розроблення плану профілактики рецидивів та зниження ризиків рецидиву.

У процесі завершення терапії, може бути доєднаний ще один етап визначення та зміна глибинних переконань та правил життя в міру необхідності. Розглянемо деякі з основних технік, які застосовуються на різних етапах.

Терапевтичні відносини та психоедукація. Для того, щоб терапія була успішною, повинні бути встановлені міцні терапевтичні стосунки. Жінки із післяпологовою депресією, шукають «ліків» від емоційних переживань. Тому терапевтичні відносини містить почуття турботи, співчуття та близькості. Терапевт має важливе завдання культивувати та підтримувати терапевтичні відносини, одночасно балансує на когнітивно- поведінкових втручаннях, при цьому підтримуючи належні професійні межі та забезпечуючи турботу про клієнта.

Основні ключові аспекти терапевтичних відносин включають емпатію, співпереживання, теплоту, справжність, узгодження цілей, співпрацю та підтримку. Для жінок з післяпологовою депресією терапевтичні відносини надзвичайно важливі, адже вони часто відзначають надмірну самокритичність,



провину та почуття невдачі. З іншої сторони це важливо, тому, що матері забезпечують прийняття, піклування та терпіння до своїх новонароджених дітей, а дуже часто вони самі цього потребують.

Таким чином, для терапевтів-психологів надзвичайно важливо створити безпечне середовище, яке характеризується взаємною повагою та безумовним прийняттям. У багатьох випадках перинатальні жінки вважають терапевтичні відносини найбільш довірливими стосунками у їхньому нинішньому житті.

Один із важливих пунктів це обґрунтування втручань, та розуміння того, що з цими проблемами можна справитися. Цей останній момент особливо актуальний, тому що жінки часто заявляють, що їхнє життя змінилося назавжди і що вони не можуть уявити, що знову почуватимуться «нормальними». Більшість жінок із післяпологовою депресією відчують полегшення, коли терапевт може представити та надати досвід у лікуванні, а також конкретні стратегії втручання, нормалізацію їхнього стану, та статистичні дані.

Часто жінки заявляють, що вони почувуються самотніми та, що інші не розуміють їх та їх психологічного стану. Це відчуття ізоляції насправді може підсилити негативні думки та ще більше посилити їхні страждання. Терапевт являє собою модель безумовного прийняття, а також безпечне місце для жінки, щоб розкрити свої найболючіші думки. Плюс на цьому етапі також важливе залучення близьких для розуміння того, що відбувається з жінкою. Часто жінки налякані та невпевнені в собі, ніж будь-коли у своєму житті. Вони твердо переконані, що вони погані матері або слабкі за характером. Їм важко визнати, що це симптоми, які усуваються при лікуванні, а не вираження того, ким вони є. Один із ключових етапів психоедукації це пояснення симптомів, і також те що вони можуть підходити до терапії у своєму власному темпі і що вони перебувають у середовищі, в якому вони можуть розраховувати на підтримку, емпатію та розуміння. Хоча встановлення надії є важливою складовою встановлення терапевтичних стосунків на початку терапії, важливо утриматися від надмірного ентузіазму та оптимізму.

Більшість жінок в післяпологовому періоді втомилися і недосипають, і надмірний ентузіазм може здатися їм занадто великим. Крім того, деякі клієнти мають негативні реакції на вираження оптимізму, трактуючи це як визнання недійсним або як ознаку того, що терапевт не оцінює труднощів, які вони відчують. Таким чином терапевт врівноважує визнання справжніх проблем клієнтів, залишаючи простір для втручання.

Когнітивні техніки. Жінки із післяпологовою депресією часто висловлюють велику кількість негативних і безпорадних думок про себе, батьківство, подружжя чи партнера. Спроба реструктуризувати думки може здатися для клієнта мікроуправлінням, і це може перервати хід думок. Перший крок у процесі когнітивної реструктуризації - ідентифікація автоматичних думок. Потім пошук реалістичних та більш адаптивних думок, що має вирішальне значення, щоб допомогти клієнтам сповільнитися, перервати шквал катастрофічних думок, які можуть їх переслідувати, і розпізнати ключові думки, що підживлюють їх емоційний дистрес. Цю техніку можна виконувати за допомогою стандартного бланку.

Проте з іншого боку, багато жінок зазначили, що їм надто складно вести постійний запис думок між сесіями. Вони мають проблеми із запам'ятовуванням, куди поклали аркуш. Немовля не дає змогу записувати, чи вони не можуть заповнити аркуш у темряві, коли годують своїх дітей. Це перешкоди, які можуть стояти на шляху цієї техніки, проте терапевти повинні творчо розробляти зручні способи для жінок, які вони можуть використати у повсякденному житті. Наприклад – флеш-карта, яка містить коротке нагадування про плоди терапевтичної роботи, яка містять переконливі збалансовані відповіді на автоматичні думки. Це може бути картка з 3-5-ти або просто аркуш паперу, де клієнти можуть написати свою оригінальну автоматичну думку, а також зважену відповідь. Потім їм пропонується тримати цю картку в легкодоступному місці (наприклад, в сумці для підгузників) та повертатися до неї.

Поведінкова активація. Жінкам які страждають на депресію, не вистачає енергії, їм бракує мотивації, та важко отримувати задоволення від речей, якими

вони раніше користувались. В результаті вони ізолюються. Вони відкладають турботу про себе маючи в пріоритеті турботу про дитину та сім'ю. Чим більше незавершених завдань нагромаджується, тим більше пригнічені, зневірені вони стають. Жінки після пологів часто прокидаються кілька разів за ніч, доглядаючи за своїми немовлятами, це порушує їх сон.

Іншими словами, вагітність та післяпологовий період - це час, коли жінкам не вистачає енергії та важко виконувати звичну діяльність просто через складну життєву ситуацію. А коли це в поєднанні з депресією, наслідки можуть бути величезними. Поведінкова активація відноситься до методу, який допомагає жінкам із післяпологовою депресією активно брати участь у своєму житті та долати моделі уникання та відкладання. Проте важливо розуміти, є певні речі, які відрізняють поведінкову активацію при депресії від поведінкової активації при післяпологовій депресії.

Багато звичної діяльності може бути складною для жінок з маленькими дітьми, особливо для жінок в перші тижні після пологів. Їм надзвичайно важко фіксувати, що робиш кожну годину дня. Тому стандартний погодинний бланк використовувати не варто. Деякі жінки забувають про запис своєї діяльності. Інші жінки просто занадто поглинені доглядом за дитиною, щоб додати ще одне завдання до свого списку. Тому терапевти повинні бути креативними у розробці способу, щоб дані про активність могли бути зібрані таким чином, що не перевищує потреби їхніх клієнтів. Більше того, жінки з немовлятами та маленькими дітьми стикаються з додатковою реальністю, що майже неможливо запланувати діяльність у певний час, враховуючи непередбачуваність маленьких дітей та їх потреби, а також непередбачуваність рівня їх енергії та потреби у сні. Тому терапевти можуть застосувати «гнучкий графік», таким чином, щоб клієнти визначали загальні часові рамки, в які вони беруть участь у діяльність (наприклад, «вівторок вранці» або «субота вдень»), а також «резервні плани», якщо вони не в змозі здійснити цю діяльність у широкі часові рамки, які вони спочатку визначили.

Використання «резервного плану» - це спосіб мати невеликий список резервних заходів, з яких можна вибирати протягом запланованого часу, щоб реалізація діяльності могла бути досягнута навіть тоді, коли певні фактори можуть заважати. Інший спосіб це градуйоване завдання. Жінки у цьому періоді часто настільки виснажені, що навіть найпростіші завдання здаються їм страшними та неможливим.

Градуйоване призначення завдань - це поведінкова стратегія активації, при якій клієнти набувають навичок розбивати завдання на дрібніші частини. Багато жінок настільки пригнічені, що вони зменшують виконання базових потреб (сон лише кілька годин на день; душ лише епізодично; погане, нерегулярне харчування). Тому важливо мати в арсеналі наступні запитання, щоб оцінити, наскільки клієнти дотримуються основних аспектів базової самотурботи:

1. Скільки годин та разів ви спите протягом доби?
2. Під час того, як дитина заснула, чи лягаєте ви також спати?
3. Що (крім годування дитини) заважає вам спати вночі?
4. Скільки разів на день ви їсте?
5. Що ви їсте?
6. Скільки днів на тиждень ви приймаєте душ?

Задаючи ці та будь-які інші питання щодо базової самотурботи, терапевт починає виявляти нездорові звички, які можуть погіршити клінічну картину клієнта. Модифікація цієї поведінки щодо базової самотурботи відбувається не за один день, особливо для новоспеченої матері, яка вже перевантажена і недосипає. Більше того, важливо мати реалістичні сподівання, оскільки годуюча матір буде мати перерваний сон.

Частина планування занять може включати правило «вибрати щось одне і спробувати це втілювати в життя», наприклад, приймати душ. Один з найкращих підходів це включити це в планування діяльності. Також у середню фазу можуть входити:

- навички давати раду з надмірною тривогою;
- техніки mindfulness;

- техніки розслаблення м'язів;
- робота із злістю;
- робота з переживаннями, фільтром катастрофізації та непереносимістю невизначеності;
- техніка вирішення проблем та прийняття рішень.

Техніка вирішення проблем. Проблеми неминучі в житті, і особливо вони часто зустрічаються в періоди батьківства. Жінки у цьому періоді часто описують безліч проблем, з якими вони стикаються, наприклад:

- «як правильно доглядати за дитиною?»;
- «коли я повернуся на роботу?»
- «як поводитися зі свекрухою, котра дає поради?»
- «що робити з дитиною, яка плаче?».

Жінки часто перевантажені і не знають, з чого почати. Вони відчайдушно шукають «правильних» рішень своїх проблем, бо бояться, що тоді вони не будуть «хорошою матір'ю». Відповідно на цьому етапі терапевт допомагає своїм клієнтам набути навичок вирішення проблем - взяти на себе рішення однієї або кількох проблем, які будуть вживатися в проміжки між сесіями, та реструктуризувати будь-які негативні думки про проблеми або власні навички вирішення проблем, які потенційно можуть заважати виконання рішення проблеми.

Міжособистісні стосунки. Часто жінки у цьому періоді відчувають ізоляцію. Вони цілодобово доглядають за дитиною, і часом ніхто з їх оточення ще не йшов шляхом материнства. Їм ще не вдалося звикнути до рутини, коли всі інші навколо, здається, зайняті своїми справами. Дослідження показують, взаємозв'язок між післяпологовою депресією, тривожністю та соціальною підтримкою, або відчуттям того, що ви є частиною турботливої мережі близьких, які надають допомогу, коли це необхідно.

Ще 30 років тому дослідження продемонстрували, що через 8 тижнів після пологів низький рівень соціальної підтримки зумовлює значні відмінності у післяпологовій депресії. Мабуть, найбільший тип соціальної підтримки,

необхідний в даний період це підтримка або відчутна допомога інших людей, щодо домашніх справ та часу на особисту турботу. Сюди відносять техніки навчання навикам комунікації, асертивного спілкування, а також встановлення відповідних меж та рамок.

Конфлікти у подружніх стосунках. Перинатальний період може бути часом, коли виникають суперечки щодо ролей, розчарування з приводу наданої чи отриманої підтримки та відповідно мало часу для стосунків з партнером. Відповідно дуже важливо залучення чоловіка до декількох парних консультацій. Також один із ефективних способів це збільшення спільного часу. Незважаючи на те, що важливо мати реалістичні сподівання щодо кількості часу, який новонароджена дитина дозволить їм мати, клієнти часто виявляють, що завдяки певній креативності вони здатні збільшити кількість якісного часу, який вони проводять із партнером. Навички вирішення проблем дають клієнту простір для мозкового штурму та способів знайти час, щоб провести його зі своєю дружиною чи партнером. Якщо неможливо знайти час без дітей, клієнти можуть використовувати цей час спільних занять, що сприяють відчуттю зв'язку, а не присвячувати вільний час виключно домашнім справам.

Підтримання дружніх стосунків. Нерідкі випадки, коли перинатальному періоді жінки повідомляють про розрив зв'язку з деякими своїми друзями, особливо друзями без дітей, після народження дитини. На цьому етапі - відновлення дружніх стосунків, пошук інших спільних сфер.

Пізній етап, який включає профілактику рецидивів. Як зазначалося раніше, основною метою пізнього етапу лікування є профілактика рецидивів, коли клієнт переглядає все, що дізналася в процесі лікування, і демонструє собі та терапевту, що може застосовувати ці навички у разі потреби. Трьома основними компонентами запобігання рецидивам є: консолідація навчання; застосування навичок до майбутніх стресових факторів, викликів та розчарувань; розробка плану запобігання рецидивам.

## Висновки до другого розділу

Встановлено, що порушення психоемоційного стану у вагітних характеризуються значним відсотком наявності середнього/високого рівня особистісної (97,2 %) і ситуативної (74,8 %) тривожності, статистично достовірним ( $p < 0,05$ ) зростанням рівня нейротизму і зниженням самопочуття, активності та настрою, а також показників, які характеризують оптимальний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Перманентний стан підвищеної тривожності може призводити до глибоких особистісних змін і перетворень, тому дуже важливо виявити причини виникнення, щоб нормалізувати сприятливий перебіг вагітності як вагомої запоруки вдалого народження здорового потомства. Доволі часто значна кількість вагітних жінок трансформаційного соціуму неспроможна впоратися зі своїми тривожними думками і страхами, що суттєво погіршує ситуацію вагітності, адже відбувається розбалансування афективних психостанів, а це дуже негативно впливає на здоров'я матері та майбутньої дитини. Стабілізація психоемоційної сфери та зниження рівня тривожності є важливим завданням для кожної сім'ї, яка очікує народження дитини, а також для всіх фахівців медико-психологічних професій, які супроводжують цей складний процес. Необхідність задіяння ревіталізаційних психотехнологій для зниження негативного впливу на вагітну жінку різномодальної тривожності є нагальним завданням сучасної психологічної науки.

## ВИСНОВКИ

Констатовано, що материнство в структурі потребнісно-мотиваційної сфери особистості, з еволюційної точки зору, є варіантом більш загальної материнської сфери, яка сама входить у склад репродуктивної сфери. Материнська ідентичність є психологічним новоутворенням розвитку материнської сфери на етапі першої вагітності та взаємодії з власною дитиною. Вона виступає ядром материнської сфери і водночас одним із ключових аспектів формування особистісної ідентичності жінки. Несформованість, дифузність материнської ідентичності негативно відображається на психологічній готовності жінки до пологів та протікання післяпологового періоду.

Здійснений теоретичний аналіз проблеми тривожності, фрустрованості і невротизації вагітних жінок різного віку в науково-психологічній літературі дав цілісне уявлення про змістово-функціональну сутність досліджуваних феноменів. Різноманітне коло психоемоційних переживань супроводжує психогенезу жінки на етапі вагітності, будучи як потужним мотиватором її діяльності й комунікації з мікро- і макродовкіллям, так і виступаючи іноді складним блокатором самореалізації. Тривалі негативні психічні стани здійснюють несприятливий і деструктивний вплив на життєдіяльність жінки, яка перебуває у стані вагітності. Базовою симптоматикою є погіршення самопочуття на психофізіологічному й особистісному рівнях, прояви неефективних патернів поведінки, ускладнення й неадекватність самооцінки, підвищена конфліктність і вразливість, надмірне застосування психозахисту тощо. Тривожність і фрустрованість вагітної жінки зумовлені насамперед переживаннями, які охоплюють її через хвилювання за здоров'я дитини та власний психофізичний стан, а також у зв'язку зі змінами в усвідомленні нею власної статевої ролі в структурі жіночої тілесної ідентичності. Несподівана, незапланована, пізня вагітність, різномодальні побоювання й страхи за сприятливий перебіг вагітності, тривожно-фрустраційне очікування і боязнь пологів та інші проблеми



істотно підвищують нервово-психічну напруженість і загальний рівень невротизації вагітної жінки.

Негативний вплив на її психофізичне здоров'я мають також соціальні чинники, зокрема матеріальні проблеми і конфліктне, кризове спілкування у мікрокліматі дисгармонійної сім'ї. Загалом, виокремлено широке детермінаційне тло підвищеної невротизації вагітної жінки, що дратує та виснажує як її, так і майбутню дитину: від раннього токсикозу і надмірної роботи з комп'ютером до проблем з розладами адаптації до нового образу «Я» та неспроможності виробити продуктивну Я-концепцію. Наголошено на необхідності фахового медико-психологічного супроводу вагітних жінок з метою зниження загальної стресогенності, підвищеного рівня тривожності, фрустрації і невротизації та забезпечення успішного перебігу вагітності й пологів.

Згідно з отриманими результатами можна зробити висновок, що важливим фактором, що впливає на піднесене емоційне стан та самопочуття, є участь подружньої пари у психопрофілактичній, психоосвітній, психотерапічній та психокорекційній роботі саме в період вагітності, тобто медико-психологічний супровід сім'ї від першого триместру вагітності до пологів. Достатньо ефективною, але менш впливовою є психопрофілактична робота з матерями в ранньому післяпологовому періоді.

Важливою умовою є індивідуальний підхід у виборі методів медико-психологічної роботи. Отримані результати експериментального наукового дослідження про динаміку змін психоемоційного стану після народження дитини в аспекті взаємодії системи «мати-дитина» залежно від перебігу вагітності та участі в психокорекційних та психопрофілактичних заходах у період вагітності та після народження дитини дають основу визначення стану подружніх відносин та материнсько-дитячої взаємодії.

Встановлено, що основними умовами позитивного перебігу післяпологового періоду є психологічна готовність до материнства, прийняття нової соціальної ролі матері та готовність сім'ї до народження нового її члена. Основними

стратегіями психологічної допомоги жінці слід вважати довгострокові програми психологічного супроводу, в яких одним з головних завдань діяльності психолога є підготовка жінки до пологів, а також реалізація експрес-програм, спрямованих на забезпечення такої підготовки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко В. В. Перинатальна психологія: теорія, методологія, досвід. П.: ІнтелТек, 2004. 350 с.
2. Абрамченко В. В. Психічні стани при нормальному та ускладненому перебігу вагітності. Перинатальна психологія та медицина: збірник матеріалів конференції з перинатальної психології. К., 2001. С. 24–28.
3. Батуєв А. С. Виникнення психіки в допологовий період: короткий огляд сучасних досліджень. *Психологічний журнал*. 2000. Т. 21. № 6. С. 51–56.
4. Бачеріков О.М. Вплив депресивного розладу матері на сімейне функціонування та психоемоційний розвиток дитини. *Медична психологія*. 2008. № 4. С. 13–16.
5. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребностно-мотиваційної сфери особистості жінки. *Архів психіатрії*. 2013. № 1. С. 120
6. Божук О. А. Особливості особистісних рис жінок із фізіологічним перебігом вагітності у світлі їх медико-психологічного супроводу. *Медична психологія*. 2015. № 3. С. 57–61.
7. Брутман В., Філіппова Г. Г., Хамітова І. Ю. Динаміка психологічного стану жінок під час вагітності та після пологів. *Питання психології*. 2002. № 1. С. 59–68.
8. Вознесенська Є. Л., Голубєва Є. Вагітність та пологи як екзистенційна подія в житті сім'ї. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. статей. Київ: Міленіум, 2005. Вип. 11(14). С. 91–103.
9. Володін Н. Н. Перинатальна психологія та психіатрія. У 2 т. Т. 1: навч. Посібник / під ред. Н. Н. Володіна, П. І. Сидорова. М.: Видавничий центр «Академія», 2009. 304 с.
10. Голубєв М. В. Страхі вагітних. *9 місяців*. 2005. № 2. URL: [http://therapeutic.ru/pregnancy\\_fear](http://therapeutic.ru/pregnancy_fear) (дата звернення: 28.03.2022).
11. Даниленко Н. Формування психологічної готовності жінки до материнства : автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.04 «Медична

- психологія». Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2007. 19 с.
12. Дармостук Н. В. Статеворольові чинники формування психологічної готовності до материнства: автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харківський національний ун-т. Харків, 2011. 23 с.
  13. Добряков І. В. Перинатальна психологія. К.: Навчальна література, 2009. 234 с.
  14. Залевський Г. В., Мамишева Н. Л., Шелехов І. Л. Дослідження сюжетного змісту сновидінь вагітних жінок. *Психологічний журнал*. 2004. № 20. С. 105–108.
  15. Князева А. П. Порівняльний аналіз афективного та поведінкового компонентів материнської ідентичності матерів здорових дітей та дітей з патологією розвитку. *Педагогічний вісник*. 2009. № 4 (61) С. 173–177.
  16. Коваленко Н. П., Смагін С. Ф. Нервово-психічні розлади у жінок до та після пологів. Збірник матеріалів конференції з перинатальної психології. 2001. С. 173.
  17. Кожина А. М. Стан психічного здоров'я дітей, які проживають в умовах материнської депривації. *Медицина сьогодні та завтра*. 2009. № 2. С. 92–96.
  18. Коренева Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. № 32. С. 149–161.
  19. Кочарян А. С. Особливості структури материнства у вагітних жінок з різним типом ролевої ідентичності. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2010. № 902. Вип. 43. С. 104–107.
  20. Купченко В. Є. Психологія вагітності: основні напрямки дослідження. *Вісник Миколаївського ун-ту. Серія «Психологія»*. 2007. № 1. С. 30–34.

21. Леус Т. В. Уявлення жінки про себе як про матір до і після пологів. *Перинатальна психологія та психологія батьківства*. 2006. № 1. С. 114–122.
22. Мамишева Н. Л., Шелехов І. Л. Материнство у дзеркалі невротичного конфлікту. *Вісник Томського державного педагогічного університету*. 2005. Випуск 1(45). Серія: Психологія. С. 91–94.
23. Мещерякова С. Ю. Психологічна готовність до материнства. *Питання психології*. 2000. № 5. С. 18–27.
24. Мурашко О. А. Перинатальна психологія. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2004. № 1. С. 27–30.
25. Мурашко О. А. Психологічні особливості проживання вагітності. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2004. № 2. С. 21–24.
26. Мухамедрахімов Р.Ж. Взаємодія та прихильність матерів та немовлят груп ризику. *Питання психології*. 1998. № 2. С.18–33.
27. Муханова І. Ф., Ігнатова С. В., Луньов В. Є. Психологія вагітної жінки. Макіївка: Поліпрес, 2009. 434 с.
28. Нечаєва М. А., Берєбін М. А. Класифікація та психологічна діагностика ставлення до вагітності. *Вісник ЮУрГУ. Серія: Психологія*. 2010. № 17. С. 33–38.
29. Нечаєва М. А., Рибалова Л. Ф., Штрахова А. В. Психологічні фактори онтогенезу материнської сфери, внутрішньої картини вагітності та перинатального розвитку. Ч.: Вид-во ЮУрГУ, 2005. 59 с.
30. Овчарова Р. В. Психологічне супроводження батьківства. К.: Вид-во Інститут психотерапії, 2003. 319 с.
31. Перун М. Стадії розвитку материнства: психосоціальний аспект. *Вісник Львів. ун-ту*. 2009. Вип. 12. С. 225–234.
32. Психологія та психоаналіз вагітності. Хрестоматія / ред.-упоряд. Д. Я. Райгородський. Самара: Бахрах-М, 2013. 784 с.
33. Психологічна адаптація жінок під час вагітності та після пологів / А. М. Рибалка та ін. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2011. №3 (42). С. 45–49.

34. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології: психологія особистості. Психологічна допомога особистості.* / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. Київ, 2011. Т. 11, Вип. 4. С. 178–185.
35. Терещенко Н.М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. Харків, 2003. 19 с.
36. Труфанова Н. Г. Фізіологічна модель стресу очікування у жінок. *Вісник РДМУ: Періодичний медичний журнал.* 2010. Спеціальний випуск № 2. С. 494.
37. Радостєва А. Г. Вплив сімейних відносин на батьківські настанови. *Фундаментальні дослідження.* 2013. № 8. С. 1238–1242.
38. Романій І. Страху під час вагітності. URL: <http://beremennost.net/strakhi-vo-vremya-beremennosti> (дата звернення: 28.03.22)
39. Рудіна Л. М. Індивідуально-психологічні особливості адаптивності жінок до стану вагітності: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, психологія особистості, історія психології». Інститут психології ім. Г.С. Костюка. К., 2003. 21 с.
40. Філіппова Г. Г. Психологічна діагностика готовності до пологів. *Журнал акушерства та жіночих хвороб.* 2011. Т. 60, № 3. С. 138–145.
41. Філіппова Г. Г. Психологія материнства. К.: Вид-во Інституту психотерапії, 2002. 240 с.
42. Філіппова Г. Г. Розвиток материнської поведінки в онтогенезі. *Психологія сьогодні.* 1996. Вип. 3. С. 36–38.
43. Чумакова Г. Н., Щукіна Є. Г., Макарова А. А. Вплив тривожності за дитину під час вагітності на особливості материнської поведінки та окремі стани дитини в період дитинства. *Перинатальна психологія та психологія батьківства.* 2006. № 1. С. 85.

44. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок: автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія. Історія психології». Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2010.
45. Шмуклер А. Б. Психози вагітності: огляд літератури. *Проблеми репродукції*. 1995. № 2. С. 19–22.
46. Яремчук Н. В. Проблема материнства у психологічних дослідженнях. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2009. № 1. С. 258–265.
47. Altmann J. Life span aspects of reproduction and parental care in anthropoid primates. *Parenting across the life span. Biosocial dimensions*. NY, 1987. p. 16.
48. Arthur Kemp. *March of the Titans. A History of the White Race*. USA, Ostara Publications, 1999, 2001 (Інтернет-версія: [www. White-history. com](http://www.White-history.com)).
49. Balicki J. Kazanie podczas Mszy Świętej na Kongresie... *Międzynarodowy Kongres o Godność Macierzyństwa*, 2001. С. 130–131.
50. Gatchel R. J. *An introduction to health psychology* / Robert J. Gatchel, Andrew Baum, David S. Krantz. 2nd. ed. Originally published: New York: Random House, c1989. 1993. 394 p.
51. Figueiredo B., Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3–months postpartum. *Arch. Womens Ment. Health*. 2011. № 14 (3). P. 247–255.
52. Trivers R. L. Parental investment and sexual selection. *Sexual selection and the descent of men*. Ed. by B. Campbell. Chicago, 1972. p. 139.
53. Rogers C. R. What understanding and acceptance mean to me. *Journal of Humanistic Psychologist*. 1995. Vol. 35. P. 7–22.
54. Role of oxidative stress and antioxidant supplementation in pregnancy disorders / L. Poston et al. *Am. J. Clin. Nutr.* 2011. Vol. 94. P. 1980-85. doi: 10.3945/ajcn.110.001156.
55. Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire / Z. M. Pirimoglu et al. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 37, N 1. P. 56–59.

56. Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression / L. E. Navarrete et al. *Rev. Invest. Clin.* 2012. Vol. 64, N 6. Pt 2. P. 625–633.
57. Prevention of childhood injuries: evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP) *Public Health* 1992 / C. Caplan, B. Guyer, S. S. Gallagher et al. *Psychiatry Relation Science*. 2002. Vol. 79 (11). P. 1521–1527.
58. Slattery D. A., Neumann I. D. No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. *J. Physiol.* 2008. Vol. 586, N 2. P. 377–385.
59. Wilczek M. Macierzyństwo istotą powołania kobiety. *Międzynarodowy Kongres o Godność Macierzyństwa* / red. E. Kowalewska. Warszawa, 1998. 60 c.
60. Zimring F. Something about the therapist / Ed. Corsini R. Five therapists and a client. New-York: Peacock Publ., Inc., 1991. P. 59–96.