

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

КОРЕНЄВА ЮЛІЯ ПЕТРІВНА

УДК 159.942.5:618.2-055.2(053.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ТРИВОЖНІСТЬ І ФРУСТРОВАНІСТЬ ЯК ЧИННИКИ
НЕВРОТИЗАЦІЇ ВАГІТНИХ ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ**

19.00.01 «Загальна психологія, історія психології»

Галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки / 053 – Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Науковий керівник : **Гошовський Ярослав Олександрович**, доктор
психологічних наук, професор

Луцьк – 2019

АНОТАЦІЯ

Коренєва Ю.П. Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології (053 – Психологія). – Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, 2019; Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк, 2019.

Дисертаційна робота присвячена вивченню психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку. Вагітність розглядається як особливий психофізичний стан, який у континуумі «здоров'я-хвороба», по суті, є проявом специфічного третього стану, ускладненого численними афективними випробуваннями і переживаннями. Висвітлено основні наукові підходи, здійснено теоретичне вивчення, розкриті сутнісні ознаки і смислово-функціональні особливості тривожності, фрустрованості й невротизації як значущих афектних психостанів, які в цілому несприятливо впливають на психофізичне здоров'я майбутньої матері і пренейта. Проаналізовано феномен тривожності, який презентує рівень та інтенсивність психоемоційної реакції особистості на реальну або уявлювану загрозу й небезпеку, висвітлено специфіку тривожності у жінок під час вагітності. Констатовано, що фрустрація як особливий психічний стан проявляється у психогенезі вагітної жінки в почуттях тривоги, гнітючого неспокою, інколи навіть відчаю. Розкрито особливості невротичного ставлення до материнства й ускладнених тривожних і фрустраційних психостанів вагітних жінок. З'ясовано, що у вагітних жінок наслідками впливу тривожності, фрустрованості і невротизації 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 та структури жіночої тілесної ідентичності. Встановлено, що несподівана, незапланована, пізня вагітність, різномодальні побоювання й острахи за несприятливий перебіг вагітності, тривожно-фрустраційне очікування і боязнь пологів та інші сімейні й матеріально-побутові проблеми істотно підвищують нервово-психічну напруженість і загальний рівень невротизації вагітної жінки.

Емпірично доказано, що сумарна «афективна семантика» факторного профілю вагітних жінок така: F 1 «тривожно-песимістична готовність до материнства; F 2 «тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини»; F 3 «тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності»; F 4 «надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі».

Результати порівняльного аналізу за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність» дозволили констатувати низку відмінностей у прояві тривожності, фрустрованості і невротизації в досліджуваних. Встановлено, що у жінок з пізньою вагітністю істотно вищий рівень тривожності і соціальної фрустрованості, зокрема понад половина досліджуваних з пізньою вагітністю демонструє високий рівень тривожності і майже половина проявляє високу і дуже високу фрустрованість. Більшості з них притаманні високий рівень невротизації та екстенсивна (надмірна) нервово-психічна напруга, афективні тривожно-песимістичні тенденції та тривожний тип гестаційної домінанти. Понад половина жінок з пізньою вагітністю проявляє незадовільну нервово-психічну стійкість, а загальний скринінг неврозу засвідчив, що у жінок зі звичайною вагітністю він понад у три рази нижчий, ніж у жінок, які завагітніли після тридцяти п'яти років. Зазначено спільну високу схильність вагітних жінок різного віку до певної маніпулятивності станом вагітності, появою майбутньої дитини як способами збереження взаємин та утримання чоловіка в сім'ї.

Розроблено, апробовано і запроваджено в ревіталізаційну практику клінічних та освітніх установ програму медіально-рефлексійного тренінгу, спрямованого на надання різнобічної психологічної допомоги вагітним жінкам різного віку.

Наукова новизна дисертаційної роботи в тому, що вперше здійснено цілісне вивчення психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку, суть яких полягає в тому, що такі ускладнені афективні психостани негативно впливають на перебіг їхньої вагітності й загальну психогенезу; розроблено програму ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу, спрямовану на оптимізацію афективного розвитку вагітних жінок з пізньою вагітністю; уточнено значення впливу різновидової тривожності і фрустрованості на рівень невротизації жінок на етапі вагітності, зокрема встановлено, що несподівана, незапланована, пізня вагітність, різномодальні побоювання щодо несприятливого перебігу вагітності, тривожно-фрустраційне очікування і боязнь пологів та інші сімейні й матеріально-побутові проблеми істотно підвищують нервово-психічну напруженість і загальний рівень невротизації вагітної жінки; поглиблено наукові уявлення щодо позитивних тенденцій і показників розвитку психоемоційної сфери вагітних жінок різного віку внаслідок задіяння формувальних впливів, зокрема завдяки застосуванню інтерактивних психомоторних компонентів тренінгових вправ, гапнотомії як погладження живота і перестукування з майбутньою дитиною, дихальних і психотілесних практик, сонаталу як результативного методу музичного супроводу вагітності й оздоровлення майбутньої дитини, психофонії, пренатального співу як сприятливого впливу вокалізу на забезпечення афективної гармонії між матір'ю і пренейтом; набула подальшого розвитку проблема обґрунтування генетично-психологічних впливів на процес ревіталізації жінок зі звичайною та пізньою вагітністю, насамперед завдяки фахово-психологічному впливу на вироблення в них навичок до самоосмислення, самоактивізації, самодетермінації та

оптимізації мотиваційних, емоційно-оцінювальних і когнітивних поведінкових тактик і стратегій.

Теоретичне значення дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та концептуалізації феномену вагітності крізь призму ускладненої афективності; виокремленні змістово-функціональної суті тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку; з'ясуванні впливу і взаємозв'язку афективності вагітної жінки й успішністю розвитку пренейта та надання їм ревіталізаційної допомоги.

Практичне значення дисертаційної роботи полягає в розробці програми медіально-рефлексійного тренінгу для вагітних жінок, які зазнають негативного впливу тривожності, фрустрованості та невротизації. Основні теоретико-емпіричні положення і сформульовані на їх основі психологічні висновки можуть бути використані у процесі фахової підготовки та професійної діяльності психологів, учителів, медичних працівників, реабілітологів для роботи з жінками з пізньою вагітністю. Результати дослідження можуть використовуватись у лекційних курсах з дисциплін «Загальна психологія», «Перинатальна психологія», «Техніки психоемоційного антивигорання», «Психологічна допомога різним категоріям осіб», «Психогенеза особистості в нормі та девіації».

Основні положення і результати дисертації відображені у 15 публікаціях та апробовані в роботі 12 міжнародних і 6 всеукраїнських науково-практичних конференцій, 7 семінарів з міжнародною участю, 3 науково-практичних семінарів та 3 засідань «круглих столів».

Ключові слова: особистість, жінка, вагітні жінки різного віку, жінки з пізньою вагітністю, майбутнє материнство, пренейт, тривожність, фрустрованість, невротизація, психогенеза, ревіталізаційна допомога, медіально-рефлексійний тренінг.

ANNOTATION

Koreniewa Yu.P. Anxiety and frustration as neuroticism factors of different age pregnant women – Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation paper for obtaining the degree of candidate of psychological sciences (philosophy doctor) in specialty 19.00.01 – general psychology, history of psychology (053 – Psychology). – Lesya Ukrainka Eastern European National University, Lutsk, 2019; Lesya Ukrainka Eastern European National University, Lutsk, 2019.

The dissertation paper is devoted to the research of psychological peculiarities of anxiety and frustration as neuroticism factors of different age pregnant women. Pregnancy is considered as a special psychophysical state, which in the continuum "health-disease", in fact, is manifestation of a specific third state, complicated by numerous affective challenges and experiences. The main scientific approaches have been highlighted, the theoretical study has been carried out, the essential features, semantic and functional peculiarities of anxiety, frustration and neuroticism as significant affective psycho states have been revealed, which generally adversely affects the psychophysical health of future mother and prenat. The phenomenon of anxiety has been analyzed, which represents level and intensity of psycho emotional reaction of a personality to the real or imagined threat and danger, the specifics of anxiety of women during pregnancy has been highlighted. It has been noted, that frustration as a special mental state is manifested in a psychogenesis of a pregnant woman in feelings of anxiety, oppressive disquiet, sometimes even despair. The peculiarities of neurotic attitude to maternity and complicated anxiety and frustration psycho states of pregnant women have been revealed. It was studied out, that affect consequences of anxiety, frustration and neuroticism of pregnant women are deterioration of well-being on psychophysiological and personality levels, manifestations of ineffective behavior patterns, complication and inadequacy of self-image, increased conflictness and vulnerability, excessive use of psycho protection, etc. Anxiety and frustration of a pregnant woman are first of all preconditioned by

experiences that affect her due to the lack of peace about the child's health and own psychophysical state, as well as due to the changes of her awareness of own gender role structure of female body identity. It has been determined, that unexpected, unplanned, late pregnancy, various modal apprehensiveness and fears concerning unfavorable course of pregnancy, anxious and frustrational expectation and fear of a childbirth and other family, material and social problems significantly increase the neuro-psychic tension and the general level of neuroticism of a pregnant woman.

It has been empirically determined, that the total "affective semantics" of factor profile of pregnant women is as follows: F 1 "anxious and pessimistic readiness to maternity"; F 2 "anxious and frustrated well-being due to material difficulties of waiting for a the child birth"; F 3 "anxious and neurotic negative-accusative pregnancy experience"; F 4 "excessive neuro-mental tension of pregnant women as a way of keeping a husband in a marriage".

The comparative analysis results by the criterion "age : usual pregnancy – late pregnancy" allowed to state the number of differences in manifestation of anxiety, frustration and neuroticism of the subjects. It has been determined that women with late pregnancy have significantly higher level of anxiety and social frustration, in particular, more than half of the subjects with late pregnancy show high level of anxiety and almost half demonstrate high and very high frustration. Most of them have high level of neuroticism and extensive (excessive) neuro-psychic tension, affective anxious and pessimistic tendencies and anxiety type of gestational dominant. More than half of women with late pregnancy demonstrate unsatisfactory neuro-psychic stability, and the general screening has shown that women with usual pregnancy have more than three times lower neurosis than women who became pregnant after thirty-five. The general common predisposition of different age pregnant women to some kind of manipulative behavior of pregnancy state, appearance of future child as ways of preservation of relations and keeping a husband in a family has been indicated.

The program of medial reflexive training, aimed at multipurpose psychological assistance to different age pregnant women, has been developed, approbated and

introduced into the practice of revitalization of clinical and educational establishments.

Scientific novelty of the dissertation paper lies in that fact, that integrative study of psychological peculiarities of anxiety and frustration as neuroticism factors of different age pregnant women has been carried out for the first time, the essence of which is that such complicated affective psychostates adversely affect the course of their pregnancy and general psychogenesis; the program of revitalization medial reflexive training has been developed, aimed at optimization of affective development of pregnant women with late pregnancy; the influence value of multidimensional anxiety and frustration on neuroticism of women during pregnancy period has been clarified, in particular, it has been determined that unexpected, unplanned, late pregnancy, multimodal apprehensiveness concerning unfavorable course of pregnancy, anxious and frustrated expectations and fears concerning childbirth, other family, material and social problems substantially increase neuro-psychic tension and general level of neuroticism of a pregnant woman; scientific ideas about positive tendencies and indicators of the development of psychoemotional sphere of different age pregnant women as a result of forming influences engagement have been deepened, in particular due to the use of interactive psychomotor components of training exercises, hapnotomy as belly caress and tapping with a future child, respiratory and psycho-bodily practices, sonatal as effective method of musical accompaniment of pregnancy and healing of a future child, psychophony, prenatal singing as favorable influence of vocalise on ensuring affective harmony between mother and prenat; the problem of grounding of genetic and psychological influences on a process of revitalization of women with usual and late pregnancy has become of further development, primarily due to the professional and psychological influence on working out of their skills for self-reflection, self-activation, self-determination and optimization of motivational, emotional, evaluative and cognitive behavioral tactics and strategies.

The theoretical significance of the research lies in theoretical grounding and conceptualization of the phenomenon of pregnancy through the prism of complicated

affectivity; separation of the content and functional essence of anxiety and frustration as neuroticism factors of different age pregnant women; clarifying the impact and interrelation of pregnant woman's affectivity and prenatе's success of development and providing them with revitalization assistance.

The practical significance of the dissertation paper is to develop the program of medial reflexive training for pregnant women, who are negatively affected by anxiety, frustration and neuroticism. The main theoretical and empirical positions and psychological conclusions formulated on their basis can be used in a process of professional training and professional activity of psychologists, teachers, medical workers, rehabilitation specialists in work with late pregnancy women. The research results can be used in lecture courses on disciplines "General psychology", "Perinatal psychology", "Techniques of psychoemotional anti- burnout", "Psychological help to different categories of people", "Personality psychogenesis in norm and deviation".

The main positions and results of the dissertation are reflected in 15 publications and approbated in the work of 12 international and 6 All-Ukrainian scientific and practical conferences, 7 seminars with international participation, 3 scientific and practical seminars and 4 meetings of "round tables".

Key words: personality, woman, different age pregnant women, women with late pregnancy, future maternity, prenatе, anxiety, frustration, neuroticism, psychogenesis, revitalization help, medial reflexive training.

Список публікацій здобувача за темою дисертації:

Статті у наукових фахових виданнях:

1. Коренєва Ю. П. Психологічні аспекти ранньої вагітності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2015. № 3 (38). С. 184–193.
2. Коренєва Ю. П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. *Теоретичні і прикладні проблеми психології / за*

заг. ред. Н.Є. Завацької. Луганськ : Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 2016. № 1 (39). С. 100–109.

3. Коренєва Ю. П. Психологічні особливості перебігу вагітності у пізньому репродуктивному віці: емпіричний ракурс. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. 2017. № 3 (43) березень. С. 259–262.

4. Коренєва Ю.П. Несприятливий сімейний мікроклімат як чинник тривожності, фрустрованості й підвищеної невротизації вагітних жінок / Ю.П. Коренєва // *Arena nauki. Kwartalne miedzynarodowe czasopismo naukowe*. – 2018. – № 1 (4). – С.33 – 40.

5. Коренєва Ю.П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми / Ю.П. Коренєва // *Психологічні перспективи*. – Луцьк, 2018. – № 32. – С. 149 – 161.

Статті у матеріалах науково-практичних конференцій та інших виданнях:

6. Коренєва Ю.П. Вікова динаміка сімейної напруженості та дестабілізації шлюбу / Ю.П. Коренєва // *Психогенеза особистості: норма і девіація* / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. – С. 129 – 134.

7. Коренєва Ю.П. Необхідність психолого-педагогічної освіти батьків в сучасному суспільстві / Ю.П. Коренєва // *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у ХХІ ст.»* (29-30 січня 2016 року, м. Львів). – Львів, 2016. – С. 33 – 35.

8. Коренєва Ю.П. Психологічні особливості феномену помилкової вагітності / Ю.П. Коренєва // *Психогенеза особистості: норма і девіація* / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 98 – 104.

9. Коренєва Ю.П. Психологічний зміст тривожності у жінок під час вагітності / Ю.П. Коренєва // *Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи*

досліджень» (17-18 травня 2016 року, м. Луцьк). – Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2016. – Т. 1. – С. 441 – 443.

10. Коренєва Ю.П. Психологічний стан вагітної жінки / Ю.П. Коренєва // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (2-3 вересня 2016 року, м. Київ). – К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2016. – С. 88 – 92.

11. Коренєва Ю.П. Психологічне ставлення до материнства в період вагітності / Ю.П. Коренєва // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології» (10-11 листопада 2016 року, м. Глухів). – Глухів, 2016. – С. 82 – 86.

12. Коренєва Ю.П. Особливості фрустрації у жінок підчас вагітності / Ю.П. Коренєва // Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Генеza буття особистості» (20 грудня 2016 року, м. Київ). – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017. – С. 86 – 87.

13. Коренєва Ю.П. Ускладнені психостани вагітних жінок різного віку : медіально-рефлексійний тренінговий підхід / Ю.П. Коренєва // Психогенеza особистості : норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2017. – С. 87 – 93.

14. Коренєва Ю.П. Особливості психологічного ставлення до материнства у вагітних жінок різного репродуктивного віку : емпіричний ракурс / Ю.П. Коренєва // Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи досліджень» (16-17 травня 2017 року, м. Луцьк). – Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2016. – С. 613 – 615.

15. Коренєва Ю.П. Фрустрація і деякі аспекти психологічного здоров'я сім'ї / Ю.П. Коренєва // Психогенеza особистості: норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2018. – С.111-115.

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ, ФРУСТРОВАНОСТІ ТА НЕВРОТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Тривожність у контексті невротизації особистості : теоретичний ракурс проблеми.....	24
1.1.1. Психологічні особливості тривожності жінок під час вагітності.....	31
1.2. Особистісна фрустрованість у психогенезі вагітної жінки.....	36
1.3. Невротичне ставлення до материнства й ускладнені тривожні та фрустраційні психостани вагітних жінок.....	49
Висновки до першого розділу.....	57
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ І ФРУСТРОВАНОСТІ ЯК ЧИННИКІВ НЕВРОТИЗАЦІЇ ВАГІТНИХ ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ	
2.1. Процедурно-організаційні основи емпіричного дослідження і методи вивчення тривожності, фрустрованості й невротизації в жінок у період вагітності.....	62
2.2. Аналіз результатів пілотажного експерименту.....	80
2.3. Результати емпіричного дослідження тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних і не вагітних жінок : факторний аналіз.....	90
2.4. Порівняльний аналіз прояву тривожності, фрустрованості та невротизації в жінок за критеріями «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність».....	122
Висновки до другого розділу.....	145
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЯ РЕВІТАЛІЗАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВАГІТНИМИ ЖІНКАМИ	
3.1. Особливості ревіталізаційної діяльності з вагітними жінками, які переживають ускладнені психостани : медіально-рефлексійний тренінговий підхід.....	150

3.2. Організація та результати формувального експерименту.....	168
Висновки до третього розділу.....	188
ВИСНОВКИ.....	193
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	198
ДОДАТКИ.....	223

ВСТУП

Актуальність дослідження. Реалії сучасного буття засвідчують, що в умовах нестабільної соціально-економічної та політичної ситуації, чітко вираженої демографічної кризи, яка містить депопуляційні ознаки, відбуваються істотні трансформації вітчизняного соціуму. Істотним випробуванням піддаються всі сфери сучасного українського суспільства, проте однією з найважливіших проблем постає ракурс психофізичного здоров'я жінок, які перебувають у стані вагітності. Особлива місія материнства zagrożена численними викликами економічного, політичного, екологічного та іншого характеру, потребує посиленого різномодального супроводу і захисту, адже виношування і народження нових генерацій забезпечує прогресивний поступ людства. На тлі ускладнених умов життєдіяльності перебіг вагітності у багатьох жінок відбувається в умовах тривожного і гнітючого емоційно напруженого макроклімату, що чинить несприятливий вплив як на майбутню матір, так і на пренейта. Детерміновані таким складним соціальним і афективним контекстом переживання за ще не народжену дитину стимулюють прояви тривожності, невпевненості, фрустрованості та інших особистісних психостанів, які дискомфортно впливають на самопочуття вагітних жінок. Окремого наукового статусу набуває вивчення широкого кола чинників, що зумовлюють психогенезу вагітної жінки, зокрема тривожності і фрустрованості як основних підстав, які стимулюють підвищений рівень її невротизації.

Особистісна тривога, різновидова тривожність, маючи різноспрямовані сфери свого прояву і виступаючи предметом широкого науково-психологічного вивчення, висуваються у ранг найважливіших компонентів людської афективності. Тривожність як складова особистісної афективності, проявляючись у найрізноманітніших сферах життєдіяльності, презентує рівень та інтенсивність психоемоційної реакції людини на реальну або уявлювану загрозу й небезпеку. У працях багатьох відомих учених (К. Горні, К. Ізард, Р. Лазарус, М. Левітов, А. Прихожан, Я. Рейковський, Ч. Спілбергер, Дж. Тейлор, Б. Філіпс, Ю. Ханін та ін.) відзначено важливий вплив тривожності

на всі форми людської активності. У дослідженнях С. Абрамова, В. Астахова, В. Брутмана, І. Добрякова, С. Мещерякової, Є. Потапчука, М. Радіонової, Л. Стоун, Г. Філіпової, Е. Шортер та ін. встановлено, що афективна сфера вагітної жінки здійснює безпосередній вплив на матір і дитину як у пренатальному, так і в постперинатальному періоді.

Відомі вчені у галузі психології фрустрації (Т. Дембо, Дж. Доллард, К. Левін, О. Мауер, Н. Міллер, А. Плотічер, С. Розенцвейг, Г. Сельє та ін.) відзначали її істотну роль як особливого психічного стану, що проявляється у почуттях тривоги, гнітючого неспокою, глибокого відчаю та приреченості в усіх життєвих інтенціях особистості. Тривога, роздратування, неспокій, відчуття провини, страх недосягнення мети, будучи типовими маркерами фрустрованості, досить часто супроводжують вагітність. Здебільшого вагітна жінка, усвідомлюючи себе майбутньою матір'ю, переживає позитивні емоції, однак через доволі часту несприятливість загального соціально-економічного контексту відчуває негативний тиск фрустрації та має підвищений рівень невротизації (Т. Белавіна, О. Вишневська, І. Іщенко, К. Максименко, Є. Потапчук, С. Прахова, Л. Слободчикова та ін.).

Загалом, поміж багатьох детермінант якраз тривожність і фрустрованість, вочевидь, найістотніше блокують спокійний перебіг вагітності і зумовлюють підвищену нервово-психічну напруженість майбутніх матерів. Отож актуальність дисертаційної роботи зумовлена тим, що поглибленого й різнобічного науково-психологічного вивчення нагально потребують недостатньо досліджені проблеми впливу тривожності і фрустрованості на рівень невротизації жінок, які перебувають у стані вагітності. Виходячи з таких позицій, ми обрали тему дисертаційної роботи *«Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку»*.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри педагогічної та вікової психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, здійснене в межах науково-

дослідної теми «Вікові та педагогічні виміри психогенези особистості : норма і девіація» та є складовою комплексної державної теми «Психогенеза ревіталізації депривованої особистості» (номер державної реєстрації 0113U002218). Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 6 від 24.12.2015 р.).

Мета дослідження – теоретичний аналіз та емпіричне вивчення тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку.

Виходячи з мети дисертаційної роботи було поставлено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми тривожності, фрустрованості й невротизації жінок у стані вагітності в науково-психологічній літературі.
2. Емпірично дослідити вплив тривожності і фрустрованості на особливості невротизації вагітних жінок різного віку.
3. Здійснити порівняльний аналіз психологічної специфіки тривожності, фрустрованості та невротизації вагітних жінок за параметром «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність».
4. Розробити, апробувати й запровадити в ревіталізаційну практику медичних та освітніх установ програму медіально-рефлексійного тренінгу, здійснити формувальний експеримент та з'ясувати ефективність формувального впливу.

Об'єкт дослідження – тривожність, фрустрованість та невротизація особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок.

Теоретико-методологічна база дослідження. Вивчення тривожності, фрустрованості та невротизації вагітної жінки базувалося на методологічних принципах цілісності, системності й ієрархійності психіки людини (Л. Божович, О. Леонт'єв, Г. Костюк, С. Максименко та ін.); положеннях про психогенезу як взаємодію зовнішніх і внутрішніх чинників становлення особистості (Л. Божович, Л. Виготський, С. Максименко, В. Татенко, Т. Титаренко та ін.);

теоретико-емпіричних дослідженнях феноменології особистісної тривожності (К. Горні, О. Захаров, Р. Мей, І. Мудрак, А. Прихожан, Я. Рейковський, Ч. Спілбергер, Дж. Тейлор, Ю. Ханін та ін.); концептуальних узагальненнях щодо фрустрованості особистості (Р. Баркер, В. Блейхер, Т. Дембо, Дж. Доллард, Л. Єрмолаєва, К. Левін, М. Левітов, О. Мауер, Н. Міллер, А. Плотічер, С. Прахова, С. Розенцвейг, З. Фройд, О. Холодова, А. Ansel та ін.); науково-психологічних дослідженнях особливостей невротизації людини (Т. Белавіна, Ф. Василюк, Л. Вассерман, К. Горні, К. Максименко, А. Маслюк, В. М'ясищев, Л. Слободченко, Т. Немчин, Є. Потапчук та ін.); медико-психологічних (С. Абрамова, В. Абрамченко, В. Астахов, В. Брутман, С. Мещерякова, М. Радіонова, Л. Рудіна, В. Русалова, В. Сюсюк, Г. Філіппова, І. Хамітова, Л. Шнейдер, С. Carlan, В. Guyer та ін.) та психолого-педагогічних (Т. Говорун, О. Кізь, О. Кікінежді, В. Мухіна, Є. Потапчук, О. Тіунова, Е. Шортер та ін.) трактуваннях специфіки материнства і розвитку вагітних жінок; ревіталізаційних підходах до психогенези вагітних жінок (М. Боровіков, Д. Гошовська, Я. Гошовський, А. Маслюк, Т. Титаренко, Т. Яценко та ін.).

Методи дослідження. Для вирішення базових дослідницьких завдань нами було задіяно цілу низку сучасних теоретико-емпіричних методів: *теоретичні методи* – аналіз, синтез, систематизація, класифікація, узагальнення, моделювання – з метою встановлення впливу тривожності, фрустрованості на невротизацію вагітних жінок; *емпіричні методи* – спостереження, біографічний метод, фокусоване інтерв'ю, анкетування (авторська анкета (збір даних про вік, роботу, освіту, сімейний стан, особливості перебігу вагітності та її термін, кількість дітей в сім'ї тощо)), тестування (методика «САН» (самопочуття, активність, настрій), тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)), «Методика визначення тривожності» (за Дж. Тейлор), «Шкала особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер), «Методика експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом), «Методика діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом),

«Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т. Немчин), «Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим), «Методика дослідження мотивів збереження вагітності» (Л. Рабовалюк), «Тест ставлень вагітної» (І. Добрякова), проєктивний малюнковий тест «Я та моя дитина» (Г. Філіпова); *математико-статистичні* – описова математична статистика, статистичне порівняння середніх значень (*t*-критерій Ст'юдента), дисперсійний і факторний аналізи. Обробка даних виконувалась за пакетом програм комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 23.0).

Організація та експериментальна база дослідження. Дослідження відбувалося двоетапно впродовж 2014-2019 років.

На *першому етапі* (2014-2016 роки) – здійснено розлогий аналітичний огляд міри дослідженості проблематики в науково-психологічному й медичному теоретико-емпіричному ракурсах; обґрунтовано ключові теоретико-методологічні концептуальні положення дисертаційної роботи (укладання ключових теоретичних положень дисертації, сформулювання об'єкта, предмета мети і робочих припущень дослідження).

На *другому етапі* (2017-2019 роки) – проведено пілотажний і констатувальний етапи експериментального дослідження для отримання якомога ширшої психодіагностичної інформації про специфіку тривожності, фрустрованості, невротизації жінок у період вагітності; здійснено формувальний етап експерименту, отримані результати якого дали цілісне наукове уявлення про тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок та способи зниження їхнього негативного впливу на психогенезу матері і майбутньої дитини; зроблено висновки, здійснено оформлення результатів у вигляді рукопису дисертаційної роботи, підготовлено автореферат дисертації.

Пілотажний етап експерименту налічував 387 осіб від 18 до 46 років (263 жінки, що перебували на різних стадіях вагітності і 124 жінки, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення); *констатувальний*

етап налічував 221 особу (132 вагітні й 89 жінок, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення); *формувальний етап* нараховував 40 осіб (експериментальна група ($n = 20$) та контрольна група ($n = 20$)).

Експериментальними майданчиками були міський пологовий будинок № 1 м. Миколаєва й перинатальний центр «Психея» Асоціації дитячих, сімейних і перинатальних психологів, медиків і педагогів.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- *вперше* здійснено цілісне вивчення психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку, суть яких полягає в тому, що такі ускладнені афективні психостани негативно впливають на перебіг їхньої вагітності й загальну психогенезу; розроблено програму ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу, спрямовану на оптимізацію афективного розвитку вагітних жінок з пізньою вагітністю;

- *уточнено* значення впливу різновидової тривожності і фрустрованості на рівень невротизації жінок на етапі вагітності, зокрема встановлено, що несподівана, незапланована, пізня вагітність, різномодальні побоювання щодо несприятливого перебігу вагітності, тривожно-фрустраційне очікування і боязнь пологів та інші сімейні й матеріально-побутові проблеми істотно підвищують нервово-психічну напруженість і загальний рівень невротизації вагітної жінки;

- *поглиблено наукові уявлення* щодо позитивних тенденцій і показників розвитку психоемоційної сфери вагітних жінок різного віку внаслідок задіяння формувальних впливів, зокрема завдяки застосуванню інтерактивних психомоторних компонентів тренінгових вправ, гапнотомії як погладжування живота і перестукування з майбутньою дитиною, дихальних і психотілесних практик, сонаталу як результативного методу музичного супроводу вагітності й оздоровлення майбутньої дитини, психофонії, пренатального співу як сприятливого впливу вокалізу на забезпечення афективної гармонії між матір'ю і пренейтом.

– *набула подальшого розвитку* проблема обґрунтування генетично-психологічних впливів на процес ревіталізації жінок зі звичайною та пізньою вагітністю, насамперед завдяки фахово-психологічному впливу на вироблення в них навичок до самоосмислення, самоактивізації, самодетермінації та оптимізації мотиваційних, емоційно-оцінювальних і когнітивних поведінкових тактик і стратегій.

Теоретичне значення дослідження полягає в обґрунтуванні та концептуалізації феномену вагітності крізь призму ускладненої афективності; виокремленні змістово-функціональної суті тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку; з'ясуванні впливу і взаємозв'язку афективності вагітної жінки й успішністю розвитку пренейта та надання їм ревіталізаційної допомоги.

Практичне значення дослідження полягає в розробці програми медіально-рефлексійного тренінгу для вагітних жінок, які зазнають негативного впливу тривожності, фрустрованості та невротизації. Основні теоретико-емпіричні положення і сформульовані на їх основі психологічні висновки можуть бути використані у процесі фахової підготовки та професійної діяльності психологів, учителів, медичних працівників, реабілітологів для роботи з жінками з пізньою вагітністю. Результати дослідження можуть використовуватись у лекційних курсах з дисциплін «Загальна психологія», «Перинатальна психологія», «Техніки психоемоційного антивигорання», «Психологічна допомога різним категоріям осіб», «Психогенеза особистості в нормі та девіації».

Основні результати дослідження **впроваджено** в практику підготовки студентів у Східноєвропейському національному університеті імені Лесі Українки (довідка № 03-28/01/449 від 28.02.2019 р.); Мукачівському державному університеті (довідка № 237 від 28.02.2019 р.); у діяльність фахівців міського пологового будинку № 1 м. Миколаєва (довідка № 48/1 від 16.01.2019 р.); перинатального центру «Психея» Асоціації дитячих, сімейних і перинатальних психологів, медиків і педагогів (довідка № 24/1 від

15.01.2019 р.), Волинського обласного спеціалізованого будинку дитини для дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням психіки (довідка № 69/2.10/19 від 24.01.2019 р.).

Апробація результатів дисертації. Основні положення і результати дисертаційної роботи були апробовані на : *міжнародних науково-практичних конференціях*: «Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах» (Київ, 2015 р.), «Генеза буття особистості» (Київ, 2016 р.), «Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя» (досвід Волинської психологічної школи до 15-річчя факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки) (Луцьк, 2016 р.), «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи досліджень» (Луцьк, 2016-2017 рр.), «Організація інклюзивного навчання дітей з нейрофізіологічними порушеннями» (Рівне, 2017 р.), «Соціальна адаптація людей літнього віку в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога» із циклу «Психологічні складові сталого розвитку суспільства : пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності» (Луцьк, 2017 р.), «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (Луцьк, 2018), «Міждисциплінарний супровід дітей групи ризику : міжнародний досвід» (Луцьк, 2018), «Психогенеза особистості : ревіталізаційний ракурс» (Луцьк, 2018); *науково-практичних конференціях з міжнародною участю*: «Фетальний алкогольний синдром (ФАС): діагностика, нейроповедінкові аспекти, корекційні програми» (Львів, 2017 р.), «Психолого-педагогічні та медичні технології супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання» (Луцьк, 2017 р.); «Професійна підготовка фахівців до роботи з дітьми з порушеннями розвитку : організація інклюзивного навчання дітей з нейрофізіологічними порушеннями» (Луцьк, 2017 р.); *всеукраїнських науково-практичних конференціях*: «Актуальні проблеми практичної психології» (Глухів, 2016 р.), «Правові, освітні та соціальні аспекти інклюзії дітей із особливими освітніми потребами» (Львів, 2016), «Фестиваль практичної психології на Світязі» (Луцьк, 2016 р.),

«Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі» (Мукачево, 2017 р.), «Проведення експертизи дослідно-експериментальної роботи над освітнім проектом «Інноваційні підходи до психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти» (Луцьк, 2018); *всеукраїнському навчальному проекті* «Перинатальна психологія та репродуктивна психосоматика» (Одеса, 2017-2018 рр.); *науково-практичних семінарах з міжнародною участю*: семінар консула «Аутизм-Європа» Інни Сергієнко «Проблеми та досягнення в сфері аутизму в світі та Україні» (Луцьк, 2015), «Феноменологія депривації: психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс» (Луцьк, 2015–2018 рр.), «Партиципація: психотехнології активізації особистісного ресурсу» (Луцьк, 2016 р.), «Сучасні інноваційні тенденції в освіті, навчанні та психолого-педагогічному супроводі дітей з особливими потребами: Інклюзивна освіта – канадський досвід» (Луцьк, 2018); *науково-практичних семінарах*: «Сучасні тенденції професійного самовизначення дітей з вадами психофізичного розвитку» (Луцьк, 2016 р.), «Типологія девіантної поведінки: діагностика та корекція» (Луцьк, 2017–2018 рр.), «Особливості психолого-педагогічної корекції та фізичної терапії дітей з особливими освітніми потребами» (Луцьк, 2018); *засіданнях «круглих столів*»: «Теоретико-методичні засади навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами» (Луцьк, 2015 р.), «Діагностика та корекція девіантної поведінки сучасної молоді» (Луцьк, 2016 р.), «Соціалізація дітей з особливими потребами через презентацію успішного особистісного досвіду» (Луцьк, 2016 р.), засіданнях наукової ради і кафедри педагогічної та вікової психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки.

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 15 публікаціях автора, з яких 4 статті – у наукових фахових виданнях із психології, 1 стаття – у зарубіжному періодичному виданні, 10 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (237 найменувань, з них – 10 іноземною мовою), додатків (30 сторінок). Загальний обсяг дисертації – 260 сторінок, з них основний обсяг – 195 сторінок. Робота містить 5 таблиць, 26 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ, ФРУСТРОВАНОСТІ ТА НЕВРОТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Тривожність у контексті невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми

Істотні зміни вітчизняного соціуму в умовах глобальних соціально-економічних трансформацій зумовлюють численні проблеми в життєіснуванні пересічної людини. Економічна нестабільність, політична стагнація суспільства, загроженого воєнними діями, породжують загострене відчуття екзистенційної небезпеки, підвищений рівень тривоги, надмірної фрустрації, гнітючої депресії та низки інших негативних і дискомфортних психоемоційних станів особистості. Різновидова і полімодальна тривожність стає ледь не типовим повсякденним особистісним психостаном та потребує виваженого і системного науково-психологічного вивчення. Ускладнений фон тривожності відображається в таких поведінкових тактиках і стратегіях людини, які засвідчують невпевненість, неадекватність, депресивність та зумовлюють амбівалентність, відчуття знехтуваності й меншовартості.

Попри те, що феноменологія людської тривожності є досить добре дослідженим явищем як на філософсько-психологічному рівні (екзистенціалізм, психоаналіз, біхевіоризм та ін.), так і у вимірах прикладного характеру (численні психодіагностичні заміри й інтерпретації результатів, тренінгово-корекційні технології тощо), все ж вона потребує невпинного моніторингу для отримання актуальної інформації про реальний стан справ. На підставі аналізу тематичної науково-психологічної літератури можна констатувати, що визначальним підходом до розуміння особистісної тривожності здебільшого обирається система поглядів, згідно з якими вона трактується як сукупність різноманітних життєвих переживань і проявів людини, в яких відображається

насамперед психодинамічний аспект емоційно-вольового регулювання її діяльності та поведінки [2; 7; 9; 20; 26; 40; 41; 69; 84; 90].

Наукова традиція аналізу людської тривожності фіксує переважно такі основні підходи: типовий психічний стан як реакція на ймовірні загрози; особливий психічний стан, який найчастіше проявляється в кризових чи екстремальних умовах; специфічна властивість людини; багатоманітне емоційне переживання переважно негативної спрямованості; реалізація страху тощо [6; 7; 9; 40; 41; 69; 90; 110; 122; 127; 146]. Звичайно, що такі фрагментарні підходи до тлумачення тривожності висвітлюють її як цілісне структурно-динамічне утворення, що є, по суті, системно-організованим механізмом психічної регуляції, а лише як частковий погляд, що виокремлює певний ракурс чи специфіку прояву. Тільки системний і цілісний підхід до розуміння феномену особистісної тривожності дає змогу багатогранно дослідити різні аспекти окресленої проблематики. Синтез наукових уявлень про ситуативну, міжособистісну, самооцінну, академічну (шкільну), патологічну та інші види тривожності дає осяжне бачення людської тривожності як відображення її базальної архетипної екзистенційної тривоги.

Отож важливим завданням постає розкриття сутності ключових науково-психологічних підходів до особистісної тривожності як складного афективного стану людини та фактору невротичності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій засвідчує, що філософсько-психологічна традиція відводить тривожності дуже важливу роль, наголошуючи, що вона є базовою детермінантою життєвого шляху людини (Р. Аткинсон, К. Горні, А. Камю, С. К'єркегор, Дж. Тейлор, Г. Салліван, Дж. Спілбергер та ін.) [180; 207; 208; 236]. Вважається, що найпершою, найважливішою та найтиповішою емоцією в суб'єктивному переживанні людиною тривоги є страх. Психологічні особливості тривожності розглядаються у багатьох дослідженнях вітчизняних і зарубіжних вчених, зокрема таких як А. Адлер, Б. Додонов, К. Ізард, О. Захаров, Р. Лазарус, М. Левітов, А. Прихожан, Я. Рейковський, Ч. Спілбергер, Дж.Тейлор, Ю. Ханін та

ін. [69; 84; 122; 161; 162; 163; 180; 236]. Вочевидь, найчастіше досліджувалася феноменологія тривожності крізь призму встановлення онтогенетичної специфіки розвитку і прояву упродовж різних вікових етапів як відображень певних відтинків життєвого шляху людини (О. Захаров, В. Кисловська, Б. Кочубей, І. Мудрак, О. Новікова, А. Прихожан та ін.) [142; 161; 162; 163]. Окремим дослідницьким аспектом вситупало вивчення нейрофізіологічних основ страху і тривожності (К. Ізард, Р. Лазарус, М. Левітов, К. Мей та ін.) [84; 122; 123; 137]. Досить результативним було створення психодіагностичного інструментарію для проведення емпіричних студій з метою виявлення особливостей різновидової тривожності (Р. Б. Кеттелл, Ч. Спілбергер, Дж.Тейлор, Б. Філіпс, Ю. Ханін та ін.) [180; 236]. Помітним напрямком була розробка розвивальних психокорекційних програм і тренінгів для оптимізації роботи з тривожними дітьми (Я Гошовський, О. Захаров, І. Мудрак, А. Прихожан та ін.) [57; 58; 59; 60; 61; 142; 161; 162; 163].

Серед низки психологічних досліджень, присвячених вивченню тривожності особистості як багатогранного явища, чітко простежуються два основні вектори: психодіагностичне встановлення видового характеру тривожності та розробка психотехнологічних прийомів для корекції цього стану [7; 58; 180]. Переважною більшістю досліджень констатується рівневий характер вираженості тривожності як типового, проте складно диференційованого і маркованого через багатоманіття відтинків і модальностей афективного стану і явища [8; 9; 26; 90; 161]. Традиційно порівневий розгляд організації тривожності (високий, середній, низький рівень) презентує усталену лінійну характеристику щільності й інтенсивності її проявів. Такий підхід дає змогу встановити якісно інтерпретаційний результат впливу тривожності на різні стани людини як активно діючого суб'єкта, а також з'ясувати результати його фахової чи іншої діяльності, вплив на психічне здоров'я, психоемоційне виснаження чи опірність організму тощо.

Про призначення тривожності у науково-психологічній літературі існує низка припущень, зокрема виокремлюють два ключові напрями, за якими вона

впливає на людину: 1) активна участь у формуванні нових особистісних утворень; 2) швидка регуляція поведінки [161]. Тривожність розглядається як розгалужене інтеграційне особистісне утворення, що містить у собі цілий конгломерат системних і субординованих психодинамічних властивостей нервової системи людини та залежить від багатьох нейродинамічних, афективних, вольових, комунікативних та інших передумов. Їй характерна активна психорегуляційна функція, насамперед потужний (конструктивний або деструктивний) афективний вплив на різні форми і ситуації діяльності та спілкування людини. Якраз тривожність виступає тим вагомим чинником, що детермінує діяльнісну психодинаміку та комунікативну успішність особистості. Тривожність як прямим, так і опосередкованим чином здійснює інвазію на функціональну семантику кожного з видів людської діяльності та знаходить своє відображення в якості, швидкості, успішності ситуацій і біосоціальних циклів існування особистості [137; 155; 161; 163].

Тривожності притаманна мотиваційна функція, зокрема вона проявляється доволі часто як спонука до задіяння і реалізації особистісних потенціалів. Вона виконує ще й інформативну роль, адже виступає в ролі знакового сигналу про ймовірність невдачі, поразки, травми, конфлікту тощо (К. Горні, А. Прихожан, Я. Рейковський, Ч. Спілбергер та ін.) [161; 162; 163; 180; 207; 208; 236]. Тривожності властива своєрідна антиципаційна, адже вона може спонукати людину до уникнення тих несприятливих ситуацій, які її породжують. Тому відомими є випадки, коли деякі люди навмисно нагнітають у себе прояви тривожності, оскільки негативні переживання (непевненість у власних силах, недовіра до власних здібностей, занижена самооцінка, розбалансоване самоприйняття, надмірне самодлубання і самокартання, песимістичні прогнози і похмурі передчуття тощо) певною мірою підготовляють їх до негативного результату. Завдяки цьому може істотно пом'якшитися болісно травмогенна дія стресового чинника. Важливою функцією тривожності є її безпосередня участь в організації таких форм поведінки, які полегшують переживання людиною стресових навантажень.

Оскільки в загальному процесі діяльності людини проявляється і ситуативна тривожність, і особистісна, то регулятивна функція є для них спільною. Правда, для ситуативної тривожності регулятивна функція відбувається в конкретній ситуації, тоді як для особистісного виду тривожності регулюються загальноособистісні поведінкові тактики і стратегії. Отже важливим є семантично-функціональний ракурс аналізу тривожності, зокрема з урахуванням специфіки вікового, статевого, сімейного, соціально-статусного та іншого стилю життєдіяльності людини.

У колі багатьох детермінант виникнення тривожності виокремлюють дві основні групи: безумовні (безпосередні) й обумовлені (опосередковані) Т. Артюхова, А. Прихожан, Я. Рейковський та ін.) [7; 161; 162; 163]. Найбезпосереднішими чинниками, які актуалізують стан тривоги, є психофізіологічні процеси, що відбуваються в людському організмі, тому соматичні захворювання, збої в серцево-судинній системі, надмірна функція щитовидної залози доволі часто виступають причиною немотивованої, безпідставної, сильної, нападopodobної (іноді й патологічної) тривоги. Тривожність виникає при існуванні конфлікту мотивів, наприклад, когнітивний дисонанс через розбіжності мотиву досягнення і мотиву уникнення невдачі.

Серед переліку негативних особистісних переживань тривожність займає важливе місце, оскільки досить часто призводить до психоемоційного вигорання і психофізичної втоми, до істотного зниження працездатності, погіршення продуктивності виконуваної діяльності, породжує труднощі і бар'єри в міжособистісному спілкуванні, блокуючи іноді не лише соціальну перцепцію, але й навіть звичні комунікативні акти. Тривала і непереборна підвищена тривожність на тлі загостреної депресії та фрустрації згодом може перерости у психосоматичні варіанти різних захворювань.

Тривожність спроможна відволікати увагу людини, адже, думаючи про свою некомпетентність, вона починає діяти неправильно і невпевнено, демонструючи неадекватність, хаотичність і амбівалентність поведінки, погіршуючи внаслідок цього ефективність власної діяльності.

Якщо високий рівень тривожності, який проявляється як підвищена напруга, надмірне напруження, стимулює активізацію правильних особистісних реакцій, то можливим є також і такий підхід, згідно з яким якраз тривога сприяє вирішенню лише простих завдань, а під час вирішення складних завдань постає стан напруженості, який активізує дві основні реакції: правильну і неправильну. Внаслідок цього у високотривожних осіб кількість помилок істотно зростає. Згідно з таким баченням, по суті, тривога погіршує та ускладнює вирішення людиною складних завдань та виступає істотною гальмівною детермінантою повноцінної особистісної психогенези.

Дослідники відзначають, що тривожність не доцільно трактувати тільки як негативно гальмівну і несприятливу психічну властивість, яка набуває травмогенних ознак, ускладнює, спотворює або й руйнує позитивні вчинки й оптимістичні налаштування людини. Такі сутнісні ознаки і змістові особистісні риси як інтелектуальний рівень, мотиваційно-спонукальний потенціал, системне самоусвідомлення як поєднання самооцінки, самоакцептації, самоствердження, саморегуляції тощо, певний тезаурус духовно-моральних властивостей і чеснот, адекватність провідного індивідуального стилю діяльності та багато інших мають зворотню координаційну та регуляційну функцію щодо тривожності [7; 8; 26; 40]. Отож крім негативних функціональних настановлень тривожність спроможна забезпечити людині можливість попереднього налаштування всіх функцій організму на потенційні та ймовірні труднощі в умовах ризику й небезпеки, яка насувається, а тому виступає позитивним, сприятливим і корисним результатом діяльності людини. Зазначимо, що підвищена тривожність найчастіше проявляється як індивідуальна особистісна властивість, її типова поведінкова тактика і характерологічна риса, які знаходять своє вираження на рівні різномодального страху, надмірного і частого хвилювання, перебільшеної боязні, помітної невпевненості і загостреного стану тривоги в таких ситуаціях, що загрожують ймовірними невдачами, психічним тиском, фізичним насиллям тощо.

Як відзначає Я. Гошовський, феномен депривації дуже негативно впливає на становлення особистості, оскільки її життєдіяльність постійно супроводжується підвищеним і загостреним фоном різновидової тривожності, а отже, необхідно активно застосовувати ревіталізаційні (психореабілітаційні, соціорекреаційні, ресоціалізаційні та ін.) технології для зниження нервово-психічної напруженості, афективно-імпульсивної розбалансованості та високого рівня психоемоційного вигорання і невротизму [57; 58; 59].

У контексті деприваційної тематики І. Мудрак розглядає вплив тривожності на життєдіяльність людини в екстремальних ситуаціях, зокрема в умовах пенітенціарного стресу. Дослідник наголошує, що основні концептуальні положення науково-психологічного вивчення феномену тривожності в умовах позбавлення волі зводяться до визнання таких основних тенденцій: 1) перебування у пенітенціарній установі доволі часто пов'язане із субкультурною взаємною криміналізацією, а отже, і виникненням цілої низки негативних характерологічних рис і психоемоційних станів та властивостей; 2) типовими симптомокомплексами депривованої людини є прояви агресивності, відлюдькуватості, ригідності, жорстокості, негативізму, психоемоційного виснаження і вигорання; 3) депривація як форма соціальної ізоляції вражає емоційну сферу засуджених, зокрема вносить помітні корективи в темп, ритм і силу емоційних реакцій, посилюючи або спотворюючи їх та надаючи окремим фазам прояву ознак гострої імпульсивності, некерованості, статичності тощо. Підвищена тривожність визначається перманентним станом і головною причиною невротичності в осіб, які відбувають покарання [142].

Отож, узагальнивши, констатуємо, що *тривожність як основний чинник невротизації особистості істотно детермінує результативність і продуктивність її провідного виду діяльності і прямо або опосередковано відображається на змістовно-функціональних характеристиках її психоструктури, насамперед на емоційно-когнітивних та духовно-моральних параметрах і потенціалах.*

Загалом, різноманітні стресори й негаразди сучасної дійсності активно стимулюють надмірний рівень тривожності і викликають істотні порушення психофізичного здоров'я людини, тому зауважуємо як значне збільшення ризику розвитку багатьох онкологічних, серцево-судинних, автоімунних захворювань, а також нервово-психічних розладів та інших патогенних станів, так і підвищено невротичне реагування на них. Звичайно, найскладніше впливає тривожність на життєдіяльність вагітних жінок. Окреслене проблемогенне коло потребує задіяння розгалужених емпіричних студій та активних ревіталізаційних зусиль.

1.1.1. Психологічні особливості тривожності жінок під час вагітності

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 [3; 62; 67; 168].

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 [4; 15; 33; 51; 172].

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 [54; 65; 66; 73; 77; 105].

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 [138; 149; 169; 170].

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 [18; 40; 41; 101; 103].

У дослідженнях, присвячених аналізу особливостей прояву тривожності у жінок під час вагітності, були встановлені численні системи детермінант, які викликають страх і тривогу у вагітних [94; 104; 190; 195; 196].

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 незадовільними умовами проживання, конфліктні взаємини з близькою родиною істотно підвищують ризики появи і прогресування нервово-психічних і психосоматичних захворювань як у вагітної, так і в плоду [4; 94].

Як зазначають В. Брутман і М. Радіонова, підвищену тривожність потрібно тлумачити в контексті формування почуття прив'язаності матері до дитини в період вагітності [31; 32; 33], а М. Голубев підтримує розгляд підвищеної тривожності у тісній кореляції з різномодальними страхами, які охоплюють вагітну жінку через переживання за здоров'я дитини та власний психофізичний стан [54]. До речі, М. Труфанова навіть вибудовує фізіологічну модель стресу очікування в жінок, важливою ланкою якої виступають страхи і стреси очікування народження дитини [191].

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 [125].

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 [170].

З погляду Л. Рудіної, тривожність вагітних жінок лежить у площині їхніх індивідуально-психологічних особливостей адаптивності до стану вагітності [173], а Н. Терещенко вбачає причину загострення психостану тривоги у зв'язку зі змінами в усвідомленні власної статевої ролі та структури жіночої тілесної ідентичності [186].

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 [213].

У контексті вивчення психостанів вагітних жінок А. Шмуклер, здійснивши детальний аналіз фахової літератури стверджує про високу ймовірність психозів вагітності як реакції на підвищену тривожність [218].

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 [216].

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 [82; 134].

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

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].

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 [6; 9; 10; 15; 29; 40; 46; 53; 79; 100; 105; 106].

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 «внутрішньоутробному спокоєві» дитини.

Отож 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.

1.2. Особистісна фрустрованість у психогенезі вагітної жінки

У різновекторних вимірах наукового соціономічного аналізу, зокрема в медико-психологічному ракурсі, вагітність визнається вкрай важливим періодом для будь-якої жінки, адже це не лише час змін і перетворень, але й період найвідповідальнішого життєвого циклу – народження потомства, примноження нових генерацій [102]. Типовими проявами і наслідками вагітності є різнобічні ототожнювальні особистісні трансформації, зокрема на рівні особистісної, гендерної, тілесної, сексуальної, професійної та інших ідентичностей [14; 49; 91].

Типовою констатацією стало визнання того, що вагітним жінкам притаманно домінування унікального специфічного психостану – своєрідного дитиноцентризму, оскільки вони мимоволі і цілеспрямовано зосереджені на

власному внутрішньому мікросвіті, ключовим осердям якого є майбутня дитина, переживання і тривога за здоров'я якої істотним чином впливають на їхнє самоусвідомлення та самопочуття як на афективному, так і на когнітивному рівнях. Базові показники психоемоційної сфери вагітної жінки (настрій, самопочуття, активність, тривога, емоційно-вольова напруженість, збудливість тощо) відіграють важливу роль у формуванні почуття материнства. Звичайно, що несприятливе психоемоційне тло (депресивність, суб'єктивне відчуття самотності, тривожність, невротизм, агресивність, фрустрованість тощо) дуже негативно впливають як на перебіг вагітності, так і мають загрозове значення для психофізичного здоров'я і матері, і майбутньої дитини [111; 112; 116; 123; 139; 182; 183; 185; 192].

У низці досліджень багатьох учених (С. Абрамова, В. Брутман, І. Добряков, С. Мещерякова, М. Радіонова, Л. Стоун, Г. Філіпова, Е. Шортер та ін.) відзначено, що афективність жінки під час вагітності безпосередньо впливає на емоційні стани дитини та їхню генезу як в пренатальному, так і в постперинатальному періоді, адже існує тісний психофізіологічний симбіоз на рівні «матір – дитина» [33; 194; 195; 196]. Відомо, що вже в лоні матері дитина дуже активно реагує на її загальний психостан, транслюючи у власну сутність усю гаму її тривог, переживань, розладів, конфліктів тощо [32]. Отож вивчення впливу фрустрації на життєдіяльність вагітної жінки набуває особливої актуальності, оскільки якраз гармонійність її психоемоційних станів значною мірою виступає індикатором ставлення до пологів і майбутнього материнства та засвідчує про готовність/неготовність виношувати і народжувати дитину.

Традиційно вважається, що вперше поняття «фрустрація» було використано З. Фройдом у тісному кореляційному розумінні взаємозв'язку з агресією [198]. Крізь призму біхевіористських теорій фрустрація трактується як певна зміна або помітне загальмування очікуваної реакції, тобто як блокатор і перепона діяльності. Зокрема виокремлюють такі основні біхевіористські підходи до фрустрації: 1) теорія «фрустрації – агресії» (Дж. Доллард, О. Мауер, Н. Міллер); 2) теорія «фрустраційної регресії» (К. Левін, Т. Дембо); 3) теорія «фрустраційної фіксації» (Н. Майер) [49; 52; 116].

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 загальноновизнаним є структурно-семантичне розуміння її як одного з найважливіших психічних станів людини.

Отож фрустрацію найчастіше трактують як особливий психічний стан, що появляється у почуттях тривоги, гнітючого неспокою, глибокого відчаю та приреченості. Основною причиною виникнення такого ускладненого психостану є ситуація, що оцінюється особистістю як загроза, яку важко нейтралізувати й уникнути на шляху до цілеспрямованої реалізації важливої діяльності. Фрустрація породжує в афективній сфері людини незвідану тривогу, постійне роздратування, немотивоване обурення, невпинне відчуття власної провини, а також інші амортизаційні негативні психостани. Загальновідомим є твердження Г. Сельє про фрустрацію як стрес через нездійсненну надію.

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 похмурих світобачення, 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 [153].

Отож 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

макродовкілля з блокуванням цілеспрямованої поведінки. Отож 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; 76; 80; 234].

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 уявлуваням або справжніх 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.

Небажана вагітність, ускладнений мікроклімат у сім'ї, часті сімейні конфлікти, несприятливі умови проживання, відсутність опіки, турботи, розуміння і любові з боку близьких людей породжує підвищено загострене фрустраційне тло. Зауважимо, що серед різновекторного багатоманіття психологічної проблематики нашого складного трансформаційного соціуму вкрай важливою постає проблема врахування і нейтралізації численних

негативних психоемоційних станів якраз вагітної жінки. У контексті цього дуже гостро виокремлюються афективні порушення психологічного світу жінок, які перебувають у стані вагітності, готуються до народження дітей, забезпечуючи тим самим генеративний поступ людства. Тривожність, страхи, депресія, апатія, підвищений рівень невротизму є лише окремими похідними, які засвідчують надзвичайно ускладнену афективну психогенезу вагітної жінки. Безперечно, проблема вивчення фемінінної невротизації виступає значущою не лише в ракурсі експериментальних досліджень, але й у вимірі теоретичного осмислення такого кола актуальної психологічної інформації. Відносна малочисельність опублікованих наукових праць з цієї проблематики зумовлена насамперед превалюванням медичного ракурсу висвітлення тих чи інших закономірностей і парадоксів психоемоційного розвитку і поведінки вагітних жінок [10; 15; 18; 31; 98; 218].

Отож аналітичний підхід до встановлення теоретичних конструктів тривожності і фрустрації як чинників, що детермінують високу невротичність вагітної жінки, видається актуальним і потрібним як для загальної та медичної психології, так і для самих суб'єктів дослідження, адже від рівня збалансованості їхнього афективного світу залежить як пренатальна гармонія розвитку дитини, так і успішний психоемоційний розвиток упродовж подальших етапів життєвого шляху.

У дослідженнях фемінінної самоакцептації Д. Гошовська і Я. Гошовський відзначають, що у дівчаток, які виховувалися в інтернатних закладах в умовах сімейної депривації, активно проявляються: 1) проблема ідентифікації; 2) проблема орієнтації в жіночих соціальних ролях; 3) проблема образу самої себе; 4) проблема образу світу; 5) проблема страху. В деприваційних умовах закритої навчально-виховної установи дівчатка мають змогу ідентифікуватися у першу чергу із своїми депривованими подругами, тоді як образ жінки, матері, господині в них значно збідненіший і стереотипніший, ніж в одноліток зі звичайної нуклеарної сім'ї. Афективність дівчаток, які не знали метаринської любові, відзначається підвищеною різнотиповою тривожністю (насамперед самооцінною та міжособистісною),

загостреною ранимістю і вразливістю, помітною неадекватністю та невпевненістю в собі. Депривованим дівчаткам навіть у юнацькому віці притаманні низька самооцінка, розладнане й дифузне саморозуміння, недостатня вимогливість до себе, аморфність і кволість у самовдосконаленні тощо. Водночас у них підвищений рівень знервованості, дратівливості, образливості, гіперсензитивної ранимості, тобто майже всі емоційні параметри психоструктури відрізняються від загальновікового і загальнопопуляційного. Засвоєне у дитинстві відчуття втраченого/ненабутого родиногенезу, тривожності і страху згодом у дорослому віці може призвести до зміщення в системі цінностей, песимістичної та звуженої картини світу, загального депресивного модусу самосвідомості. Вагітність жінок, які пережили сімейну, материнську, інституційну депривацію, безперечно, перебігатиме складніше як в афективному, так і в соціальному плані, а тривожність, невротизм, фрустрація виступатимуть прикрими супутниками цього процесу [56; 57; 58; 59; 60; 61].

У дослідженні С. Прахової висвітлено психологічну природу, зміст і структуру феномену фрустрації та похідних від нього, наголошено на особливостях розвитку цього явища в людей різного віку і статі, зокрема в залежності від тих обставин і домінуючих афективних станів, які переживаються «тут і тепер», а також на врахуванні широкого кола детермінант, серед яких сімейне довкілля є одним із головних [160].

К. Максименко, презентуючи поліфундаментальний аналіз специфіки переживання особистістю негативних психічних станів, наголошує, що фрустрація, тривожність, депресивність, соціальна аутистичність серед іншого виникають на тлі розладнання сімейного мікроклімату і особливо гостро на них рефлексують якраз жінки, що мають розлади здоров'я, зокрема й вагітні [132].

Про існування чітко помітних статевих відмінностей в особливостях прояву фрустрації як психічного стану людини стверджує С. Кравчук, відзначаючи особливу складність фемінінної реакції та психоемоційне переживання жінок, які мають особливі життєво-соціальні статуси і ролі [115].

А. Филимонова веде мову про те, що сприйняття феномену тривоги тісно залежить від міри фрустрації взаємин з навколишніми людьми, особливо на рівні сімейного спілкування [192], 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 [80].

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 [199].

Виходячи з окресленого, дуже важливим завданням постає якраз встановлення специфіки несприятливого сімейного мікроклімату як одного з найважливіших чинників фрустрованості, тривожності й підвищеної невротизації у вагітних жінок.

Ведучи мову про невротизацію особистості як специфічну і складну форму її ймовірного переростання у невротичне захворювання, варто відзначити, що здебільшого підвищена невротичність проявляється насамперед у дезорганізуючих психоемоційних станах як потужних чинниках пригнічення діяльності психіки, тому у вагітних жінок притлумлення афективного життєвого тону є дуже небезпечним і загрозливим як для матері, так і для майбутньої дитини.

Слід наголосити, що фрустрація і тривожність мають свій диференційний вплив не лише психологічним змістом або спрямованістю, але й за часовою тривалістю. Типові психічні стани, які маркують фрустрацію і тривожність, можуть бути як короткими спалахами вербальної, фізичної агресії або ситуативної чи перманентної тривоги, а можуть також проявлятися як тривалі

настирливі і нав'язливі психостани, що зумовлюють депресивність настрою, апатійність поведінки, тобто залишаються помітними афективними слідами в загальноособистісному розвитку. Тому вагітні жінки можуть переживати їх як на початку вагітності або безпосередньо перед пологами, так і упродовж усього терміну вагітності. До речі, нами на емпіричному рівні тривалий час досліджуються прояви тривожності і фрустрованості у жінок, які мають різний досвід народжуваності: від першого разу до п'ятої та більше народжуваності.

Психологічною закономірністю констатується те, що параметр інтернальності-екстернальності, який базується на суб'єктивних уявленнях про спроможність до різної локалізації механізмів самоконтролю лежить у сутнісній основі такого твердження – люди з різним локусом контролю будуть по різному реагувати на фрустраційні ситуації та фрустраторів. У вагітних жінок з проблемних сімей виникають численні труднощі в застосуванні адаптаційних механізмів, адже функціонує тісний прямий зв'язок між тривожністю, фрустрацією і рівнем суб'єктивного контролю, який, як відомо, виступає фактично індикатором основного напрямку реакції на фрустраційну ситуацію. Нами зауважено, що доволі часто значна кількість таких жінок схильна брати на себе відповідальність за певні неприємні події, демонструючи внутрішній локус контролю, хоча в тих, які збираються народжувати вперше, помітна тенденція шукати винуватців проблем і такого свого кризового психоемоційного стану серед інших, тобто в режимі зовнішнього локусу контролю.

Цілий спектр різноманітних за змістовою семантикою емоційних станів має все ж таки спільну низку загальних ознак, які зводяться до констатації того, що особистість практично майже не реагує на різномодальні зовнішні впливи, перебуваючи у домінуючому силовому полі дезорганізуючого психоемоційного стану, який може лише посилюватися під несприятливим впливом негативних стимулів, що загалом призводить до втоми, виснаження, відчуття спустошеності і самотності.

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 своєрідної 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.

Типовими факторами ризику виникнення невротично-афективних порушень є насамперед соціально-емоційні – відсутність підтримки з боку сім'ї, чоловіка, зачаття внаслідок згвалтування тощо й акушерські – передчасні пологи, супутні захворювання матері, низька вага немовляти, гіперзбуджуваність дітей тощо. Загалом, надмірна тривожність, фрустрованість і загальна напруженість емоцій у вагітних жінок призводять до синтезу певних гормонів, які проникають через плаценту та потрапляють до плода, змінюючи плацентарний склад та навколоплідні води. Внаслідок цього відбувається порушення зв'язку «мати – плід», що негативно впливає на майбутній розвиток

дитини і може згодом упродовж онто- і соціогенезу призвести до афективних порушень уже в дорослому віці [134; 162; 163; 196; 203; 204].

Зазначимо, що важливим чинником афективних розладів вагітної жінки постають сімейні конфлікти, алкоголізм чоловіка, його аморальна поведінка, тобто відсутність уваги і чуйності до неї, тому жорстке, зневажливе і байдуже ставлення призводить до виникнення так званої «ерзац-сім'ї», проживаючи в якій, вагітна жінка зазнає різноманітних форм сімейної депривації та має низьку опірність до психоемоційного вигорання, розчарування, песимізму і апатії [207; 215]. У такому несприятливому соціодовкіллі у вагітної жінки виникає висока ймовірність не лише тривожності, фрустрації, депресії, але й загроза інших не менш гострих і негативних особистісно-емоційних деструкцій у процесі подальшого розвитку етапів вагітності. Підвищена психічна тривожність, недостатність спонукально-мотиваційної сфери, блокованість і перепади прояву емоційно-вольових конструктів, загальні дисфункційні проблеми з побудовою нового образу Я (насамперед фізичного) та усталеної і гармонійної Я-концепції. Розладнання важливої ланки комунікації з чоловіком як партнером з дружнього спілкування, втрата віри у спільність поглядів, настроїв, життєво важливих морально-ціннісних орієнтацій, породжує появу емоційного холоду, віддзеркалюючись тим самим у частих випадках вербальної агресії, перцептивних конфліктів, розчарування, озлоблення та інших негативних психостанів. Сімейні негаразди істотно збіднюють і звужують позитивний фон емоційності вагітної жінки, збіднюючи його різномодальні параметри та породжуючи невротичність, тривогу, фрустрацію.

Вагітним жінкам стає притаманною загострена потреба в інтимно-особистісному спілкуванні, особливій гуманності і емпатійності комунікативного простору, звуженні кола безпосереднього спілкування, що в умовах проблемної сім'ї може призвести до підвищеного рівня суб'єктивного переживання самотності або й до самоізоляції з акцентуванням на розмовах насамперед з внутріутробною майбутньою дитиною. Пригнічення емоційно насиченого позитивними моментами внутрішньосімейного спілкування

зумовлює скутість комунікативного простору, якраз і культивує у вагітних відчуття пригніченості, самотності, незахищеності, знехтуваності тощо. *Сімейний мікроклімат, який не забезпечує формування повноцінних гуманних взаємин, пронизаний фрустраційними й апатійними намірами, зумовлює підвищений рівень невротизації та є загрозою для повноцінного афективного розвитку дитини на етапі ускладненої пренатальності.* Така своєрідна психоемоційна комунікативна ізоляція спричиняє підвищену конфліктність взаємин, самоконфліктність усвідомлення власного Я, негативно впливає на адекватність поведінкових реакцій вагітної жінки, понижуючи її спроможність до опору від емоційно неврівноважених і байдужих ставлень. Унаслідок цього відбувається надмірне накопичення негативного афективного потенціалу, що зумовлює появу станів фрустрації, страху, песимізму, тривоги, невпевненості, нервово-психічного напруження тощо. Вагітна жінка, не відчуваючи позитивної емоційної підтримки, зазнає випробувань у процесі формування мотивів власної діяльності, переживає за збереження шкали духовних цінностей, загострено реагує на систему оцінок її зовнішності, відчуває ускладнення із побудовою своєї самооцінки, що істотно позначається не лише на її особистісній комфортності/дискомфортності, але й проявляється у розбалансованості взаємин з рідними і друзями і що найважливіше – на спілкуванні із собою та майбутньою дитиною.

Несприятливий сімейний мікроклімат впливає на всі рівні самоакцептації вагітної жінки та віднаходить свої прояви у хибках і перепадах самоприйняття на рівні зовнішності, поведінки, характеру, ставлення до виконання справ. Відбуваються помітні розлади в усвідомленні самоакцептивної атрибуції, тому жінка може ловити себе на думці про часте незадоволення своєю зовнішністю, втрату принадливості тощо. Невміння керувати власними емоціями, своїми почуттями призводять до помітної поведінкової невпевненості, боязкості і тривожності під час самоаналізу і загалом стимулюють зневіру в своїх силах та психоемоційне виснаження і вигорання.

Загалом, тривожність, фрустрація і підвищений невротизм вагітної жінки, яка проживає в мікрокліматі проблемних або девіантних взаємин у сім'ї є складним симбіозом і розгалуженим структурно-системним утворенням, що має досить часто циклічний характер. Суть цієї своєрідної циклічності полягає у багаторівневому і багатогранному процесі переходу від підвищеної тривожності до загостреної фрустрованості та нестабільно високої невротизації, виникнення яких зумовлено низкою психологічних і соціальних детермінант.

Узагальнюючи, зазначимо, що психологічні особливості сприятливого впливу гармонійної сім'ї на здоров'я вагітної жінки повинні стати культурологічною та медико-психологічною нормою, адже від цього залежить і народжуваність здорових дітей, і взаємозв'язок між рівнем екзистенційної самоактуалізації жінки-матері та її задоволеності сімейним життям. Розладнані сімейні взаємини зумовлюють певні перекоси у парадигмі маскулінності й фемінінності, тому через соціальну й біологічну сутність жінки як матері, спроможної зачати, виносити і народити дитину, особлива увага повинна бути зосереджена на забезпеченні її сприятливого гомеостазу на рівні любові, поваги і захищеності. Вважаємо, що якраз негативний вплив проблемної сім'ї (алкоголізм, агресія, сімейне насилля тощо), конфліктне і розладнане кризове комунікативне коло взаємин, а також фактори сімейної депривації мають чи не найбільше значення для появи і розвитку тривожності, фрустрації, нервово-психічного напруження і загального психічного здоров'я вагітної жінки. Несприятливий або девіантний сімейний мікропростір призводить до розвитку у вагітних жінок неадекватності, провокує неповне, неадекватне, неправильне і незадоволене самоприйняття, стимулює агресивність стосовно навколишніх людей як реакцію на надмірний тиск і вплив різнотипних фрустраторів, а це негативно позначається на психофізичному здоров'ї жінки та майбутнього потомства.

Отож типовими психоемоційними реакціями жінки під час вагітності, що здебільшого є похідними симптомами і наслідками фрустрації є переживання, роздратування, розчарування, тривога, гнівливість, відчуття самотності,

знехтуваності, провини, занепокоєння через ймовірну невдалість пологів та інші депресивні модальності. Фрустрація зумовлює підвищений особливий стан емоційного нервово-психічного напруження і породжує цілу гаму негативних емоцій, які несприятливо впливають на здоров'я майбутньої матері та ще ненародженої дитини.

1.3. Невротичне ставлення до материнства й ускладнені тривожні та фрустраційні психостани вагітних жінок

Складний етап становлення нашої держави в умовах соціально-економічної нестабільності і воєнних дій у східних регіонах зумовлює високий рівень психоемоційної напруги як у суспільних, так і в особистісних площинах життєдіяльності. Глобальні проблеми депопуляції населення через несприятливу демографічну ситуацію і трудову міграцію знаходять своє відображення у різних сферах соціального буття людини: від індивідуально-суб'єктних до громадсько-політичних. Підвищений фон психоемоційної напруженості зумовлює переживання значною кількістю громадян станів тривожності і фрустрації, невпевненості й апатії, соціального песимізму й особистісної безпорадності [115; 117; 121; 148; 157; 168; 169; 214; 219].

Особливо складно відбувається вплив соціально-депресивних чинників на психофізичне здоров'я і соціальний добробут вагітної жінки – майбутньої матері, покликаної забезпечити генеративний поступ спільноти насамперед через народження здорового потомства. По суті, *в гнітючих ускладнених соціально-економічних умовах можна стверджувати про надто часті прояви невротичного ставлення до материнства значної кількості вагітних жінок*, адже крім внутрішньопсихологічних тривог, переживань за виношування дитини істотний вплив має зовнішньопсихологічний детермінаційний ряд соціального характеру (нестача комфортних медико-побутових умов для народження, острах некваліфікованих лікарів-хабарників, відсутність коштів на медикаменти тощо).

Розкриваючи вплив постмодернізму на психологічні підходи до вивчення сім'ї Є. Потапчук та О. Посвістак, відзначають, що вагітність іноді розглядається як особистісна криза, переживши й подолавши яку, жінка отримує значний потенціал розвитку. Відбуваються помітні і значущі статусно-рольові й афективно-сміслові перебудови особистості, насамперед завдяки набуттю материнської ідентичності. По суті, відбувається ціннісно-смістова перебудова і перегляд життєвої перспективи/ретроспективи, ревізія ієрархії особистісно значущих цілей і сенсів, сподівань і здобутків. Неспроможність подолати цю кризу провокує невротичний модус свідомості, супутніми ознаками якого постають фрустрація, тривожність, депресивність та інші особистісно амортизаційні психостани [157; 158].

Серед різноманітних детермінант, що зумовлюють перебіг отно- і соціогенез жінки на етапі вагітності, однією з найважливіших і найвідповідальніших постає психологічний мікроклімат її взаємин, оскільки якраз він значною мірою супроводжує успішність виношування та народження здорових дітей. Безперечно, феномен вагітності поміж різних філософських, медичних, психологічних та інших вимірів і підходів трактується насамперед як відповідальний екзистенційний період у житті жінки, її сім'ї, коли *домінують психостани як щасливого очікування материнства, так і фрустраційно-тривожні й невротичні переживання через величезну відповідальність за життя і здоров'я виношуваної дитини.*

Складність цього періоду спричинена ще й тим, що зачаття, виношування, народження дитини для більшості жінок постає вкрай важливим випробуванням, адже відбуваються великі перетворення й видозміни не лише тіла, а й помітні зрушення у їхньому психосвіті. Попри те, що зазвичай вагітна жінка насамперед починає приділяти підвищену увагу до свого фізичного здоров'я, все ж таки не менш важливим завданням є посилення психологічної готовності до тих змін, що настають, тобто набуття знань і вироблення навичок для усвідомленого переживання як позитивних, так і ймовірних несприятливих проявів і змін. Якраз тому в центрі уваги повинні знаходитися

проблеми віднайдення шляхів і способів активізації адаптаційного потенціалу організму вагітної жінки, які в умовах зростання різномодальної стресогенності соціуму лише загострюються, а отже загрозливим чином впливають як на здоров'я майбутньої матері, так і її дитини [24; 47; 49; 51; 222].

Потужним невротичним чинником визначається насамперед несприятлива соціоекологія і стреси під час вагітності, які зумовлюють зростання кількості репродуктивних втрат, істотних психофізичних ускладнень вагітності та порушень нормального розвитку плода, проявляючись у невдалих передчасних пологах, народженні дітей з недостатньою вагою та реалізуючись у цілому комплексі найрізноманітніших психосоматичних і психопатологічних розладів [55; 90; 94; 173].

Нормальний перебіг гестації тісно корелює з психофізичною адаптацією організму жінки до складних реалій вагітності і навпаки – будь-які ускладнення психічного або фізичного стану жінки відображаються на здоров'ї майбутньої дитини.

На підставі аналізу досліджень з окресленої проблематики можна стверджувати, що зауважується здебільшого чітко виражене медико-психологічне спрямування, зокрема в річищі акушерсько-гінекологічного трактування і в контексті охорони здоров'я [65; 66; 138; 149].

Крізь призму сучасних медичних наукових підходів В. Сюсюка завдяки якісному вдосконаленню ключових методів діагностики та встановлення специфіки вегетативного балансу, біохімічного гомеостазу й гормонального профілю у вагітних жінок, які переживають психоемоційні зміни і порушення, розробив комплексну програму медико-психологічної корекції, що зосереджена на істотне зниження частоти акушерської та перинатальної патології. На емпіричному рівні дослідником констатовано, що порушення і зміни психоемоційного стану у вагітних жінок можна охарактеризувати насамперед через середній/високий рівні особистісної (97,2 %) і ситуативної (74,8 %) тривожності, а також помітне зростанням рівня нейротизму і зниженням

самопочуття, активності та настрою. Зазначено загальне збільшення станів неротичності й афективної розбалансованості у вагітних жінок [181].

Розкриваючи базові постулати фемінінної самоакцептації, Д. Гошовська наголошує особливу роль періоду вагітності у функціонуванні свідомості, самосвідомості і самоприйняття жінки фертильного віку. Вчена стверджує, що прийняття жінкою власної видозміненої тілесності виступає унаочненням набуття нової ідентичності та породжує позитивне емоційне тло, яке супроводжує перебіг вагітності і формування феномену усвідомленого материнства. Негативна самоакцептація (самонеприйняття) зумовлює невротичне самоствавлення та самоусвідомлення вагітних жінок [56].

На підставі результатів вивчення психологічних особливостей становлення суб'єктивної готовності до материнства вагітних жінок Н. Шмілік робить висновок, що материнство виступає базовою життєвою цінністю в мотиваційно-смісловій сфері жінки. На рівні емпіричного дослідження констатовано тісний зв'язок рівня сформованості суб'єктивної готовності до материнства з домінуючим стилем переживання жінкою вагітності, а також цінністю дитини для майбутньої матері і типом ставлення до неї (суб'єктивним, амбівалентним, об'єктивним). Як відзначає дослідниця, адекватний стиль переживання вагітності цілком відповідає готовності жінки до материнства, тоді як тривожний та ігнорувальний стилі фіксують неготовність. На рівні виявлених статистично значущих відмінностей у мотивації материнства вагітних жінок з різним рівнем суб'єктивної готовності встановлено, що найважливішу роль відіграє цінність дитини і ставлення до неї. Отож готовність як позитивне ставлення до вагітності супроводжується цілою гамою афективних переживань, однак найважливішим чинником визначається те, наскільки дитина бажана і виступає для матері самодостатньою особистістю, а наскільки лише засобом для задоволення якихось інших намірів і потреб. Негативне ставлення до вагітності породжує у вагітних жінок численні невротичні реакції [217].

Здійснивши емпіричне дослідження факторів психологічного неблагополуччя вагітних жінок, К. Кулешова стверджує, що психостани під час вагітності залежать від успішності вирішення психологічних завдань кризи вагітності, тому особистісна психогенеза може відбуватися за моделями здорового, адаптивного і дезадаптивного розвитку. На думку дослідниці, сприятливими чинниками позитивного ставлення до вагітності виступають такі: досягнення материнської ідентичності, прийняття афектно-сміслових перебудов особистості і зміни власних соціальних ролей, а також набуття особистісного самовизначення і статусу зрілої особистості. Високий рівень усвідомленості життя, наявність розвиненої ієрархізованої системи ціннісно-сміслових орієнтацій, що забезпечують можливість активної життєвої позиції і позитивного несуперечливого самоствалення, позитивний досвід міжособистісних взаємин, високий рівень емпатії, інтерес до себе й інших, сформований конструкт життєвого досвіду називаються тими ключовими здобутками, які посилюють позитивне ставлення жінки до вагітності. Неспроможність до вирішення проблем кризи вагітності зумовлює дезадаптивні й невротичні реакції та вектори особистісного розвитку жінки і дитини, що перебуває в її лоні [120].

Звичайно, з метою уникнення невротичного тривожно-фрустраційного ставлення до материнства позитивне психологічне налаштування потрібно формувати заздалегідь, на вікових і соціальних етапах, які передують вагітності. Згідно з поглядами О. Баженової, Л. Баз, О. Копил, перебіг вагітності потребує широкого комплексного психологічного, психіатричного, медично-соціального обстеження, адже в жінки формується своєрідна «матриця материнства», яка виступає провідним прогностичним утворенням для розвитку материнської поведінки в післяпологовий період. Сприятливе ставлення жінки до власної вагітності як реалізації майбутнього материнства чітко залежить від психоемоційного налаштування на успішний перебіг вагітності, задоволеність власною материнською роллю, віра в успішний розвиток здорової і повносправної дитини. Несприятливе ставлення до

материнства відбувається на тлі підвищеної тривожності, фрустрованості, депресивності та сигналізує про невротичне усвідомлення і ставлення до вагітності і майбутніх пологів [12].

У річищі детального висвітлення феноменології пренатальності Н. Коваленко констатує, що засадничі уявлення про майбутнє материнство формуються у дівчаток на ранніх етапах онтогенезу завдяки механізмам наслідування, навіювання, зараження та у процесі взаємин з рідною матір'ю, а базальні утворення материнства значною мірою закладаються й усталюються вже в пренатальному періоді. Розлади позитивного ставлення до материнства спричиняють невротичні реакції та проявляються у підвищеній фрустрованості, прагненні до самотності, загостреній тривожності та інших амотризаційних психостанах [94].

Н. Дармостук, розкриваючи статеворольові й особистісні чинники формування психологічної готовності до материнства, трактує його як певне обистісне утворення, що концентрує в собі розкриття жіночої статеворольової ідентичності. Розглядаючи психологічну готовність до материнства як дуже складне й багатогранне особистісне утворення крізь призму дихотомійної моделі «готовність-неготовність», дослідниця відзначає, що у дівчат, перед якими не стоїть актуальне завдання планування родини, оскільки вони не одружені та не мають своїх дітей, проявляються такі чотири типи готовності: 1) брак готовності до материнства (відмова від материнства); 2) готовність до функціонального материнства; 3) готовність до ретрофлексивного материнства; 4) готовність до нуміозного материнства. Найнижчий рівень зрілості («тотальна незрілість») властивий дівчатам із «браком готовності до материнства»; найвищий рівень («цілісна зрілість») притаманний дівчаткам, зорієнтованим на нуміозне материнство, а середні рівні зрілості («фрагментарна зрілість») характерні тим дівчатам, які спрямовані на функціональне і ретрофлексивне материнство. Безперечно, найбільшу загрозу має відсутність готовності до материнства, адже супроводжує психогенезу

такої дівчини постійними нервово-психічними переживаннями і випробуваннями [65; 66; 67].

На думку Г. Азізової, серед найпомітніших психоемоційних змін у жінок під час вагітності постає якраз підвищена невротичність, зумовлена тривожністю і фрустрованістю [5], а В. Астахов у медичному ракурсі констатує, що пологи у жінок з психоемоційним стресом, зумовленим фетоплацентарною недостатністю і страхом ускладнень від пологів, відбуваються вкрай ускладнено та супроводжуються підвищеною невротичністю всіх учасників цього дійства [10; 11].

Описуючи найважливіші особливості психічного стану жінки під час вагітності, Т. Белавіна і Л. Слободченко акцентують якраз загострене невротичне тло [18], тоді як Н. Боровікова виокремлює високий рівень невротичності у вагітних жінок насамперед через розлади адаптації до нового образу «Я» та неспроможність вироблення продуктивної Я-концепції [27; 28; 29].

Згідно з твердженнями О. Вишневської, підвищена невротичність вагітної жінки виступає причиною раннього токсикозу, що дратує та виснажує як її, так і майбутню дитину [46], а С. Жук причиною невротичного ставлення до материнства й появу негативних тривожно-фрустраційних психостанів у вагітних жінок називає страх невиношування вагітності [79].

З погляду І. Іщенко, серед основних причин, які сприяють формуванню невротичних станів у вагітних, є надмірно часта робота з персональним комп'ютером, яка призводить до збільшеної роздратованості і вразливості, знижує поріг толерантності до стресу й загальну стресосійкість, унаслідок чого не дуже важлива інформація може сприяти виникненню астено-невротичного синдрому. Через таку своєрідну комп'ютерну адикцію у вагітних жінок, як і в їхніх новонароджених дітей, може виникнути багато ускладнень під час пологів та упродов подальшої життєдіяльності [87].

І. Бабюк, Б. Михайлов, Г. Селезньова та ін. виокремили такі найістотніші розлади у вагітних жінок : 1) довготривала нудота, особливо у перший

триместр вагітності; 2) дисоціативні (конверсійні) розлади, які провокуються будь-якими конфліктами та за різних обставин і впливають на посилення емоційного збудження, насамперед перманентний страх перед майбутніми пологами (до речі, найчастіше можуть проявлятися в різномодальних емоційних розладах, зокрема як самоосуд або іноді навіть як істеричні психози); 3) obsесивно-компульсивні розлади, коли до вже існуючих нав'язливих страхів жінки та її думок можуть приєднуватись нові: «доносити й народити дитину з нормальними наслідками», «щоб вдало відбулися пологи» тощо; 4) тривожні та тривожно-депресивні розлади – тривога, яка має стійкий, генералізований характер, однак у неї відсутні чіткі психологічні зв'язки з перебігом вагітності, часті скарги на дискомфортне самопочуття, постійна нервозність, м'язовий тремор, підвищене спітніння, прискорення серцевих скорочень, нав'язливі страхи, тощо; 5) депресивні невротичні розлади – кепський настрій, втрата інтересу і задоволення від речей, які колись приносили щастя, зменшення енергетичних потенціалів та постійне відчуття втоми, сповільнення активної діяльності, зменшення концентрації уваги, зниження самооцінки, безсоння, втрата апетиту тощо [169].

Ми солідарні з поглядами М. Нечаєвої та О. Штрахової [149] про те, що *вагітність є проявом специфічного третього стану в континуумі «здоров'я-хвороба»*, адже внутрішня картина вагітності наповнена численними складно діагностованими психогенними феноменами, серед яких зустрічаються і невротичність, і тривожність, і фрустрованість, і багато інших психоемоційних, фізіологічних, соматичних показників.

У контексті окресленого кола проблем особливо важливого значення набуває чинник надання психологічної допомоги вагітним жінкам. Висвітлення Є. Потапчуком особливостей формування продуктивного мислення у майбутніх сімейних психологів зводиться до констатації нагальної необхідності врахування аспектів надання психологічної допомоги вагітним у процесі фахової підготовки спеціалістів. Санаційне мислення психологів, помножене на тезаурус базових медико-психологічних знань і фахових навичок, дозволить

істотно гармонізувати кваліфікований супровід сім'ї, зокрема й насамперед у ракурсі сприяння здоровому перебігові вагітності [158].

Особливої науково-психологічної уваги потребують проблеми ранньої, хибної/помилкової, пізньої вагітностей. Отож у ракурсі нашого вивчення постали якраз малодосліджені аспекти вагітності жінок різного віку, насамперед на етапі так званої пізньої вагітності (після 35 років), адже якраз тоді відбуваються істотні афективні зміни, насамперед у плані підвищення тривожності, загострення фрустрованості та посилення невротизації.

Підсумовуючи, зазначимо, що негативний невротичний характер ставлення до майбутнього материнства має несприятливий вплив на ще ненароджену дитину. Стреси, тривоги, конфлікти провокують у майбутньої матері розлади роботи всіх життєво важливих систем і органів, а це у свою чергу негативно впливає на психофізичний розвиток дитини. Стресогенність вагітності породжує неспецифічні соціальні, психічні, фізіологічні, біохімічні відповіді жіночого організму, що зорієнтовані на адаптацію до вже змінених під дією різних стресорів умов та відновлення гомеостазу. Спроможність регулювати власні негативні психічні стани, зокрема фрустрацію, тривожність, невротичність, які активно деструктують вагітну жінку, є однією із найважливіших характеристик її психологічної готовності до пологів як народження здорової та повносправної дитини.

Висновки до першого розділу

1. Розкрито змістову і функціональну сутність феномену тривожності як полімодального психостану, який детермінує повсякденну життєдіяльність людини. Відзначено, що економічна нестабільність, політична стагнація суспільства, загроженого воєнними діями, породжують загострене відчуття екзистенційної небезпеки, підвищений рівень тривоги, надмірної фрустрації, гнітючої депресії та низки інших негативних і дискомфортних психоемоційних станів особистості. Ускладнений фон тривожності відображається в таких

поведінкових тактиках і стратегіях людини, які засвідчують невпевненість, неадекватність, депресивність та зумовлюють амбівалентність, відчуття знехтуваності й меншовартості. Встановлено, що наукова традиція аналізу людської тривожності фіксує переважно такі основні підходи: типовий психічний стан як реакція на ймовірні загрози; особливий психічний стан, який найчастіше проявляється в кризових чи екстремальних умовах; специфічна властивість людини; багатоманітне емоційне переживання переважно негативної спрямованості; реалізація страху тощо. Костатовано, що серед низки психологічних досліджень, присвячених вивченню тривожності особистості як багатогранного явища, чітко простежуються два основні вектори: психодіагностичне встановлення видового характеру тривожності та розробка психотехнологічних прийомів для корекції цього стану.

Висвітлено специфіку психологічної семантики тривожності у жінок під час вагітності. Відзначено, що тривожності притаманні насамперед регуляційна, мотиваційна, антиципаційна функції, водночас окремою важливою функцією тривожності у вагітної жінки є її безпосередня участь в організації таких форм поведінки, які полегшують або ускладнюють переживання стресових навантажень. Розкрито специфіку підвищеної тривожності у вагітних, що проявляється як індивідуальна особистісна властивість, її типова поведінкова тактика і характерологічна риса, які знаходять своє вираження на рівні різномодального страху, надмірного і частого хвилювання, перебільшеної боязні, помітної невпевненості і загостреного стану тривоги в таких ситуаціях, що загрожують ймовірними невдачами, психічним тиском і небезпекою тощо. Тривожність вагітної жінки зумовлена 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 та структури жіночої тілесної ідентичності.

Узагальнено, що найпоширенішими чинниками тривожності вагітних жінок є: несподівана, незапланована, пізня 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. Наголошено на необхідності задіяння ревіталізаційних зусиль для зниження негативного впливу на вагітну жінку різномодальної тривожності.

2. Констатовано, що на афективність вагітних жінок важливий вплив мають найрізноманітніші чинники, особливо фрустрація. Встановлено, що проблеми депопуляції населення через соціально-економічні негаразди, несприятливу демографічну ситуацію і трудову міграцію знаходять своє відображення у психологічних тривожно-фрустраційних настановленнях жінок щодо вагітності та зумовлюють несприятливе психоемоційне тло (депресивність, суб'єктивне відчуття самотності, тривогу, невротизм, агресивність, фрустрованість тощо), яке дуже негативно впливає на перебіг вагітності та має загрозове значення для психофізичного здоров'я матері і майбутньої дитини. З'ясовано, що фрустрацію найчастіше трактують як особливий психічний стан, що проявляється у почуттях тривоги, гнітючого неспокою, глибокого відчаю та приреченості. Основною причиною виникнення такого ускладненого психостану є ситуація, що оцінюється особистістю як загроза, яку важко нейтралізувати й уникнути на шляху до цілеспрямованої реалізації важливої діяльності. Фрустрація породжує в афективній сфері людини незвідану тривогу, постійне роздратування, немотивоване обурення, невпинне відчуття власної провини, а також інші амортизаційні негативні психостани. 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. Особистісна фрустрованість є дуже важливою детермінантою психогенези вагітної жінки. Зазначено, що фрустрованість 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 мети. Акцентовано, що онто- і соціогенез жінки на етапі вагітності значною мірою залежить насамперед від сприятливості психологічного мікроклімату її сімейних взаємин.

3. Висвітлено психологічні особливості невротичного ставлення до материнства й ускладнені тривожні та фрустраційні психостани вагітних жінок. Констатовано негативний вплив на психофізичне здоров'я вагітної жінки конфліктного, кризового спілкування у мікрокліматі проблемної сім'ї. Здійснено аналіз різнотипних детермінант, які зумовлюють тривожність, фрустрованість, агресивність, депресивність жінки, яка виношує дитину. Встановлено фактор сімейної депривації як потужного несприятливого чинника для афективної психогенези вагітної жінки. Наголошено, що розбалансований сімейний мікроклімат, який не забезпечує формування повноцінних гуманних взаємин, пронизаний фрустраційними й апатійними намірами, зумовлює підвищений рівень невротизації та є загрозою для повноцінного афективного розвитку дитини на етапі ускладненої пренатальності. Стверджено, що вагітні жінки можуть переживати тривожність і фрустрацію як на початку вагітності або безпосередньо перед пологами, так і упродовж усього терміну вагітності. Відзначено, що під несприятливим впливом негативних психоемоційних стимулів вагітні жінки переживають втому, виснаження, відчуття спустошеності і самотності та інші амортизаційні психостани. Встановлено, що переживання певної кризи через розладнання традиційного стилю життя породжують підвищену тривожність і фрустрованість, впливаючи таким чином на загальний підвищений та ускладнений рівень невротизації. Відзначено, що вагітні жінки з проблемних сімей досить часто мають істотні проблеми із

самоакцептацією як прийняттям себе на рівні зовнішності, характеру, соціальної поведінки та ставлення до виконання справ. Виокремлено широке детермінаційне тло підвищеної невротичності 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. Підсумовано нагальну необхідність фахового медико-психологічного супроводу вагітних жінок з метою зниження/нейтралізації підвищеного рівня тривожності, фрустрації та невротизації.

Основні результати дослідження, здійсненого в першому розділі, опубліковано в таких працях авторки [98; 102; 103; 105; 106; 107; 109; 110; 112].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНОСТІ І ФРУСТРОВАНOSTІ ЯК ЧИННИКІВ НЕВРОТИЗАЦІЇ ВАГІТНИХ ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ

2.1. Процедурно-організаційні основи емпіричного дослідження і методи вивчення тривожності, фрустрованості й невротизації в жінок у період вагітності

Здійснене нами емпіричне вивчення психологічних особливостей тривожності, фрустрованості та невротизації у вагітних жінок базувалося на сучасних науково-методичних положеннях і принципах проведення психологічного експерименту як розгалуженого й поліфундаментального дослідження психіки людини. З метою отримання об'єктивної психодіагностичної інформації щодо психологічної специфіки жінок у період вагітності, вирішення поставлених основних і допоміжних завдань, підтвердження або спростування робочих припущень нами було використано метод теоретичного аналізу й узагальнення даних, зафіксованих у науково-психологічних дослідженнях, присвячених аналізованому феноменові [4; 15; 33; 51; 172].

Безпосереднє проведення експериментального дослідження відбувалося в режимі дотримання загальнопсихологічних норм щодо реального експерименту як результативного методу отримання значущої інформації, а також як залучення творчих підходів щодо тактико-стратегічного обґрунтування варіантів і прийомів здобуття різнопланових даних. Цілісне емпіричне охоплення визначальної сутності об'єкта вивчення, його базових понять («вагітна жінка», «тривожність», «фрустрованість», «невротизація») було спрямоване на отримання якомога повнішого наукового уявлення про їхнє змістово-функціональне наповнення, а також підпорядковувалося положенням про системність, детермінованість і взаємозв'язок [133].

Зазначимо, що весь тезаурус задіяних методів і методик був підпорядкований законам і принципам філософсько-психологічного рівня, зокрема принципам можливості пізнання внутрішнього світу особистості, єдності суб'єкта й об'єкта психологічного пізнання, визначальної ролі практики у науково-психологічному освоєнні психічного світу людини тощо. Звичайно, ми враховували принцип єдності свідомості і діяльності, а згідно із системно-структурним принципом, що передбачає розгляд психіки як складної системи взаємопов'язаних елементів, нами було враховано логічність поєднання в діяльнісно-афективному ракурсі такого ланцюга дефініцій як «тривожність – фрустрованість – невротизація». *Розімкнутість і багатогранність їхнього емпіричного вивчення за допомогою психодіагностичного інструментарію була детермінована важливою конкретною умовою – вагітністю як ускладненим психофізичним станом, який у континуумі «здоров'я-хвороба», по суті, є проявом специфічного третього стану.*

Упродовж емпіричного дослідження нами враховувалися концептуальні підходи [40; 43; 45; 129], згідно з якими надійність, результативність, валідність, відтворюваність, структурованість як параметри, характерні для цілісного опису наукового методу, повинні бути враховані і в конкретно-науковому ракурсі пізнання досліджуваних параметрів, насамперед психоемоційності вагітної жінки.

Методичні засади проведення експерименту були вибудовані як творчі дослідницькі підходи з різнобічним охопленням динамічної (вплив тривожності і фрустрованості на невротизацію) і специфічної (вагітність як ускладнений психостан особистості) складових об'єкта емпіричного вивчення.

Звичайно, важливою умовою забезпечення результативного й науково виваженого емпіричного дослідження було дотримання вимог до методик щодо надійності, валідності, властивостей шкал, достовірності, стандартизації тощо.

Експериментальне дослідження (пілотажний, констатувальний, формувальний і контрольний етапи) підпорядковувалося дотриманню основного принципу – завдяки релевантним і валідним методам, задіяним на репрезентативній гетерогенній вибірці, отримати якнайширшу психодіагностичну інформацію про тривожність, фрустрованість, невротизацію вагітних жінок.

З метою об'єктивної діагностики вагітних жінок ми задіявали спеціалізоване поглиблене вивчення їхніх індивідуальних і соціально-психологічних особливостей, що сприяло якіснішому встановленню повномірного психологічного портрету, а також допомагало в з'ясуванні причинно-наслідкової та структурно-функціональної канви їхньої поведінки. Зазвичай психоемоційна налаштованість жінки на стан вагітності й готовність до материнства розглядаються комплексно як синтез найрізноманітнішої інформації, зокрема в контексті врахування біографічних даних, віку, стану здоров'я, кількості народжених дітей, міри адаптованості до життя у шлюбі, рівня задоволення емоційними взаєминами з мікро- і макросоціумом, насамперед з чоловіком, матір'ю, тобто як урахуванням якомога ширшого кола значущих особистісних, психофізичних, соціальних та інших чинників.

Ми виходили з усталених концептуальних положень, згідно з якими вагітність як складний і критичний період у житті жінки може виступити причиною виникнення багатьох психологічних проблем, зокрема підвищеної тривожності, фрустрованості, невротизації, апатії, конфліктності, безпорадності тощо [54; 65; 73; 138; 143; 169].

Отож згідно із сучасними науково-психологічними вимогами щодо емпіричного вивчення психологічних особливостей людини відбулося обґрунтування вибору методів і методик психодіагностичного дослідження, спрямованих на виявлення особливостей впливу тривожності, фрустрованості на невротизацію вагітних жінок. Отримані дані були піддані порівняльному, функціональному та структурному аналізу з подальшою якісною інтерпретацією та змістовим узагальненням.

Необхідність цілісного і комплексного охоплення якомога ширшого діапазону ключових аспектів тривожності, фрустрованості, невротизації вагітних жінок зумовила задіяння окремого дослідницького підходу, згідно з яким увага зосереджувалася на порівняльному вивченні психологічних особливостей за критеріями: «вагітність», «термін вагітності (триместр)», «досвід пологів», «вік», «тип сім'ї».

Однак згідно з основними завданнями дослідження за принципом обов'язкової аналогічності ми проводили всі психодіагностичні методики з укладеного пакету зі всіма досліджуваними жінками з двох порівняльних груп : *перша група за критерієм порівняння «вагітність – не вагітність»*; *друга за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність»*.

Здійснене нами емпіричне дослідження відбувалося як в індивідуальному режимі, так і в груповому. Воно було дуже тривалим у часі й постійно ускладнювалося зовнішніми незалежними змінними, насамперед специфікою експериментального майданчика – пологовий будинок, жіноча консультація, а також особливим психофізичним і соціальним станом досліджуваних – вагітністю.

Нами активно відпрацьовувалася така результативна методична процедура як включено-дистанційоване спостереження за кількістю, силою, інтенсивністю й модальностями прояву у вагітних жінок різного віку базових досліджуваних феноменів – тривожності, фрустрованості, невротизації.

Безпосереднє проведення з досліджуваними пакету методик здійснювалося в зручній для них час і перебігало здебільшого з нетривалими часовими кількадедними інтервалами. Щодо вибору методик, то дуже важливим критерієм були простота і нетривалість часу, необхідних для виконання тестових завдань. Психодіагностичні заміри здійснювалися із дотриманням усіх етичних і медико-психологічних вимог (наукової об'єктивності, конфіденційності, добровільності, гуманності тощо) і відбувалися впродовж дня у вільний від клінічних процедур час. Ситуації діагностування супроводжувалися попереднім сприятливим і партнерським

діалогом, позитивно рецептувалися досліджуваними і відбувалися на тлі нейтрального або позитивного психоемоційного комунікативного мікроклімату.

Зазначимо, що іноді досліджувані навіть під час проведення психодіагностичних студій пробували утаємничитись, тобто, не будучи негативно упередженими, все ж застосовувати техніки і механізми психологічного захисту (іноді навіть копінгу). Звичайно, що такий захист породжує перепади не лише афективного плану, але й може відзначатися нестійкістю, надмірною лабільністю і мінливістю уваги і свідомості як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях та вплинути на результати діагностики. Тому в традиціях генетичної психології [57; 169], з метою демістифікації (детального повідомлення респондентам справжньої мети дослідження), а також для десенсибілізації (процедури зі зниження ймовірних стресових чи інших негативних відчуттів, які могли виникнути у процесі проведення психодіагностичних замірів), нами після кожної емпіричної серії застосовувалася така післяекспериментальна процедура як дебрифінг.

Також паралельно ми намагалися збирати будь-яку значущу інформацію щодо соціально-психологічного профілю досліджуваних вагітних жінок, адже це збагачувало додатковими фактологічними знаннями подальший процес якісної інтерпретації отриманих даних і сприяло кращому причинно-наслідковому розумінню тих або інших проявів ними тривожності, фрустрованості, невротизації та інших амортизаційних психостанів.

Дослідження відбувалося двоетапно впродовж 2014-2019 років.

На *першому етапі* (2014-2016 роки) – здійснено розлогий аналітичний огляд міри дослідженості проблематики в науково-психологічному й медичному теоретико-емпіричному ракурсах; обґрунтовано ключові теоретико-методологічні концептуальні положення дисертаційної роботи (укладання ключових теоретичних положень дисертації, сформулювання об'єкта, предмета мети і робочих припущень дослідження).

На *другому етапі* (2017-2019 роки) – проведено пілотажний і констатувальний етапи експериментального дослідження для отримання

якомога ширшої психодіагностичної інформації про специфіку тривожності, фрустрованості, невротизації жінок у період вагітності; здійснено формувальний етап експерименту, отримані результати якого дали цілісне наукове уявлення про тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок та способи зниження їхнього негативного впливу на психогенезу матері і майбутньої дитини; зроблено висновки, здійснено оформлення результатів у вигляді рукопису дисертаційної роботи, підготовлено автореферат дисертації.

Пілотажний етап експерименту охоплював значну за обсягом вибірку – загальна кількість досліджуваних склала 387 осіб (263 жінки, що перебували на різних стадіях вагітності і 124 жінки, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення), однак упродовж тривання цього етапу з об'єктивних причин (народження дитини, розлади здоров'я тощо) і суб'єктивних причин (релігійні переконання, немотивовані причини, небажання розголошення про свій стан вагітності тощо) відбулося відсіювання, тому участь у всіх психодіагностичних серіях за переліченими нижче методиками взяли 242 особи (139 вагітних і 103 не вагітні жінки); *констатувальний етап* налічував 221 особу (132 вагітні і 89 жінок, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення); *формувальний етап* нараховував 40 осіб (експериментальна група ($n = 20$) та контрольна група ($n = 20$)).

Зазначимо, що кількісна і якісна рекрутація вибірки відбувалася на підставі критеріїв репрезентативності й еквівалентності, згідно з якими кількість досліджуваних була цілком достатньою для забезпечення науковості експериментального дослідження, а диференціація груп на експериментальну і контрольну визначалася як метою й завданнями, так і необхідністю дотримання вимог щодо проведення сучасного об'єктивного науково-психологічного експерименту. Сформовану вибірку можна було трактувати як певну соціально-психологічну групу, умовну соціально-статеву модель, яку склали вагітні жінки фертильного віку.

Слід відзначити, що вагомим елементом, який ускладнював проведення всіх етапів емпіричного дослідження, всіх дослідницько-діагностичних і тренінгових серій, був специфічний стан вимбірки – вагітні жінки різного віку, які перебували на різних стадіях вагітності, мали різний стан здоров'я, походили з різних соціально-статусних і культурно-освітніх мікрогруп (сімей), мали різний досвід народжуваності та переживали внаслідок дії цих чинників значною мірою розбалансовані психоемоційні стани. До того ж ці стани були як базові, фундаментальні (наприклад, тривога внаслідок очікування знакових екзистенційно важливих змін – народження потомства як нової людини для забезпечення власної «продовжуваності в роді» та генеративного поступу всієї спільноти), так і ситуативні психостани (розгубленість, роздратованість, кепський настрій тощо).

Безперечно, такі складні психологічні стани відзначаються підвищеним тлом нервово-психічної напруженості, тривожності, фрустрованості, що інколи зумовлювало у досліджуваних вагітних певні настроєві й поведінкові перепади, іноді аж до категоричної відмови від власної участі в експериментальній діагностичній і тренінговій роботі.

Для забезпечення умов репрезентативної достовірності й надійності нами було здійснено клопітку і тривалу рекрутаційно-селекційну роботу для відбору і наповнення гомогенної (за параметрами – «фемінінність», «вагітність») і гетерогенної (за параметрами – «різний вік», «різний досвід народжуваності» та ін.) вибірки.

Експериментальними майданчиками були міський пологовий будинок № 1 м. Миколаєва й перинатальний центр «Психея» Асоціації дитячих, сімейних і перинатальних психологів, медиків і педагогів.

Для безпосереднього емпіричного вивчення психологічних особливостей вагітних жінок нами використовувалися такі емпіричні методи і методики : спостереження, біографічний метод, фокусоване інтерв'ю, анкетування (авторська анкета (збір даних про вік, роботу, освіту, сімейний стан, особливості перебігу вагітності та її термін, кількість дітей в сім'ї, досвід

народжуваності тощо)), тестування (методика «САН» (самопочуття, активність, настрої), тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методика визначення тривожності» (Дж. Тейлор), «Шкала особистісної тривожності» (за Ч. Спілбергером), «Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)), «Методика експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом), «Методика діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом), «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин), «Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим), «Методика дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк), «Тест ставлень вагітної» (І.В. Добрякова), проєктивний малюнковий тест «Я та моя дитина» (Г.Г. Філіпова). (Зразки окремих методик укладеного психодіагностичного пакету подані у Додатку А).

У тематичному контексті емпіричного дослідження доречною була методика **«САН (самопочуття, активність, настрої)»**, яка дає змогу різнобічно й оперативно пізнати «загальне психоемоційне обличчя» людини, зокрема на рівні встановлення специфіки її самопочуття, проявів активності та особливостей настроєвої гами. Методика дозволяє описати власний стан, переживаний у даний момент, за допомогою таблиці, яка складається із 30 полярних ознак. Завдяки диференційованій самооцінці функціональних станів досліджувані визначають особливості самопочуття, що складається із сили, стомлюваності і здоров'я, активності як рухливості, швидкості перебігу функцій і настрою, складеного характеристиками емоційного стану. Методика вважається плідним засобом вивчення загального психічного стану особистості, оскільки дає можливість досить повномірно оопити коло чинників, які впливають на її життєвий тонус. Якщо людина не перевтомлена, то оцінки активності, настрою і самопочуття в такому випадку найчастіше збігаються. Водночас наростання втоми помітно змінює співвідношення між цими показниками, тому самопочуття і активність падають у порівнянні з настроєм. Пасивність як наслідок пониженої активності, різкі, стрибкоподібні перепади

настрою, тривога, немотивоване самопочуття втоми, кволості є тими типовими основними психостанами і рисами жінки, яка перебуває у стані вагітності.

Нами було застосовано «**Методику самооцінки психічних станів**» (Г. Айзенк), що дало змогу «зчитати» 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

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, що істотним чином впливає на самопочуття, активність, настрій і спричиняють психоемоційну розбалансованість і невротичність. Для визначення рівня тривожності (високий, середній, низький) ми задіювали **«Методику діагностики особистісної тривожності» (Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна)**, оскільки вважали, що висока інтенсивність і надмірний рівень прояву діагностованого психостану буде підставою вважати, що досліджувані вагітні жінки переживають тривогу, а це у свою чергу може провокувати фрустрованість, невротизацію тощо. Методика дає змогу здійснити уточнення щодо якості інтегральної самооцінки особистості, тобто визначити чи є нестабільність самооцінки ситуативною, чи постійною, тобто особистісною. Зазначається, що результати методики стосуються не лише психодинамічних особливостей людини, але й до загальної проблеми встановлення взаємозв'язку між параметрами активності й реактивності особистості, її характеру і темпераменту. Методика, будучи своєрідною розгорнутою суб'єктивною характеристикою людини, вважається вельми цінною та інформативною в психодіагностичному плані. Шкала самооцінки включає 20 питань, за допомогою яких вимірюється тривожність як властивість особистості. Сумарний показник дозволяє встановити рівень вираженості особистісної тривожності : до 30 балів – низький; від 30 до 45 балів – середній; понад 45 балів – високий.

З такою ж метою, а також для своєрідної тест-ретестовості й детальнішої констатації рівнів тривожності (низький, нижче середнього, середній, вище

середнього, високий), ми використали **«Методику визначення тривожності» (Дж. Тейлор).**

Завдяки проведенню цих двох методик ми розраховували отримати достовірну інформацію про те, наскільки висока інтенсивність тривожності є індикатором «тривожної готовності» вагітних до зміни соціально-статусних ролей, видозмін тіла, народження потомства.

Застосування методики **«Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассермана (модифікація В. Бойка))** дозволило зафіксувати ступінь невдоволення вагітної жінки соціальними досягненнями в основних аспектах власної життєдіяльності. Методика призначена для виявлення рівня соціальної фрустрованості за двадцятьма соціальними параметрами оцінок і дає змогу виокремити сім рівнів прояву соціальної фрустрованості. Висновки про рівні соціальної фрустрованості можна отримати доволі повні і широкі: від встановлення дуже високого рівня соціальної фрустрованості до констатації відсутності (майже відсутності) фрустрованості. Діагностика рівня соціальної фрустрованості як форми психічної напруги, спричиненої незадоволеністю досягненнями і становищем людини в соціально заданих ієрархіях взаємин, дозволяє встановити специфіку емоційного ставлення до тих позицій, які вона зуміла посісти на даний момент свого життя в соціумі.

Для оперативного констатування неврозу у вагітних жінок нами було застосовано **«Методику експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом).** Ми враховували, що спочатку методика розроблялася авторами як опитувальник скринінгу неврозу, що застосовувався з метою попередньої долікарської діагностики, а також для епідеміологічних обстежень масового характеру. На думку авторів, вона повинна була б фіксувати надмірну вегетативну збудливість (симпатикотонію), фобії, ваготонії, апатичність, астенію, надчутливість, порушення сенсомоторики, шизоїдні реакції, страхи тощо. Однак у практичній психодіагностиці застосовується якраз обраний нами варіант методики, згідно з яким підраховується кількість ствердних відповідей

досліджуваних на питання і якщо отримано більше 24 балів, то це свідчить про високу вірогідність неврозу. Однак ми виходили з тверджень про те, що загалом методика дає лише попередню і узагальнену інформацію, оскільки є варіантом експрес-діагностики. Остаточні висновки про наявність неврозу можна робити тільки після ретельнішого й детальнішого обстеження.

Отож для повномірнішого встановлення особливостей прояву невротизації у вагітних жінок ми використовували також **«Методику діагностики рівня невротизації»** (за Л. Вассерманом). Підрахувавши кількість позитивних відповідей на кожне із сорока запитань, можна встановити актуальний для досліджуваної рівень невротизму. Чим більшим виступає отриманий результат, тим вищим є і рівень невротизації. Завдяки якісній інтерпретації можна встановити високий або низький рівень невротизації.

Високий рівень невротизації засвідчує: виражену емоційну збудливість, у результаті чого появляються негативні переживання (неспокій, напруженість, розгубленість, тривожність, роздратованість), безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволенням бажань, егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до іпохондрійної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, труднощі в спілкуванні, соціальну боязкість і залежність.

Низький рівень невротизації засвідчує: емоційну стійкість, позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), ініціативність, почуття власної гідності, незалежність, соціальну сміливість, легкість у спілкуванні.

З метою глибшого проникнення у специфіку невротизації вагітних жінок нами було задіяно **«Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)»** (Т.А. Немчин). Опитувальник містить перелік ознак нервово-психічної напруги, які розроблені за даними клініко-психологічного спостереження. Методика застосовується для дослідження рівня нервово-психічної напруги в умовах життєво складної ситуації людини або її очікування. Опитувальник містить основні характеристики нервово-психічної напруги, які розділені на три ступені відповідно до міри їх вираженості. В переліку з тридцяти ознак

нервово-психічної напруги потрібно відзначити тільки один варіант відповіді. Кількісна обробка результатів відбувається шляхом підсумовування всіх відповідей. У підсумку: 30-50 балів – слабке нервово-психічне напруження; 51-70 – балів помірне або інтенсивне нервово-психічне напруження; 71-90 балів – екстенсивне нервово-психічне напруження.

У ракурсі вивчення невротизації вагітних жінок ще одним валідним інструментарієм є **«Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)**» (за В. Бодровим), яка дозволяє встановити високу (зриви майже не вірогідні), хорошу (зриви маловірогідні), задовільну (зриви можливі в екстремальних ситуаціях) і незадовільну (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) нервово-психічну стійкість особистості. В основу покладено розуміння нервово-психічної напруги (НПН) як схильності до зривів нервової системи під час значних фізичних і психічних навантажень. Зазвичай нервово-психічна нестійкість виражається як передхворобливий стан із прихованою або компенсованою формою перебігу, що зумовлені недоліками функціонування нервової системи й зниженими адаптаційними можливостями організму. Як відомо, у формуванні нервово-психічної нестійкості провідну роль відіграє вроджена або набута біологічна неповноцінність нервової системи у поєднанні з несприятливими психологічними і соціальними чинниками. Щодо біологічного підґрунтя для розвитку нервово-психічної нестійкості, то воно полягає в тому, що відхилення у цих осіб, на відміну від пересічних, виражені не тільки сильно, а й носять тривалий характер, позначаються на різних сторонах життєдіяльності особистості. Правда, слід відзначити певні застереження щодо діагностичних можливостей методики, адже при її використанні слід пам'ятати, що анкета вимірює тільки свідому інформацію досліджуваного, тому висновки можна робити тільки на рівні прогнозу, а не констатації факту.

Застосування в емпіричному дослідженні **«Методики дослідження мотивів збереження вагітності»** (Л.Н. Рабовалюк) було спрямоване на встановлення мотивації збереження вагітності, адже ставлення жінки до

вагітності і пологів відграє важливу роль для розвитку майбутніх взаємин між матір'ю та дитиною. Діагностична частина опитувальника складається із 78 тверджень, об'єднаних у 10 блоків, а також графі для вільної відповіді.

Перший блок (5 тверджень) опитувальника присвячений визначенню того наскільки бажана вагітність, чи сумнівається жінка в правильності свого рішення або ні. Наскільки вагітність була несподіваною або ж вона планувалася завчасно. У цьому блоці опитувальника сума балів не підсумовується, а лише дозволяє розділити вагітних жінок на аналізовані групи щодо запланованості і бажаності вагітності.

Другий блок (5 тверджень) виявляє суб'єктивне ставлення до матеріальних (фінансовим) утруднень. Цей блок містить твердження, що стосуються відсутності сприятливих житлових умов для малюка; загальну стурбованість за майбутнє малюка. У цьому блоці знаходяться твердження, що оповідають про те, що діти є серйозним фінансовим навантаженням; твердження, що стосуються тривожності з приводу неможливості в майбутньому дати гідну освіту і розвиток для малюка. Блок містить твердження про те, що буде «важко» матеріально підняти дитину. Високі бали за цим блоком опитувальника можуть свідчити про деяку «напругу» в емоційному плані, пов'язаному з незадоволенням нинішнім фінансовим становищем, про деяку міру фрустрованості потреби в безпеці.

Третій блок (10 тверджень) відображає істинне прагнення бути матір'ю, як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства. У цей блок були включені наступні затвердження жінок : «я дуже люблю дітей»; «ми з чоловіком любимо один одного і хочемо мати спільну дитину» та ін. Високий бал за цим блоком опитувальника свідчить про конструктивні мотиви збереження вагітності.

Четвертий блок (8 тверджень) виявляє суб'єктивне відчуття обмеження свободи, егоїстичні тенденції особистості, неготовність жертвувати своїм часом і розвагами заради дітей і сім'ї. Друга частина блоку вивчає пріоритети цінності дитини і сім'ї або кар'єри і навчання. Високі бали за цим блоком опитувальника

можуть інтерпретуватися, як деяка неготовність присвятити себе материнству в даний момент. Також вони можуть розцінюватись як «група ризику» для подальшого розвитку материнської сфери і дитячо-батьківських стосунків.

П'ятий блок опитувача (8 тверджень) виявляє заклопотаність власним здоров'ям; стиль переживання вагітності; страхи, що стосуються зміни тіла; страхи втрати дітородної функції; переконаність в тому, що після вагітності неодмінно зіпсуються зуби і випаде волосся. Високі бали опитувача можуть свідчити як про негативні думки, про наслідки вагітності для свого здоров'я, так і про «соціальні установки» з приводу вагітності. Кожен блок опитувача необхідно уточнювати додатковими питаннями.

Шостий блок опитувальника (9 тверджень) виявляє високу міру тривожності до материнства, песимістичний настрій. Блок містить такі твердження: «боюся, що не зможу досить піклуватися і приділяти уваги своїй дитині»; «дитина додає багато проблем»; «дітей важко дисциплінувати і контролювати» та ін. Високі бали опитувальника можуть свідчити про низьку мотивацію до материнства, про деструктивні мотиви збереження вагітності.

Сьомий блок (10 тверджень) свідчить про прагнення вагітної жінки відповідати соціальним очікуванням. Мотивом збереження вагітності, як правило, є соціальні стереотипи й очікування суспільства. Ці жінки, як правило, стверджують: «діти сприяють посиленню зв'язків з родичами»; «згідно з моєю вірою, обов'язком є мати дітей»; «хочу змінити соціальний статус»; «в усіх подруг вже є діти» та ін. Хоча цей блок опитувальника важко віднести до деструктивних мотивів збереження вагітності, конструктивними ці мотиви назвати теж складно. Оскільки вагітність у цих жінок настає, тому що «так потрібно», і «я повинна», а не заради любові, заради дитини.

Восьмий блок (10 тверджень) відображає прагнення матері мати дитину, яке втілить нереалізовані плани, мрії і бажання матері. Ці жінки сподіваються, що їх «життя триватиме через дітей», що «люди, які мають дітей, рідше бувають самотніми в літньому віці». Вони зберігають вагітність для того, щоб «почувати себе комусь потрібною», «щоб була хоч би одна близька людина».

По суті, ці жінки за допомогою дітей прагнуть самореалізуватися, стверджуючи, що «діти підвищують почуття відповідальності і допомагають розвиватися» тощо. Цей блок опитувальника допомагає виявити надії жінки на те, що «діти зможуть допомогти в літньому віці», а «народження другої дитини поліпшить матеріальне становище сім'ї».

Дев'ятий блок (6 тверджень) виявляє деструктивні мотиви збереження вагітності, як способу збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі. «Діти допоможуть зблизити мене з чоловіком»; «материнство покращує становище і репутацію серед родичів (чи колег)»; «чоловік не залишить мене з дитиною (не піде від мене)»; «вагітність допоможе зберегти стосунки» та ін. Високий бал за цим блоком свідчить про ставлення до вагітності, як до засобу маніпулювання стосунками.

Десятий блок (7 тверджень) виявляє страхи і компенсації жінки : «вважаю, що в сім'ї має бути більше однієї дитини, тому як ніхто не застрахований від нещасного випадку»; «хочу замінити дитиною втрачену близьку людину (наприклад, померлу)»; «хочу показати батькам, що стала самостійною» та ін. Високі бали свідчать про те, що ця категорія жінок потребує психокорекційних заходів.

Залучений нами «Тест ставлень вагітної» (І.В. Добряков) дав змогу виміряти ставлення жінки до себе, до системи «мати-дитина», а також навколишніх людей до вагітної жінки під час вагітності.

Тест дозволяє виявляти п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД): оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний і депресивний. Оптимальний тип характеризує тих жінок, які позитивно оцінюють свою вагітність, а також без зайвої тривоги відповідально ставилися до неї, зокрема адекватно реагували на виникаючі проблеми і конструктивно їх вирішували. Ейфоричний тип фіксує підвищений настрове тло, такі жінки схильні все бачити здебільшого у «рожевому» світлі. Тривожний тип притаманний жінкам, які впродовж перебігу всієї вагітності відчують тривогу, страхи і фобії, а також вони часто демонструють високий

рівень тривожності як стійку особистісну рису та надто гостро реагують на актуальні проблеми, наприклад, на сімейні проблеми або акушерсько-гінекологічні ускладнення. Депресивний тип властивий жінкам з чітко вираженим негативним сприйняттям власної вагітності. Гіпогестогнозичний тип характеризує жінок з явним чи прихованим несвідомим неприйняттям своєї вагітності.

Визначення типу ПКГД дозволяє встановити сутність психологічної ситуації виношування дитини, а також дає змогу зробити певний прогноз щодо особливостей перебігу пологів та відносини в родині в зв'язку з народженням дитини. Зазначимо, що всі блоки містять три підрозділи, які пропонують п'ять тверджень, що дають змогу оцінити до якого типу належить психологічний компонент гестаційної домінанти. Досліджуваним потрібно вибрати з наведених тверджень те, яке найкраще відображає стан вагітної жінки. Відповідно до поданого ключа відбувається підрахунок, визначальним типом є той, в якому переважає найбільша кількість балів.

Блок А (ставлення жінки до себе вагітної) презентований такими розділами: I. Ставлення до вагітності. II. Ставлення до способу життя під час вагітності. III. Ставлення під час вагітності до майбутніх пологів.

Блок Б (ставлення жінки, що формується упродовж вагітності в системі «мати - дитина») поданий такими розділами: I. Ставлення до себе як до матері. II. Ставлення до своєї дитини. III. Ставлення до вигодовування дитини грудьми.

Блок В (ставлення до вагітної жінки, а сам ставлення навколишніх людей) представлений такими розділами: I. Ставлення до мене вагітної чоловіка. II. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких. III. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей.

Застосований нами проєктивний малюнковий тест **«Я та моя дитина»** (Г.Г. Філіпова) дозволяє оцінити специфіку самосприйняття жінкою вагітності і стану материнства. Про практичну доцільність і особливості використання методу проєктивного тематичного малюнка в роботі перинатального психолога

при підготовці вагітних до пологів та його діагностичні потенціали й потужну результативність йдеться у дослідженні В. Москальця, М. Гасюк, О. Іщук, Г. Шевчук [141]. Вивчаючи психологічні особливості становлення суб'єктивної готовності до материнства вагітних жінок, Н. Шмілик залучає цю методику і відзначає її багатогранну інформативну результативність, а також вказує на своєрідний навіть психотерапевтичний момент, оскільки майже всі досліджувані вагітні жінки відзначили її позитивний, сприятливий вплив на них і просили залишити собі аркуші з психомалюнком [217].

Основним завданням методики є встановлення особливостей переживання вагітності та ситуації материнства, сприйняття себе і дитини, цінності власної дитини. Жінку просять намалювати себе у ситуації взаємодії зі своєю майбутньою дитиною під час діагностики вагітних і себе з дитиною під час роботи з матерями. У проєктивному психомалюнковому тесті «Я та моя дитина» зазвичай враховується наявність на малюнку насамперед фігур матері й дитини; можлива заміна образів матері й дитини на рослину, символ, тварину; змістове наповнення образу дитини та її вік; істотність співвідношення розмірів фігури матері і фігури дитини; відображення спільної діяльності і взаємодії матері й дитини; відстань, дистанція й особливості розміщення персонажів; ймовірна ізоляція фігури дитини; характеристика загального стану (невпевненість у собі, благополуччя, ознаки конфліктності, тривожності, ворожості, що стосуються теми малюнка) за формальними ознаками малюнка і поведінковими проявами у процесі малювання (сила натискання під час малювання, кількість і якість ліній, розміщення на аркуші, окремі деталі малюнка, проявлені упродовж процесу малювання емоції, зафіксовані паузи, відмови від малювання, ймовірні висловлювання тощо). Інтерпретація здійснюється за усталеними психодіагностичними вимогами і критеріями для малюнкових тестів.

Вважаємо, що укладений пакет психодіагностичних методик та їхня своєрідна ретестовість дали змогу здійснити різнобічне й повномірне

експериментальне вивчення особливостей впливу тривожності і фрустрованості на невротизацію вагітних жінок.

Особливістю діагностованої вибірки як базового контингенту дослідження був власне стан вагітності, що ускладнено впливало на процедуру отримання діагностичної інформації через хвилювання майбутніх матерів за власне здоров'я та здоров'я майбутніх дітей.

Укладений психодіагностичний інструментарій загалом дозволяє пізнати найважливіші психотипічні параметри й ознаки досліджуваних вагітних жінок, а на підставі отриманих даних та їхньої якісної інтерпретації можна розробити сучасні професійні ревіталізаційні технології професійні їхнього психологічного супроводу.

2.2. Аналіз результатів пілотажного експерименту

Пілотажний етап експерименту відбувався впродовж 2015-2016 рр. на базі двох експериментальних майданчиків (міський пологовий будинок № 1 м. Миколаєва й перинатальний центр «Психея» Асоціації дитячих, сімейних і перинатальних психологів, медиків і педагогів) і налічував осяжну вибірку ($n=387$) – 263 жінки, що перебували на різних стадіях вагітності та 124 жінки, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення цих клінічних пологових будинків).

Як уже згадувалося, важливим завданням пілотажу ми визначили обрання остаточних експериментальних майданчиків (до речі, у двох приватних гінекологічних клініках відмовилися від будь-яких психологічних студій, мотивуючи конфіденційністю та ймовірною можливістю завдання шкоди пацієнткам), рекрутація гетерогенної вибірки та її гомогенізація за критерієм «вагітність», апробація пакету валідних психодіагностичних методів і методик. Пілотажний експеримент дозволив істотно звужити зону науково-дослідницького пошуку й виокремити найістотніші концепти для подальшого дослідження.

Завдяки включеному і дистанційованому спостереженню, застосуванню біографічного методу, консультацій з лікарями і безпосередніх бесід з вагітними та не вагітними жінками певна кількість досліджуваних, узявши участь у кількох діагностичних серіях, відмовилася від проходження всіх інших психодіагностичних методик і не захотіла брати участь у подальшому експерименті. Відмови від продовження участі в діагностичних серіях були пояснені складністю і втомою від тестування, неспроможністю подолати часові і територіальні обмеження, станом здоров'я, власними віруваннями, негативними навіюваннями із засобів масової інформації про шкідливість розголошення інформації про себе як про вагітну, заборонаю чоловіків та інших членів сім'ї, власними немотивованими бажаннями тощо. Іншим не менш важливим чинником відмови від участі в експерименті були пологи та необхідність доглядати за новонародженою дитиною.

Сумарна вибірка вагітних і невагітних жінок, які взяли участь у пілотажному етапі експерименту склала 242 особи (139 вагітних і 103 не вагітні жінки). Відзначимо, що зі 124 жінок, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення цих клінічних пологових будинків, у пілотажному дослідженні погодилися взяти участь 103 особи. Результати кількісної обробки та якісної інтерпретації отриманих даних засвідчили, що досліджувані на рівні прояву тривожності, фрустрованості і невротизації перебували у межах умовної норми, яка зафіксована в багатьох дослідженнях з окресленої проблематики (В. Абрамченко, В. Астапов, О. Батуєв, Т. Белавіна, О. Вознесенська, О. Голубєва, Н. Даниленко, О. Колесник, А. Прохоров, І. Пузь, М. Хижняк та ін. [3; 10; 15; 18; 51; 62; 95; 170]).

Основний наголос на етапі пілотажу нами було зроблено якраз на розгалуженій психодіагностиці вагітних жінок. Сумарно остаточна вибірка пілотажного етапу експерименту, яка відповідала тематиці і вимогам нашого дисертаційного дослідження (тривожність і фрустрованість як детермінанти невротизації вагітних жінок), склала 139 жінок, які перебували на різних етапах вагітності й узяли участь у всіх психодіагностичних серіях.

З метою детального вивчення аналізованих феноменів на пілотажному етапі експерименту було проведено чотири психодіагностичні серії.

Перша психодіагностична серія передбачала заповнення авторської анкети (заповнили всі 387 вагітних і не вагітних жінок) про вік, роботу, освіту, сімейний стан, особливості перебігу вагітності та її термін, кількість дітей у сім'ї тощо) і проєктивний малюнковий тест «Я та моя дитина» (Г.Г. Філіпова) і була спрямована на отримання загальної інформації про індивідуальні й соціально-психологічні особливості досліджуваних.

Друга психодіагностична серія включала методики «САН» (самопочуття, активність, настрій), тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методику дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк), «Тест ставлень вагітної» (І.В. Добрякова) (діагностує 5 різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний і депресивний) та була спрямована на отримання інформації про загальний психоемоційний стан досліджуваних вагітних жінок і їхнє ставлення до вагітності.

Третя психодіагностична серія містила методики, зорієнтовані на діагностику тривожності і фрустрованості досліджуваних («Методика визначення тривожності» (Дж. Тейлор), «Шкала особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер), «Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)).

Участь досліджуваних у четвертій психодіагностичній серії дозволяла встановити рівень їхньої нервово-психічної напруги, стійкості й невротизації та відбувалася завдяки «Методиці експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом), «Методиці діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом), «Опитувальнику нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин), «Методиці визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»))» (за В. Бодровим).

Досліджувані 139 вагітних жінок віком від 18 до 46 років зі строками вагітності 14-29 тижнів, з різними сімейним і освітнім статусами були

проінформовані щодо мети психодіагностичного дослідження і дали власну добровільну згоду на участь у ньому.

Кількісна обробка і якісна інтерпретація отриманих результатів опрацьованої анкети дозволили проаналізувати соціальний статус вагітних, що згодом дало підстави стверджувати про істотне значення впливу якраз соціальних чинників на перебіг вагітності та на афективність вагітних. У цивільному або офіційному шлюбі перебувало 88,6 % жінок, а 11,4 % – не підтримували стосунків з батьком майбутньої дитини. Серед досліджуваних було виявлено, що 38,6 % вагітних мали вищу освіту, 61,4 % – середню спеціальну освіту або навчались для здобуття вищої освіти. Також було констатовано, що 65,9 % вагітних жінок мали постійне місце роботи, 22,7 % – тимчасово безробітні, 11,4 % – ніколи не працювали.

Отримані результати психодіагностики емоційного ставлення вагітних жінок до ситуації материнства на рівні «проекції» (за проективною методикою Г.Г. Філіпової «Я і моя дитина») показали, що 36,4 % учасниць відзначали наявність сприятливої ситуації вагітності. 6,8 % досліджуваних вагітних констатували симптоми підвищеної тривоги, невпевненості. Разом з тим, тривога і невпевненість у собі відзначалась у 43,2 % жінок, а виражений конфлікт із вагітністю та майбутньою ситуацією материнства було встановлено у 13,6 % вагітних.

Результати методик другої психодіагностичної серії дозволили встановити, що: 1) за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрій) домінуючим показником виявилось самопочуття (65,3 %), причому з помітними преференціями для таких станів, як погане самопочуття, знесилена, хвора, виснажена, стомлена, квола, дещо менша кількість (23,2 %) відзначили показник «настрій» (причому з песимістичними модальностями – поганий настрій, сумна-весела, похмура, незадоволена, розчарована, заклопотана), а 11,5 % досліджуваних віддали перевагу показнику «активність»; 2) за тестом «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) було зафіксовано: високу тривожність – у 58,1 % досліджуваних, високий рівень фрустрації (низька

самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрована) – у 28,5 % вагітних, агресивність – у 8,2 %, ригідність – у 5,2 % досліджуваних вагітних жінок; 3) за результатами статистичної обробки «Методики дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк), яка дає змогу різнобічного дослідження особливостей психологічного ставлення вагітних жінок до свого стану та до майбутнього материнства, можна стверджувати, що найпоширенішими мотивами збереження вагітності є: збереження вагітності з метою відповідності соціальним очікуванням (54,7 %), вагітність як спосіб збереження відносин і утримання чоловіка в шлюбі (38,4 %); 4) за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добрякова), який дає змогу здійснити вивчення ставлення жінки до власної вагітності і до своєї ще ненародженої дитини, до материнства встановлено цікаві результати. Як відомо, зазначений тест ґрунтується на використанні поняття про гестаційну домінанту та дефініції «психологічний компонент гестаційної домінанти», який дозволяє виявити особливості сімейних відносин у період очікування дитини та стиль переживання вагітності. Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) – сукупність механізмів психічної саморегуляції, які починають діяти при виникненні вагітності, спрямовані на її збереження і забезпечення сприятливих умов для розвитку майбутньої дитини, що формують ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи. Інтерпретація отриманих результатів внаслідок застосування цієї методики дала змогу стверджувати, що в цілому для жінок під час вагітності притаманний переважно оптимальний тип гестаційної домінанти (діагностовано у 45,5 % жінок), а це свідчить про адекватне ставлення вагітної до того, що в її житті відбуваються зміни, до майбутніх труднощів, підвищеної відповідальності. Зазначимо, що ейфорійний тип ставлення до вагітності та материнства відзначався досить виразно у 6,8 %, що свідчить про недостатнє усвідомлення своєї нової ролі – матері майбутньої новонародженої дитини. Констатуємо, що достатньо високою виразністю відрізняється тривожний тип, зокрема його діагностовано у 25 %, гіпогестогнозичний тип – у 9,1 %, депресивний тип – у 4,5 %, і у 9,1 % –

змішані типи. Отож можна стверджувати про загалом адекватне ставлення до вагітності та ситуації материнства тільки у частини жінок у період вагітності.

Завдяки результатам, отриманим внаслідок проведення третьої психодіагностичної серії, вдалося отримати уявлення про особливості прояву тривожності і фрустрованості у досліджуваних вагітних жінок. За «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор) констатовано сумарне переважання високого і вище середнього рівня тривожності (52,7 % і 34,2 % відповідно), а за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) 53,1 % досліджуваних вагітних жінок проявили високий рівень тривожності. До речі, отримані в нашому пілотажному дослідженні дані щодо феномену тривожності перекликаються з результатами Н. Даниленко, яка, вивчаючи формування психологічної готовності жінки до материнства стверджує: «Пілотне дослідження з вивчення психічного стану вагітних виявило наявність тривожності у 82 % вагітних. При цьому на прояви тривожного стану та неадекватної поведінки майбутніх матерів вказали як лікарі, так і чоловіки вагітних. Такий результат можна пояснити наявністю негативних почуттів, які переживають вагітні, через причини, пов'язані з вагітністю та пологами, або з проблемами повсякденного життя» [8].

Аналіз отриманих результатів за «Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) дав змогу встановити, що сумарно 46,3 % вагітних жінок продемонстрували підвищений та високий рівні фрустрованості (23,7 % і 22,6 % відповідно). Зауважуємо загальне високе тло тривожності і фрустрованості у досліджуваних жінок, які перебуваючи у стані вагітності, надто часто хвилюються за майбутню дитину і власний психофізичний стан, демонструючи тривогу і зазнаючи внаслідок численних випробувань і переживань фрустраційного тиску.

Результати досліджуваних унаслідок проведення методик четвертої психодіагностичної серії дозволили констатувати досить високий рівень їхньої нервово-психічної напруги, схильності до неврозу і загальної невротизації. Завдяки «Методиці експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом)

нами встановлено, що 72,2 % вагітних дали ствердні відповіді й отримали понад 24 бали, проявивши при цьому високу ймовірність неврозу.

Однак ми враховували, що експрес-методика дає лише попередню й узагальнену інформацію, тому провели й інтерпретували результати ще однієї методики з цього блоку, спрямованої на діагностику невротизації «Методики діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом). Зазначимо, що 64,5 % досліджуваних продемонстрували високий рівень невротизації, що засвідчує про їхню виражену емоційну збудливість, внаслідок чого появляються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість, роздратованість). Такий високий рівень невротизації фіксує певну безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволенням бажань та призводить до іпохондрійної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, а також сигналізує про труднощі в спілкуванні, про соціальну боязкість і залежність.

Отримані результати внаслідок проведення «Опитувальника нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Нємчин) засвідчили, що діапазон надмірного або «екстенсивного» нервово-психічного напруження проявили 39,1 % досліджуваних вагітних жінок, а за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим) 28,8 % з них продемонстрували незадовільну нервово-психічну стійкість. Констатуємо загальний високий рівень невротизації у досліджуваних вагітних жінок.

Услід за Л. Рудіною [173], яка провела дослідження з групою вагітних жінок, що мали соматичні ускладнення, об'єднані терміном «етіологія невідома», тобто коли причинно-наслідкові зв'язки з конкретним захворюванням, стресами або соціальним неблагополуччям не існують, ми модифікували підхід авторки і здійснили диференціацію досліджуваних на чотири групи. Розподіл жінок відбувався у залежності від рівня тривожності, фрустрованості та їхнього впливу на невротизацію і був номінований за такими групами : перша група – Horror (складний стан), друга група – Fatum (стан середнього ступеня складності), третя група – Logic (стан легкого ступеня

складності) і четверта група – Norma (норма, своєрідна контрольна група, не вагітні жінки). Кількісні параметри диференціації досліджуваних вагітних жінок за умовними групами презентовані на рис. 2.1.

Отож нами було констатовано, що досліджуваним жінкам першої *групи Horror* (складний стан) (36,2 %) були притаманні ознаки загальної психоемоційної напруги, зокрема зауважувалися чітко помітні риси й симптоми скутості, невпевненості, унікаючої поведінки, боязкості, різномодальної (самооцінної, міжособистісної) тривожності, загальної рухової пасивності. Отож нами було констатовано, що досліджуваним жінкам першої *групи Horror* (складний стан) (36,2 %) були притаманні ознаки загальної психоемоційної напруги, зокрема зауважувалися чітко помітні риси й симптоми скутості, невпевненості, унікаючої поведінки, боязкості, різномодальної (самооцінної, міжособистісної) тривожності, загальної рухової пасивності.

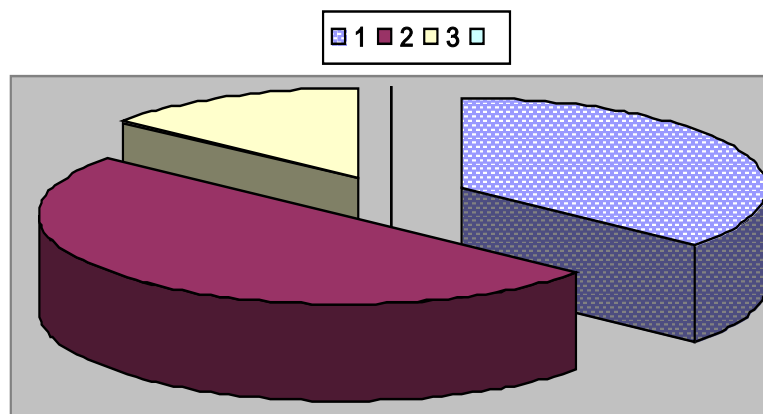


Рис. 2.1. Кількісні параметри диференціації досліджуваних вагітних жінок за умовними групами (%)

Примітка: 1 – група Horror (складний стан); 2 – група Fatum (стан середнього ступеня складності); 3 – група Loqic (стан легкого ступеня складності).

Досліджувані демонстрували болісне переживання соціального й особистісного дискомфорту, відзначали в гіперболізаційному висвітленні страх через потенційні труднощі й острах негативної оцінки свого тіла, зовнішності, майбутнього, надто часто хвилювалися через боязнь фізичного болю. Жінки з цієї групи проявляли нерозуміння і відсутність тактик і стратегій вирішення назрілих психофізичних і соціальних проблем, а сприймання довколишнього

світу вербалізували у песимістичних тональностях з наголосом на його «суцільній небезпечності», загрозливості, недосконалості, непристосованості для комфортного «людського» проживання/існування тощо. По суті, більше третини досліджуваних вагітних жінок заманіфестували тривожно-песимістичний модус усвідомлення дійсності та самоусвідомлення в його ускладнених актуальних реаліях – перебування в клінічному пологовому будинку у стані вагітності.

Вагітним жінкам *групи Fatum* (стан середнього ступеня складності) (49,7 %) були властиві: чітко виражений патерн тривожної прихильності, схильність до пасивно-агресивних залежностей, постійне намагання отримати від інших захист і турботу. Досліджувані досить часто проявляли високий опір автономії, їм було характерним надто демонстративне егоцентричне привертання уваги, певна хаотизація висловлення думок в основному психозахисної спрямованості. Зауважуємо, що майже половина від загальної вибірки досліджуваних проявляла виражений демонстративний песимізм, понижену комунікативну активність, ознаки розгубленості, симптоми депресивності, психофізичної втоми тощо.

Жінкам *групи Logic* (стан легкого ступеня складності) (14,1 %) були притаманні такі найхарактерніші поведінкові ознаки: дистанціювання від батьків, мінімізація контактів із сім'єю насамперед з метою уникнення тиску на себе. Вагітні з цієї групи демонстрували прагнення до перфекціонізму, презентували завищення вимог до себе і майбутньої дитини, надто емоційно обурливо проявляли підвищену чутливість до власних і чужих помилок, а також високий рівень фонові тривожності у власній психоемоційній сфері тощо.

Зауважимо, що для всіх трьох груп жінок був досить характерним негативний вплив синдрому «завченої безпорадності» на адекватну й успішну адаптацію до складного стану вагітності. Перепади настрою, ситуативна тривожність, амбівалентність думок, психомоторна пасивність або метушня

були спонтанними супутниками досліджуваних жінок, правда, вони проявлялися різною мірою в залежності від входження до певної групи.

Досліджувані *групи Norma* були контрольною групою і консультувалися в жіночих консультаціях, а отже їм були властиві типові психостани жінок, які відвідують лікаря – легка стурбованість, контрольована комунікативність, виражена конфіденційність, певна збентеженість на питання фокусованого інтерв'ю й на особистість психолога-експериментатора тощо.

Узагальнення результатів пілотажного дослідження дало змогу виокремити певні чинники, які найістотніше впливають на ставлення сучасної жінки до материнства в період вагітності. Виходячи з аналізу соціального статусу, більшість досліджуваних перебували в цивільному або офіційному шлюбі і мали постійне місце роботи, отож для них повинен був би бути характерним позитивний психоемоційний фон перебігу вагітності. Шлюбні взаємини, сімейне мікродовкілля загалом культивують адекватне сприйняття вагітності та ситуації материнства, а також покращують адаптацію до нової ролі – матері майбутньої новонародженої дитини. Однак у *досліджуваних вагітних жінок зауважуємо загальний високий рівень і тривожності, і фрустрованості, і невротизації*. Аналіз особливостей сприйняття вагітності та майбутнього материнства показує, що для більшості жінок вагітність є бажаною та запланованою, тому вони відповідально і без зайвої тривоги повинні б ставитися до материнства. Водночас констатуємо, що у значної частини вагітних достатньо високі показники тривожного варіанту психологічного компоненту гестаційної домінанти; їм характерні відчуття тривоги та непевності у собі, що часто є наслідками побоювання різного роду ускладнень під час вагітності та пологів, а також наявні сумніви щодо готовності прийняття та реалізації ролі матері. Загалом, на формування психологічного ставлення жінки до материнства, прийняття нової соціальної ролі матері впливає значна кількість складно взаємодіючих чинників, що змінюють і тим самим підготовлюють свідомість майбутньої мами до сприйняття дитини ще задовго до її народження. Отримані емпіричні дані

пілотажного етапу експерименту підтверджують, що в цілому сучасні соціально благополучні жінки адекватно і позитивно ставляться до вагітності й майбутнього материнства, але при цьому їм притаманні певні афективні дисбаланси, зокрема відчуття підвищеного рівня прояву тривожності, фрустрованості й невротичності.

2.3. Результати емпіричного дослідження тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних і не вагітних жінок : факторний аналіз

Встановлення змістово-функціональної суті аналізованих феноменів, якісна інтерпретація всіх показників задіяних нами психодіагностичних методик передбачають багатомірний статистичний аналіз, який дозволяє здійснити якомога цілісніше реконструювання і моделювання внутрішньопсихологічних особливостей людини [127].

Для об'єктивного встановлення та безпосереднього емпіричного підтвердження впливу тривожності і фрустрованості на невротизацію вагітних жінок різного віку ми здійснили кореляційний аналіз найвагоміших діагностованих показників.

Характер кореляційних зв'язків між показниками тривожності, фрустрованості і невротизації у вагітних жінок засвідчив, що між ними існує високий статистично значущий зв'язок, зокрема:

- між показником «високий рівень тривожності» (за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор)) і показником «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) ($r_s=0,732$; $p\leq 0,01$);

- між показником «високий рівень тривожності» (за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер)) і показником «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) ($r_s=0,693$; $p\leq 0,01$);

- між показником «високий рівень тривожності» (за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор)) і показником «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) ($r_s=0,651$; $p\leq 0,01$);
- між показником «дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності, песимістичний настрій» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)) і показником «висока ймовірність неврозу» (за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом)) ($r_s=0,642$; $p\leq 0,01$);
- між показником «підвищений рівень фрустрованості» (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) і показником «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)) ($r_s=0,630$; $p\leq 0,01$);
- між показником «високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини» (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)) і показником «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) ($r_s=0,488$; $p\leq 0,05$);
- між показником «тривожний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков) і показником «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) ($r_s=0,437$; $p\leq 0,05$);
- між показником «високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)) і показником «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) ($r_s=0,334$; $p\leq 0,05$);

- між показником «підвищений рівень фрустрованості» (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) і показником «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) ($r_s=0,329$; $p\leq 0,05$).

Сумарно змістово-функціональна суть кореляційного аналізу окремих показників зводиться до констатації тісної співзалежності між афективними процесами в досліджуваних, зокрема *встановлено, що тривожність і фрустрованість виступають безпосередніми чинниками невротизації вагітних жінок.*

Факторний аналіз як один з плідних статистичних методів має цілу низку переваг, оскільки дозволяє звести діагностовану розлогу показникову інформацію в компактну і чітку систему факторів. Як відзначали Д. Лоулі й А. Максвелл, «...з практичного боку факторна модель дає змогу адекватно розраховувати коваріційну структуру між відносно великою кількістю змінних за допомогою меншої кількості простих факторів. З теоретичного боку – це віра в те, що характеристики людської поведінки, якою б не була їхня природа, можна описати в термінах порівняно невеликої кількості психологічних факторів чи ознак» [127, с.14]. Отож, услід за твердженнями вчених, факторно-аналітичний підхід базується на положеннях про комплексність певного досліджуваного психологічного явища, що проявляється у тісних або віддалених взаємозв'язках між його окремими параметрами й ознаками. Тому ключовим завданням факторного аналізу виступає концентрація тієї інформації, що подана як масив даних насамперед для того, щоб репрезентувати якомога більшу кількість ознак завдяки якомога меншій кількості характеристик. Завдяки цьому якраз наймісткіші характеристики будуть розумітись як найістотніші, а тому можна компактно встановити сутнісне наповнення досліджуваного психологічного явища (у нашому випадку – тривожність, фрустрованість як детермінанти невротизації вагітних жінок).

На підставі отриманих за результатами проведення психодіагностичних методик з укладеного нами пакету показників було здійснено факторний аналіз. Задіяння факторного аналізу в загальному було спрямоване на вектори зменшення кількості змінних (редукцію даних), класифікацію, згрупування і компактну візуалізацію отриманих даних, а також на пошук прихованих змінних і генерування нових ідей. Також ми виходили з обов'язковості врахування принципу застосування статистичних норм як діагностичних норм. Не менш важливим завданням була потреба у логічному зведенні всіх емпірично отриманих розподілів до нормальної моделі, адже це відповідало вимогам до проведення сучасних експериментально-психологічних досліджень.

Результати факторного аналізу трактувалися нами з урахуванням принципів системності, взаємозалежності, взаємодоповнюваності й підпорядковувалися загальновизнаному положенню про те, що чим більший комплекс факторів буде досліджений, тим точнішими й інформативнішими будуть результати аналізу.

Отож на констатувальному етапі дослідження вибірка ($n=221$) складалась із 132 вагітних жінок і 89 не вагітних жінок, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення.

Результати факторного аналізу виконання експериментальних завдань методик вагітними жінками.

Унаслідок проведення факторного аналізу отриманих діагностичних показників *усіх досліджуваних вагітних жінок* вдалося констатувати особливості тривожності і фрустрованості, які впливають на їхню невротизацію, перебіг вагітності та й, очевидно, на подальшу особистісну психогенезу.

Своєрідний факторний профіль вибудовувався нами завдяки різнобічній поглибленій якісній інтерпретації усіх показників методик, що були піддані факторному аналізу. Ключовим принципом було врахування основної визначально-сутнісної ознаки й домінанти вибірки – *всі досліджані були*

жінками фертильного віку, які перебували на різних стадіях вагітності та мали різний досвід народжуваності дітей.

До **першого фактора**, що умовно названий нами «**тривожно-песимістична готовність до материнства**», увійшли такі показники: «високий рівень тривожності» (0,894), «дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності, песимістичний настрій» (0,836) «настрій» (0,771), «ригідність» (0,685) та зі знаком «-» «ейфорійний тип гестаційної домінанти» (-0,743), «середній рівень соціальної спрямованості. Мотиви зберегти вагітність з метою відповідності соціальним очікуванням» (-0,692).

Дисперсія фактора склала 9,6 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 28,1%.

Вважаємо, що в якісній інтерпретації виокремлених у цей фактор показників потрібно виходити насамперед з урахування ускладнених трансформаційних умов нашого суспільства, внаслідок чого тривога за власну екзистенцію та безпеку й добробут ближніх виступає основним пріоритетом багатьох людей. Додаткова ускладненість життєдіяльності жінки психофізичними, статусно-рольовими, матеріальними та іншими чинниками, що супроводжують вагітність, якраз і зумовлює таке тривожне і песимістичне тло. Високий статистично значущий рівень прояву показника «високий рівень тривожності» (0,894) (за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергера)) сигналізує, що цілий комплекс найрізноманітніших детермінант особистісного, соціального, ситуативного та іншого походження спонукає вагітну жінку переживати різномодальну тривожність. Занепокоєння за майбутню ще не народжену дитину проявляється на рівні схильності до надмірного хвилювання в першу чергу через тривоги і загрози (явні або уявлювані) за її безпечне виношування та успішне народження. Навіть за відсутності фізичної чи іншої небезпеки будь-які травмівні і конфліктні ситуації можуть провокувати страх і тривогу, які знову ж таки не обов'язково мають бути адекватними реакціями на рівень загрози. Тому високий рівень тривожності є симптоматикою можливо навіть прихованої суб'єктивної боязні

за себе і власне потомство перед невідомістю і незахищеністю. Глибоке почуття безпорадності і невпевненості культивує численні прояви базальної тривожності, тому вагітна жінка особливо гостро прагне позбутися негативних переживань, перманентного страху (насамперед з приводу безпроблемного виношування, остраху викидня, безболісного народження тощо) і почуватися в захищеності та безпеці.

Високий рівень тривожності у вагітних жінок є семантичним індикатором їхньої схильності переживати різнопланові емоційні хвилювання, явну/латентну тривогу через певну невизначеність, що є типовим психостаном для вагітності. Внутрішньоутробне життя дитини в лоні матері діагностується нею завдяки фізіологічним і психомоторним процесам, діагнозам лікарів, результатам власної візуалізації тіла тощо, проте прямих «стовідсоткових» переконань у здоров'ї ще ненародженої дитини немає, внаслідок чого дуже частими реакціями постає відчуття загрози, незвіданості і несподіваності очікуваних подій, стурбованості через імовірність та прогнозування несприятливого завершення вагітності. Напруження і нагнітання тривожно забарвлених думок, безпричинні страхи через найменші дрібниці досить часто роблять поведінку вагітної жінки неспокійною, метушливою, немотивованою, розсіяною, що засвідчує її загальну афективну розбалансованість.

Безперечно, висока тривожність пояснюється і загостреною інстинктивною особистісною відповідальністю, що в психоемоційному плані спрацьовує вельми виснажливо. Підвищена тривожність мимоволі позначається на особливостях зміни характеру, внаслідок чого активніше проявляються риси невпевненості, розратованості, неадекватного самооцінювання, внутрішньої та міжособистісної конфліктності. Типовим станом виступає дисбаланс між рівнем домагань (якісний сучасний і комфортний медико-психологічний супровід вагітності) і реаліями вітчизняного клінічно-психологічного забезпечення, що стимулює зниження самооцінки і розчарування у своїх можливостях та успішності.

Висока сензитивність нервової системи жінки у стані вагітності також є чинником, що зумовлює і пояснює підвищений рівень її тривожності, який може не виступати прямим джерелом порушення психологічного здоров'я, однак є істотним показником ризику, який не доцільно ігнорувати чи недооцінювати.

Прояв на високому статистичному рівні показника «дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності, песимістичний настрій» (0,836) (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)) якраз логічно доповнює якісно-інтерпретаційні узагальнення щодо попереднього показника. Висока міра тривожності, гнітючість переживань, перманентність і невизначеність очікування, песимістичність настрою можуть породжувати низьку готовність до материнства.

Оскільки для більшості жінок з негативним ставленням до вагітності майбутня дитина виступає основним джерелом проблем і несприятливих емоцій, то материнські почуття у них розвиваються слабше, повільніше та піддаються постійним сумнівам і самодокорам. Як складноструктуроване і специфічне особистісне утворення низька психологічна готовність до материнства може бути зумовлена певними розладами потребово-мотиваційної сфери вагітної жінки, зокрема через імовірну незадоволеність потреб і розбалансованість близької та віддаленої мотивації. Ціннісно-сміслові і потребово-мотиваційні компоненти готовності до материнства залежать від індивідуальної сформованості самосвідомості, морально-аксіологічної підготовленості, адже вони передбачають рефлексію вагітною жінкою своїх психологічних і фізіологічних станів та прагнення до їх позитивного переживання й реалізації у процесі складної комунікації з майбутньою дитиною та мікро- і макросоціумом. Звичайно, важлива роль належить когнітивно-операційній сфері готовності як спроможності осмислити і регулювати складнощі вагітності та соціально-особистісну здатність до усвідомленого материнства. Безпосереднім сенсотвірним чинником постає народження здорової дитини, однак надмірно висока тривожність і загальна депресивність

суспільного клімату, проявившись зокрема на рівні аналізованого показника, може трактуватись і як чинник, що викликає психофізіологічні і соціальні проблеми та в найгіршому варіанті вилитись як екзистенційний страх або й небажання дати початок новому життю. І, навпаки, позитивне ставлення до вагітності, сприятлива налаштованість на появу здорової дитини тягнуть за собою спокійний перебіг вагітності і задоволеність нею. Однак констатована низька готовність до материнства в сукупності з тривожністю, особистісним і соціальним песимізмом істотно ускладнюють спроможність вагітної жінки свідомо перенести будь-які обмеження і труднощі задля народження дитини. Передчуття майбутнього материнства потребує позитивного психоемоційного супроводу та нейтралізації підвищеної тривожності, апатійності й депресивності. Безперечно, потрібно культивувати глибоко інтимне усвідомлення позитивного ставлення жінки до власної вагітності, що сприятиме зниженню в неї негативних настроїв і страхів щодо вагітності й пологів та вибудовуватиме сприятливий афективний образ дитини як бажання піклуватися нею через ототожнення із щасливою роллю матері. Страх патологічного перебігу вагітності, невиношуваності, токсикозів можуть спричиняти хронічну стресовість або й психози, тому прояви песимізму і надмірно високої тривожності повинні бути враховані як важливі афективні сигнали, що на ранніх етапах діагностичної роботи спокуають насамперед до перевенції негативних психостанів.

Показники «настрій» (0,771) (за «Методикою САН (самопочуття, активність, настрої)») і «ригідність» (0,685) (за «Методикою діагностики самооцінки психічних станів» (Г. Айзенк)) засвідчують якраз ускладнене психоемоційне тло вагітності. Ригідність, маркуючи неспроможність гнучно й оперативно, перебудувати власну діяльність в умовах, що об'єктивно потребують такої реакції, виступає відображенням скутості, пасивності й інертності емоційних відгуків на вагітність. Як відомо, зміни і гнучкість характеру поведінки на афективному, мотиваційному й когнітивному рівнях залежать від особистісних параметрів та від моделей комунікації із

середовищем, а також корелюють з мірою усвідомленості, привабливості, наявності небезпеки, монотонності стимуляції тощо. Вочевидь, якраз розбалансований настроєвий фон досліджуваних пояснює їхню певну афективну ригідність до майбутнього материнства.

Згідно з інтерпретацією показника «ейфорійний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)) (-0,743) у вагітних жінок повинен би домінувати підвищений фон настрою, оскільки вони розглядають своє майбутнє материнство у своєрідному «рожевому» світлі і впевнені в успішному й позитивному перебізі вагітності та результаті пологів. По суті, на відміну від хорошого нормального настрою таке ейфорійне настановлення справляє на вагітних жінок не дуже сприятливий вплив, адже вони стають відірваними й нечутливими до об'єктивної реальності і неспроможними до адекватної оцінки справжнього стану справ. На випадок постання будь-яких ускладнень перебігу вагітності або проблем у таких вагітних виникають надто емоційні реагування, які застають її раптово і зненацька, а складність істотно перебільшується. Вагітні з ейфорічним типом гестаційної домінанти вимагають до себе підвищеної і повсякчасної уваги, стають претензійними й образливими, відчують постійне незадоволення тощо. Однак зауважимо, що в досліджуваних нашої вибірки цей показник проявився зі знаком «-». Як відомо, позитивний знак факторного навантаження вказує на прямий зв'язок змінної з виокремленим фактором, а негативний знак вказує навпаки – на обернений зв'язок. Тому можемо інтерпретувати, що симптоматика ейфорійного типу гестаційної домінанти у досліджуваних має латентну семантику, тобто вони хотіли б бути претензійними, емоційними, прагнучими посиленої і пильної уваги, комфортності і райдужної безтурботності, однак реалії дійсності не дозволяють продемонструвати цей афективний репертуар. Зауважуємо, що умовне «прагнення до ейфорії» від свого вагітного актуалгенезу є блокованим, а різномодальна тривога і страхи, зафіксовані зокрема у прояві попередньо аналізованих показників «високий рівень тривожності», «дуже низька готовність до материнства і висока міра

тривожності, песимістичний настрій», «ригідність» не сприяють адаптації жінки до її ускладненого стану та майбутніх пологів.

Слід зазначити, що жінки з ейфорійним компонентом гестаційної домінанти часто вважають, що стан вагітності робить їх ще кращою та привабливішою в очах чоловіків, тому в нашому випадку, коли цей показник вказує на обернений зв'язок змінної з виокремленим фактором, можемо констатувати лише їхнє латентне бажання бути такими. До того ж зі знаком «-» проявився ще й показник «середній рівень соціальної спрямованості. Мотиви зберегти вагітність з метою відповідності соціальним очікуванням» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)) (-0,692). Як бачимо, це ще одне підтвердження того, що тривожно-песимістична готовність до материнства набуває свого прояву навіть у досить пасивній (середній рівень) соціальній спрямованості та збереження вагітності, щоб відповідати соціальним очікуванням і стереотипам.

Загалом, констатуємо у досліджуваних вагітних переважання здебільше тривожно-депресивного модусу осмислення свого стану вагітності та готовності до майбутнього материнства.

У **другий фактор**, названий нами **«тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини»**, виокремилися такі показники: «підвищений рівень фрустрованості» (0,883), «самопочуття» (0,801), «високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини» (0,755), «тривожний тип гестаційної домінанти» (0,728), «високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності» (0,591) та зі знаком «-» «слабке нервово-психічне напруження» (-0,751).

Дисперсія другого фактора склала 8,3 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 21,4 %.

Добір виокремлених у другий фактор показників склав композицію, яку умовно можна назвати «зліпком нашого соціального часу буття». Будучи

громадянками держави, яка вже кілька років перебуває в силовому полі гібридної війни та реальних бойових дій в окремих східних регіонах, відчуваючи на собі вкрай негативний тиск економічної кризи (безробіття, масова трудова міграція, інфляція, бюрократизм, корупція та інші соціальні девіації), переживаючи за здоров'я і добробут ближніх, вагітні жінки мають багатократне навантаження на власну психоемоційність. Острах опинитися в складній фінансово-матеріальній ситуації, гнітюче очікування невизначеності рівня медичної кваліфікованості персоналу і комфортності та забезпечення медичного закладу, в якому потенційно можна народити дитину, якраз і зумовлюють тривожно-фрустраційне самопочуття. Матеріальні труднощі висуваються дуже важливим чинником, що зумовлює такий апатійний і песимістичний погляд на світ.

Прояв показника «підвищений рівень фрустрованості» (0,883) (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) засвідчує переживання досліджуваними вагітними жінками цілого спектру негативних емоцій, які сигналізують про стани безнадійності, безпорадності, гнітючого очікування, невизначеності, амбівалентності, апатійності та інертності. Маючи у своїй семантиці позначення обману, марності сподівань і очікувань, фрустрованість є тим негативним психостаном, який знижує вітальний потенціал вагітної жінки, адже на рівні емоційності маніфестує її неможливість досягнути поставленої мети через домінування ситуації усвідомленості нездійснення значущої цілі або неспроможності задоволення важливої потреби – виносити і народити здорову дитину. Почуття напруженості й розчарування межують з тривожністю, інколи навіть депресією, відчуттям безвиході, відчаєм тощо. Тому високий статистичний прояв показника «самопочуття» (0,801) (за «Методикою САН (самопочуття, активність, настрої)») значною мірою пояснює сензитивно-почуттєву налаштованість вагітної жінки реагувати на складнощі і соціального довкілля, і власного психофізичного стану.

Звичайно, насторожує показник «високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини» (0,755) (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)), адже він репрезентує базальну мотивацію збереження жінкою вагітності. Внаслідок незадовільного впливу соціодовкілля, що породжує численні матеріальні проблеми, брак достатніх коштів та інші фінансові обмеження, у вагітних може виникати гнітючо-фрустраційна ситуація очікування чогось неприємного і загрозливого. Появляється високого рівня суб'єктивна тривожність, що зумовлена насамперед недостатньою матеріально-фінансовою забезпеченістю як самого процесу вагітності, так і майбутніх пологів. Очікування народження дитини як процес досягнення радісної та знакової події в житті сім'ї досить часто затьмарюється безгрошів'ям як основним індикатором економічної кризи. Тривожність генерується матеріальним фактором, економічною депривацією, що має негативний вплив на психогенезу майбутньої матері та пренатальний розвиток дитини.

У цьому контексті цілком не випадковим є високий статистично значущий прояв показника «тривожний тип гестаційної домінанти» (0,728)» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)), який фіксує страхи, тривогу, фобії жінок упродовж перебігу вагітності. Такі жінки демонструють високий рівень тривожності як стійку рису особистісної психоструктури, тому надто часто, гостро і болісно реагують на акушерсько-гінекологічні ускладнення або сімейні проблеми. Від часу усвідомлення власної вагітності вони перебувають у постійному передчутті ймовірних поганих новин і подій, переживають підвищене нервово-психічне напруження, хвилюються навіть через неістотні дрібниці, що сумарно несприятливо спливає на суб'єктивне самопочуття і погіршує стан здоров'я на соматовегетативному рівні. Типовими особистісними рисами є емоційна лабільність, недовірливість, вразливість, метушливість, підвищена стомлюваність, невпевненість тощо. Культивує тривожність також те, що жінки з тривожним типом гестаційної домінанти часто соромляться

власної вагітності, тому їм може видаватися неприємним, якщо сторонні люди зауважують їхній стан вагітності. По суті, на тлі тривалих і постійних тривожних переживань упродовж усього періоду гестації вагітність інтерпретується як величезне випробування і сприймається як дуже складний соматично хворобливий стан. Досить часто досліджувані демонстрували амбівалентність емоцій та певну амбітендентність вчинків, констатували, що тривожний стиль поведінки і різноманітні страхи перешкоджають тішитися вагітності, іноді мали місце ознаки тривожної гіпотимія, що проявлялися в невпинному очікуванні чогось поганого на тлі зниженого настрою.

Семантичне наповнення другого фактора логічно доповнює отриманий за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк), показник «високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності» (0,591). Досліджувані жінки демонструють власне ставлення до вагітності як до можливості компенсувати побоювання і страхи від негативних і травмогенних впливів повсякденного життя. Переживання щодо виникнення ускладнень упродовж вагітності, боязнь втратити дитину, страх пологів і острахи за здоров'я малюка виникають уже під час вагітності, а до цього досліджувані вбачають можливість використати вагітність для нейтралізації інших екзистенційних страхів і побоювань.

Зауважимо, що показник «слабке нервово-психічне напруження» (-0,751) (за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) проявився зі знаком «-», тобто це ще одне підтвердження афективної амбівалентності досліджуваних вагітних жінок, які, переживаючи тривожність і фрустрованість через матеріальні труднощі очікування народження дитини, намагаються все ж не демонструвати високу невротизацію.

Третій фактор за умовною назвою **«тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності»** склали такі показники: «високий рівень тривожності» (0,689), «високий рівень невротизації» (0,670), «відноситься до негативно-звинувачувального стилю переживання вагітності, на користь власного здоров'я. Міфи про шкоду вагітності на організм» (0,645),

«висока ймовірність неврозу» (0,603) та зі знаком «—» «агресивність» (-0,721), «оптимальний тип гестаційної домінанти» (-0,685).

Дисперсія третього фактора склала 7,2 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 18,2 %.

Як і в двох попередніх факторах ключовою дефініцією постає «тривожність», зокрема за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор) на статистично значущому рівні виокремився показник «високий рівень тривожності» (0,689), що засвідчує важливість цього психостану для вагітних жінок насамперед через його психорегуляційну (конструктивну або деструктивну) функцію. Тривожність у контекстному переліку негативних особистісних переживань вагітної жінки посідає знакове місце, оскільки доволі часто спонукає до надмірного психоемоційного вигорання і психофізичного виснаження, а також зумовлює появу перепон у міжособистісних взаєминах і блокує соціальні-перцептивні канали взаємодії.

Знову ж таки зауважуємо тісні звязки підвищеної тривожності із загостренням депресивно-фрустраційних переживань та високою ймовірністю переростання у психосоматичні захворювання. Тривожність породжує невпевненість, неадекватність і хаотичність як поведінки, так і психоемоційних реакцій на фрустратори або інші негативні імпульси.

Чітко простежується загальне тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання досліджуваними власної вагітності. Свідченням цього є прояв на достатньо високому статистичному рівні показника «високий рівень невротизації» (0,670) (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом)) і показника «висока ймовірність неврозу» (0,603) (за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом)). Така щільна концентрованість показників невротизації особистості є суттєвим емпірично встановленим підтвердженням складнощів афективної психогенези вагітних жінок. Невротичне переживання вагітності, виступаючи своєрідною м'якою формою неврозу, відзначається підвищеним рівнем тривоги та всіма іншими типовими симптомами емоційного дистресу.

Перманентна тривожність чинить свій негативний вплив навіть тоді, коли фактор або ситуація, що спричинили тривожність, уже давно змінилася, а вагітна жінка все так же само відчуває себе погано. Вочевидь, можна стверджувати вже про існування невротичного стану, на тлі якого можуть виникати головні і сердечні болі, запаморочення, посилене серцебиття та інші соматичні психофізичні розлади, об'єктивно типові для вагітних жінок.

Розуміння невротизації у досліджуваних зводиться до того, що існує тісне поєднання певного сильного бажання і адекватно сильної заборони не лише на його виконання, але і на його усвідомлення. Підтвердженням цього слугує прояв показника «відноситься до негативно-звинувачувального стилю переживання вагітності, на користь власного здоров'я. Міфи про шкоду вагітності на організм» (0,645) (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)). Нейтралізація негативного впливу розповсюджених на рівні побутового психологізму «міфів» про вагітність на стривожену й невротизовану особистість вагітної жінки буде запорукою успішнішого перебігу вагітності та народження здорового потомства.

Варто відзначити, що в третьому факторі деякі показники проявилися зі знаком «-», зокрема «агресивність» (-0,721) («Методика діагностики самооцінки психічних станів» (Г. Айзенк)) та «оптимальний тип гестаційної домінанти» (-0,685) («Тест ставлень вагітної» (І.В. Добряков)). Перебування під впливом тривожно-невротичних і негативно-звинувачувальних переживань вагітності все ж таки не породжує у вагітних жінок високий рівень агресії або автоагресії.

Якщо симптоматику вагітності, виражену тенденцією до тривожно-фрустрованого самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини (встановлено у другому факторі) ми пояснюємо соціальною природою і чинниками, то тенденцію до неагресивного тривожно-невротичного негативно-звинувачувального переживання вагітності українськими жінками (встановлено в аналізованому третьому факторі), очевидно, можна пояснити

лише ментальністю, складеними й усталеними культурно-історичними фемінінними типами толерантності, терпіння і жертвності.

До *четвертого фактора* за назвою «*надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі*» увійшли такі показники: «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» (0,784) «вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі» (0,678), «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (0,651) та зі знаком «←» «гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти» (-0,596).

Дисперсія четвертого фактора склала 4,1 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 9,7 %.

Добір вичленуваних у цей фактор показників засвідчує особливу складність функціонування афективної сфери вагітної жінки, зокрема в тісному поєднанні з когнітивними і регулятивними конструктами її психоструктури. Показник «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» (0,784) (за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин)) є підтвердженням високого невротичного тла, характерного вагітним. У всіх трьох попередніх факторах прямо або опосередковано на високих рівнях і значеннях статистичної значущості проявляються подібні показники, які фіксують загострене психоемоційне реагування вагітних жінок на дискомфортні внутрішньопсихологічні та зовнішні чинники.

Для розуміння тривожності, фрустрованості й невротизації досліджуваних цікавим та інформативним видався виокремлений у цьому факторі показник «вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі» (0,678) (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)). Вагітні жінки, прагнучи зберегти сприятливий мікроклімат у сімейних міжособистісних взаєминах, намагаються, не зважаючи на актуальні дискомфортні психофізичні стани, будь-яким чином утримати гармонійність і партнерство з чоловіком. Показник «незадовільна нервово-

психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (0,651), вичленуваний внаслідок проведення «Методики визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)), фіксує невротичну розбалансованість досліджуваних, низьку опірність стресорам, а також чинникам, які супроводжують і ускладнюють перебіг вагітності. Наслідком цього можливі часті нервові зриви, що негативно впливають як на матір, так і на майбутню дитину. Вочевидь, можна вести мову про помежовий характер психоемоційної збалансованості досліджуваних вагітних жінок, емоційну флюктуативність, що не тільки негативно впливають на актуальний процес виношування дитини, але й на пологи та післяпологовий період.

Разом із вичленуваним у цьому ж факторі показником «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» показник «незадовільна нервово-психічна стійкість» виступає своєрідною «стресовою» субдомінантою і свідчить про вкрай підвищений рівень загрози успішному перебігові вагітності, особливо ж щодо несприятливого впливу на пренейта – ще не народжену дитину.

Виокремлений зі знаком «-» показник «гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти» (-0,596) (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)) підтвердив намагання використати вагітність для утримання сім'ї, шлюбу, чоловіка. Зазначимо, що ми тлумачимо це не як варіант за моделлю «шантаж», а як варіант «берегиня» – зберегти й оберезти сімейне вогнище.

Як відомо, гіпогестогнозичний варіант психологічного компонента гестаційної домінанти притаманний жінкам з явним або здебільшого несвідомим, прихованим неприйняттям своєї вагітності. Вони з певною байдужістю ставляться до того, що навколишні люди зауважують у них ознаки вагітності, однак надмірна увага, розмірковування і розпитування з цієї нагоди можуть викликати незадоволення і роздратування. Зазвичай їх також часто непокоять соматичні прояви вагітності, настроєва гама коливається і буває зниженою та імпульсивною, а наближення пологів загострено стимулює стан

психологічного дискомфорту. Особливою рисою є те, що жінок з таким типом гестаційної домінанти ставлення чоловіка до факту вагітності досить часто не цікавить.

Однак у нашому випадку показник проявився зі знаком «→», що засвідчує про латентне, «обернене» його трактування, тобто досліджуваним вагітним дуже важливою є увага до них та їхнього складного психофізичного стану з боку чоловіка.

Розподіл факторних навантажень показників виконання психодіагностичних методик досліджуваними вагітними жінками (n=132) відображено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Розподіл факторних навантажень показників виконання
психодіагностичних методик досліджуваними вагітними жінками
(n=132)**

Показники психодіагностичних методик	Фактори (F)			
	1 Тривожно-песимістична готовність до материнства	2 Тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини	3 Тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності	4 Надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі
«високий рівень тривожності»	0,894			
«дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності, песимістичний настрій»	0,836			
«настрій»	0,685			
«ригідність»	0,747			

«ейфорійний тип гестаційної домінанти»	- 0,743			
«середній рівень соціальної спрямованості. Мотиви зберегти вагітність з метою відповідності соціальним очікуванням»	- 0,692			
«підвищений рівень фрустрованості»		0,883		
«самопочуття»		0,801		
«високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини»		0,755		
«тривожний тип гестаційної домінанти»		0,728		
«високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності»		0,591		
«слабке нервово-психічне напруження»		-0,751		
«високий рівень тривожності»			0,689	
«високий рівень невротизації»			0,670	

Продовження табл.. 2.1

«відноситься до негативно-звинувачувального стилю переживання вагітності, на користь власного здоров'я. Міфи про шкоду вагітності на організм»			0,620	
«висока ймовірність неврозу»			0,603	
«агресивність»			-0,721	
«оптимальний тип гестаційної домінанти»			-0,685	
«надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження»				0,784
«вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі»				0,678
«незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра)				0,651
«гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти»				- 0,596

Узагальнюючи, зауважимо, що на підставі сумарної «афективної семантики» всіх чотирьох виокремлених факторів констатуємо тривожно-песимістичне (F1), тривожно-фрустроване (F2), тривожно-невротичне

негативно-звинувачувальне (F3) і надмірне нервово-психічне (F4) реагування на коло несприятливих детермінант, які супроводжують перебіг вагітності в сучасної української жінки.

Результати розподілу власних значень дисперсії чотирьох основних виокремлених факторів проілюстровано на рис. 2.2.

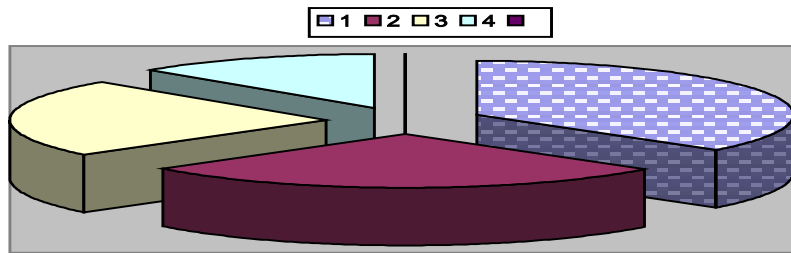


Рис. 2.2. Розподіл власних значень дисперсії виокремлених чотирьох основних факторів (вагітні жінки) (%)

Примітка: 1 – перший фактор «тривожно-песимістична готовність до материнства»; 2 – другий фактор «тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини»; 3 – третій фактор «тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності»; 4 – четвертий фактор «надмірне нервово-психічне напруження як спосіб утримання чоловіка в шлюбі».

Завдяки відсотковому накопиченню сумарної дисперсії всіх вичленуваних чотирьох факторів появилася змога на статистично достовірному рівні констатувати повномірність опису сукупності отриманих даних.

Відомо, що чим вищий цей показник, то тим значущішу й осяжнішу частину емпіричного масиву даних можна факторизувати. Тому цілком закономірно, що чим більший процент дисперсії пояснює певний фактор, то тим він і більш значущий, адже якраз в ньому більшою мірою концентрована змістово-функціональна сутність діагностованого явища. Водночас це фіксує включення в певний фактор якомога більшої кількості залежних змінних, що дає ширше інтерпретаційне поле для детальнішого пізнання досліджуваних параметрів (у нашому випадку – психологічних особливостей тривожності, фрустрованості й невротизації вагітних жінок різного віку).

Статистична обробка отриманих даних дала змогу констатувати відсоток дисперсії кожного з чотирьох основних виокремлених факторів та її внесок у

сумарну дисперсію. Нами встановлено, що сумарна дисперсія така : перший фактор – 28,1 %; другий фактор – 21,4 %; третій фактор – 18,2 %; четвертий фактор – 9,7 %. Сумарно чотири основні фактори вмістили 77,4 % семантичного навантаження від загальної дисперсії.

Варто зауважити, що завдяки процедурі варімакс-обертання (Rotated Component Matrix) вдалося вичленувати одинадцять факторів. Як ми вже зазначали, найістотніше семантичне навантаження припало на перші чотири фактори, тоді як решта сім інших факторів вичерпували 22,6 % сумарної дисперсії, тому інформацію їхнього розсіювання ми враховували зазвичай як допоміжну, що має певну вагу, однак не дуже істотну й додаткову для сумарності.

Отож завдяки факторному аналізу отриманих результатів емпіричного дослідження на репрезентативній вибірці досліджуваних вагітних жінок різного віку за допомогою пакету валідних і достовірних методик нам вдалося встановити найважливіші індикатори тих психологічних показників і параметрів, які репрезентують психологічні особливості їхньої тривожності, фрустрованості та невротизації.

Результат и факт орного аналізу виконання експеримент альних завдань мет одик не вагіт ними ж інками.

З метою забезпечення якомога повномірнішого вивчення досліджуваного феномена нами з урахуванням порівняльного критерію «*вагітність – не вагітність*» було здійснено факторний аналіз показників методик, що були проведені з не вагітними жінками, які відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення клінічних пологових будинків, обраних експериментальним майданчиками. Основним принципом проведення всього пакету методик було врахування визначальної ознаки вибірки – *всі дослідж увані були ж інками ферт ильного віку, які не були вагіт ними.*

У перший фактор, умовно названий нами «*помірно тривожне нервово-психічне напруження*», вичленувалися такі показники : «середній рівень тривожності» (0,887), «середній рівень тривожності» (0,841), «невизначений

рівень фрустрованості» (0,766), «помірне або «інтенсивне» нервово-психічне напруження» (0,623) та зі знаком «-» «низький рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства (конструктивні мотиви збереження вагітності)» (-0,694).

Дисперсія першого фактора склала 10,3 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 28,6 %.

Безперечно, впадає у вічі виокремлення двох однакових показників «середній рівень тривожності» (за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор)) і «середній рівень тривожності» (за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер)). Така своєрідна ретестовість засвідчує валідність задіяного психодіагностичного інструментарію, завдяки якому виникла спроможність констатувати найістотнішу характеристику, що притаманна досліджуваній вибірці – переживання особистісної тривожності середнього рівня. Відвідування жіночих консультацій та гінекологічних відділень у клінічних пологових будинках зумовлене насамперед турботою жінок про своє здоров'я та підтримання фертильності як базально-інстинктивної спроможності зрілого організму народжувати потомство, реалізувати репродуктивні здатності. Переживання через імовірність хвороб, дискомфортні больові відчуття, острах перед можливими гінекологічними розладами і безпліддям, соціальні вимоги щодо плановості проходження медико-гінекологічних обстежень тощо постають лише основними чинниками, провокуючими тривожність. Правда, зазначимо, що у досліджуваних не вагітних жінок вона проявляється (причому за двома методиками) на середньому рівні. По суті, зауважуємо дифузний, безпередметний, значною мірою майже безпідставний страх за власне здоров'я, що притаманні майже всім людям незалежно від статі чи якихось інших факторів. Відвідування лікарні, звернення до медичних фахівців уже є причиною легкої (середньої, високої) стурбованості, що неминуче проявляється на рівні тривожності як особливого регуляційного психоемоційного стану.

Підтвердженням такої інтерпретаційної тенденції виступає прояв показників «невизначений рівень фрустрованості» (за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) та «помірне або «інтенсивне» нервово-психічне напруження» (за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин). Досліджувані через тривожність, яка «дубльовано» констатована за двома методиками, сигналізують про певний латентно переживаний стан невизначеної фрустрованості, що загалом проявляється і на рівні помірного (інтенсивного) нервово-психічного напруження. Переживання соматичного і психічного (іноді й соціального – брак коштів для оплати дорогих діагностичних процедур, надмірна сором'язливість або боязнь лікарів-гінекологів) напруження зумовлюють схильність до роздратування і неспокою навіть з приводу незначних складнощів, а також стимулюють почуття нетерплячості, настроєвого перепаду, внутрішньої скутості або метушливої імпульсивності.

Інформативним і цікавим є ще один опосередкований доказ помірно тривожного нервово-психічного напруження не вагітних жінок, які відвідують гінекологічні консультації – прояв зі знаком «-» показника «низький рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства (конструктивні мотиви збереження вагітності)» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)) (-0,692). Зауважуємо високий прояв бажання жінки бути матір'ю внаслідок психофізіологічної фертильної готовності, однак це фіксується на внутрішньопсихологічному прихованому рівні особистісних прагнень. Цілком не виключено, що багато відвідувачок жіночих консультацій приходять, щоб переконатися у власній спроможності бути потенційною матір'ю, здоровою та успішною жінкою, здатною зачати, виносити й народити здорове потомство. Безперечно, такі важливі екзистенційні виміри зумовлюють певні помірно тривожну нервово-психічну напруженість і хвилювання. Констатуємо, що у вагітних жінок перший фактор, названий нами «тривожно-песимістична готовність до материнства», містить і високий рівень тривожності, і

песимістичні настрої, і ригідність, тобто психоемоційна ситуація значно складніша.

До **другого фактора**, названого «**задовільне нервово стійке самопочуття**» увійшли такі показники : «самопочуття» (0,818), «задовільна нервово-психічна стійкість особистості» (зриви можливі в екстремальних ситуаціях) (0,733), «низький рівень суб'єктивного відчуття обмеження свободи. Готовність приділяти достатню кількість часу сім'ї і дітям. Низький пріоритет кар'єри і навчання над сімейними і материнськими цінностями» (0,650), «тривожність» (0,578) та зі знаком «-» «депресивний тип гестаційної домінанти» (-0,610).

Дисперсія другого фактора склала 8,7 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 22,1 %.

Трактування вичленуваних у другий фактор показників відбувалося з урахуванням логіки того семантичного навантаження, яке вони містили в собі. Не вагітні жінки демонструють стабільний афективний стан, що фіксується на високому статистично значущому рівні прояву показника «самопочуття» (за «Методикою САН»). Досліджувані мають усталений і загалом збалансований репертуар протистоянь нервово-психічним загрозам (показник «задовільна нервово-психічна стійкість особистості» (зриви можливі в екстремальних ситуаціях) (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)). У них стабільна просоціальна налаштованість на самореалізацію у фемінінних-материнських ролях і статусах., свідченням чого є прояв показника «низький рівень суб'єктивного відчуття обмеження свободи. Готовність приділяти достатню кількість часу сім'ї і дітям. Низький пріоритет кар'єри і навчання над сімейними і материнськими цінностями» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)). Правда, зауважуємо, що тривога й переживання супроводжують психогенезу і вагітних, і н вагітних українських жінок, доказом чого є високий статистично значущий рівень прояву показника «тривожність» (за «Методикою діагностики самооцінки психічних станів» (Г.

Айзенк)).

Окремо слід відзначити прояв зі знаком «-» такого показника як «депресивний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)) (-0,610). Як відомо, депресивний тип характерний для жінок з чітко вираженим негативним сприйняттям власної вагітності. Отож у досліджуваних зауважуємо цілком протилежні наміри і прагнення, які зафіксовані на латентному рівні внутрішньопсихологічного самоусвідомлення та проявилися в «оберненому» ракурсі.

Зазначимо, що у вагітних жінок другий фактор «тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини» маніфестує значно іншу функціональну семантику, ніж у не вагітних досліджуваних.

Третій фактор «оптимально активна соціальна спрямованість» наповнили такі показники : «активність» (0,701), «низька ймовірність неврозу» (0,638), «вагітність як відповідність соціальним очікуванням. Сильна соціальна спрямованість» (0,611), «оптимальний тип гестаційної домінанти» (0,580) та зі знаком «-» «фрустрація» (-0,646).

Дисперсія третього фактора склала 7,1 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 17,8 %.

Показники третього фактора узагальнео репрезентують позитивну й активну налаштованість досліджуваних на життя у соціумі, навіть у таких складних і трансформаційних умовах, якими означений наш час. Про це засвідчують насамперед показники «активність» (за «Методикою САН») і «низька ймовірність неврозу» (за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом)). Здатність до проживання в розбурханому соціумі, висока адаптивність до вирішення кризових ситуацій і проблем, спроможність здійснювати перетворення і досягати мети – характерні ознаки активності досліджуваних жінок. Зауважуємо, що за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) виокремився показник «вагітність як

відповідність соціальним очікуванням. Сильна соціальна спрямованість», що цілком слушно вписується в соціально-активний портрет сучасної жінки.

Своєрідним підтвердженням виступає також показник «оптимальний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)), в якому концентровані уявлення не вагітних жінок про сутність психологічної ситуації виношування дитини, а також їхні певні прогностичні міркування про специфіку перебігу пологів і взаємин у сім'ї та родині в зв'язку з народженням дитини. Досліджувані жінки, проявивши на високому статистичному рівні оптимальний тип гестаційної домінанти, засвідчили, що позитивно оцінюють свою ймовірну вагітність, зокрема без зайвої та надмірної тривоги, відповідально і сумлінно ставляться до цього «цікавого» стану, адекватно реагують на можливі проблеми і спроможні їх конструктивно вирішувати й долати.

Варто зазначити, що визначення типу психологічного компоненту гестаційної домінанти дає змогу встановити різнобічне ставлення жінки до себе як до вагітної (ставлення до власне вагітності, способу життя під час вагітності, майбутніх пологів, до себе як до матері, своєї майбутньої дитини, вигодовування дитини грудьми, а також ставлення до вагітної жінки її чоловіка, родичів і близьких, сторонніх людей та ін.). На такому тлі цілком логічним є прояв показника «фрустрація» (за «Методикою діагностики самооцінки психічних станів» (Г. Айзенк)) (-0,646) зі знаком «-». Фрустрація як складний психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення і гнітючої блокованості якоїсь суб'єктивно значущої мети або потреби у вагітних жінок не проявляється якраз через активну просоціальну налаштованість. Внаслідок цього в їхньому життєвому хронотопі немає місця і часу для надмірних фантазувань і марень, а ключовою лінією поведінки виступає активна і цілеспрямована діяльність, зокрема й у плані збереження свого психофізичного здоров'я шляхом відвідування жіночих конультацій та гінекологічних обстежень.

Наголосимо, що в не вагітних жінок у показниках третього фактора

концентрована оптимально активна соціальна спрямованість, тоді як у вагітних жінок семантика третього фактора є кардинально іншою – тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності. Безперечно, встановлені відмінності засвідчують нагальну необхідність задіяння фахового медико-психологічного ревіталізаційного супроводу перебігу вагітності в сучасних жінок.

У четвертий фактор за назвою «ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції» виокремилися такі показники: «тенденція до збереження стосунків в сім'ї, у тому числі за засобами маніпулювання вагітністю і дитиною» (0,645), «агресивність» (0,600), «настрій» (0,569) «ейфорійний тип гестаційної домінанти» (0,552) та зі знаком «-» «високий рівень невротизації» (-0,697) і «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (-0,550).

Дисперсія четвертого фактора склала 4,6 %, а її внесок у сумарну дисперсію був 9,9 %.

Вичленувана композиція показників виконання експериментальних завдань не вагітними досліджуваними жінками засвідчує загальну тенденцію їхнього ставлення до ймовірної вагітності та презентує систему типових поведінкових настановлень. На статистично значущому рівні проявився показник «тенденція до збереження стосунків в сім'ї, у тому числі за засобами маніпулювання вагітністю і дитиною» (за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)), що можна інтерпретувати як намагання до утримання сприятливого сімейного мікроклімату всіма засобами, інколи навіть маніпулятивного характеру. Отож чітко простежується тенденція зберегти доброзичливі і гармонійні взаємини у сім'ї завдяки маніпулюванню станом вагітності та майбутньою дитиною.

Показник «агресивність» (за «Методикою діагностики самооцінки психічних станів» (Г. Айзенк)) сигналізує, що в згаданому варіанті утримання сімейної гармонії не вагітні жінки спроможні навіть на агресивність для захисту власних тактик і стратегій щодо збереження сімейного затишку. Вочевидь, це проявляється здебільшого на рівні вербальної агресивності, однак

констатований факт потребує подальших поглибленіших досліджень для пізнання особливостей фемінінної агресії у вимірах сімейної психології.

Прояв показника «настрій» (за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрій) засвідчує цікаву тенденцію, згідно з якою відвідування жіночих консультацій і гінекологічних кабінетів не вагітними жінками зумовлено не лише самопочуттям, але й залежить від їхнього настрою.

Виділення в цьому факторі показника «ейфорійний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)), який позначає підвищений фон настрою і певну схильність бачити дійсність у своєрідному «рожевому» світлі, можна трактувати як симптоматику безтурботності, що загалом не відповідає об'єктивним обставинам і реальному станові справ. Ейфорія передбачає психомоторне збудження, поведінкове похвалення та може бути інколи показником соматичних розладів і захворювань. Під час відвідування жіночої консультації для встановлення аспектів гінекологічного здоров'я, яке супроводжується справжньою чи вдаваною ейфорією, можна розглядати насамперед як психозахисний варіант поведінки.

До того ж показник «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом)) (-0,697) проявився зі знаком «-», як, до речі, і показник «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)) (-0,550).

Для не вагітних відвідувачок жіночих консультацій у клінічному пологовому будинку висока невротизація і незадовільна нервово-психічна стійкість притаманні лише на латентному внутрішньопсихологічному рівні.

Зауважимо, що у вагітних досліджуваних жінок четвертий фактор на підставі виокремлених у ньому показників був названий нами як «надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі». Цілком помітною є істотна відмінність у функціональній семантиці між четвертими факторами в обох групах досліджуваних жінок.

Розподіл факторних навантажень показників виконання психодіагностичних методик досліджуваними не вагітними жінками (n=89) відображено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл факторних навантажень показників виконання психодіагностичних методик досліджуваними не вагітними жінками (n=89)

Показники психодіагностичних методик	Фактори (F)			
	1 Помірно тривожне нервово-психічне напруження	2 Задовільне нервово-стійке самопочуття	3 Оптимально активна соціальна спрямованість	4 Ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції
«середній рівень тривожності»	0,887			
«середній рівень тривожності»	0,841			
«невизначений рівень фрустрованості»	0,766			
«помірне або «інтенсивне» нервово-психічне напруження»	0,623			
«низький рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства (конструктивні мотиви збереження вагітності)»	- 0,694			
«самопочуття»		0,818		

«задовільна нервово-психічна стійкість особистості» (зриви можливі в екстремальних ситуаціях)		0,733		
«низький рівень суб'єктивного відчуття обмеження свободи. Готовність приділяти достатню кількість часу сім'ї і дітям. Низький пріоритет кар'єри і навчання над сімейними і материнськими цінностями»		0,650		
«тривожність»		0,578		
«депресивний тип гестаційної домінанти»		-0,610		
«активність»			0,701	
«низька ймовірність неврозу»			0,638	
«вагітність як відповідність соціальним очікуванням. Сильна соціальна спрямованість»			0,611	
«оптимальний тип гестаційної домінанти»			0,580	
«фрустрація»			-0,646	
«тенденція до збереження стосунків в сім'ї, у тому числі за засобами маніпулювання вагітністю і дитиною»				0,645
«агресивність»				0,600
«настрій»				0,569

Продовження табл. 2.2

«ейфорійний тип гестаційної домінанти»				0,552
«високий рівень невротизації»				-0,697
«незадовільна нервово-психічна стійкість особистості»				-0,550

Підсумовуючи, зазначимо, що сумарна семантика всіх чотирьох вищевказаних факторів зводиться до помірно тривожно напруженого ($F1$), задовільно нервово стійкого ($F2$), оптимально активно просоціального ($F3$) і ейфорійно-агресивно маніпулятивного ($F4$) афективного ставлення не вагітних жінок до дійсності.

На рис. 2.3. відображено результати розподілу власних значень дисперсії чотирьох основних виокремлених факторів.

Накопичена дисперсія всіх чотирьох факторів репрезентує та ілюструє на статистично достовірному рівні сутнісні виміри генеральної сукупності. Ми встановили, що сумарна дисперсія є такою : перший фактор – 28,6 %; другий фактор – 22,1 %; третій фактор – 17,8 %; четвертий фактор – 9,9 %. Загалом, чотири основні фактори вмістили 78,4 % семантичного навантаження від загальної дисперсії. Відзначимо, що завдяки процедурі варімакс-обертання виокремилося дванадцять факторів, проте, як видно, найбільше змістове навантаження припало на перші чотири фактори (інші вісім факторів вичерпували 21,6 % сумарної дисперсії).

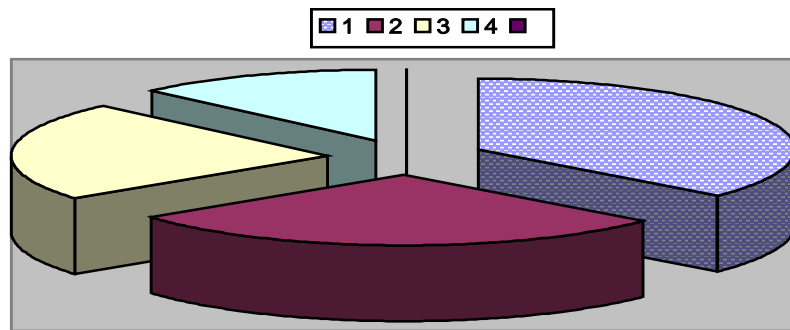


Рис. 2.3. Розподіл власних значень дисперсії виокремлених чотирьох основних факторів (не вагітні жінки) (%)

Примітка: 1 – перший фактор «помірно тривожне нервово-психічне напруження»; 2 – другий фактор «задовільне нервово стійке самопочуття»; 3 – третій фактор «оптимально активна соціальна спрямованість»; 4 – четвертий фактор «ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції».

Загалом, результати факторного аналізу дають підстави стверджувати, що вагітні жінки мають істотно відмінну афективну психогенезу, ніж не вагітні жінки. Типовим психоемоційним тлом, яке супроводжує перебіг вагітності в досліджуваних, є ускладненість прояву тривожності та фрустрованості, які несприятливо впливають на особистісну нервово-психічну стійкість та підвищують невротизацію, завдаючи шкоди психофізичному здоров'ю матері і майбутньої дитини.

2.4. Порівняльний аналіз прояву тривожності, фрустрованості та невротизації в жінок за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність»

На констатувальному етапі емпіричного дослідження крім кількісної обробки та якісної інтерпретації результатів факторного аналізу нами на складноструктурованій фемінінній вибірці було застосовано порівняльний підхід. Як відомо, завдяки порівняльному аналізу стає можливим виявлення і пошук особливостей, визначення характеристик на основі масиву зібраних даних. Зіставлення окремих явищ і параметрів дозволяє досягнути глибшої інформованості про досліджуваний феномен.

Зазначимо, що з метою детальнішого проникнення в сутнісні ознаки і прояви афективності у досліджуваних ми здійснили їхню різнорівневу таксономізацію, скориставшись сиптомами й ознакам, отриманими шляхом включеного і дистанційованого спостереження та фокусованого інтерв'ю.

Для глибшого аналітичного проникнення в констатовані на рівні факторного аналізу психологічні особливості тривожності, фрустрованості і невротизації вагітних жінок різного віку було здійснено низку порівняльних зрізів за таким основним критерієм як «*вік : звичайна вагітність – пізня вагітність*». Також ми активно враховували такі додаткові критеріальні виміри як «термін вагітності (триместр)», «досвід пологів : народжувала – не народжувала – пережила невдалі пологи», «тип сім'ї : соціально благополучна сім'я – проблемна сім'я – відсутність сім'ї» тощо. Як ми вже зазначали (див. підрозділ 2.1), всі психодіагностичні методики з укладеного пакету були проведені з усіма досліджуваними жінками з обох диференційованих порівняльних груп.

Така розгалужена система порівняльних зрізів дозволила отримати багатоманітну інформацію про специфіку прояву тривожності і фрустрованості та їхнього впливу на невротизацію жінок, які: 1) були вагітними або лише відвідували жіночі консультації та гінекологічні відділення пологових будинків; 2) перебували на різних триместрах вагітності: перший триместр – 1-13 тижні після зачаття (1-3 місяці), другий триместр – 14-26 тиждень (4-6 місяці), третій триместр – 27-40 тиждень (7-9 місяці); 3) мали різний досвід вагітності, тобто народжували, ще не народжували, мали невдалі пологи (вже були вагітні, проте одразу після народження діти померли) або викидні (мимовільні аборти як спонтанне патологічне переривання вагітності в перші 22 тижні); 4) перебували на різних етапах онтогенезу (від 18 до 46 років); 5) були з різнотипних сімей: мали чоловіка і соціально благополучну гармонійну нуклеарну сім'ю, переживали розлади в сім'ї через алкоголізм та інші соціальні девіації своїх чоловіків або не мали шлюбних взаємин та сім'ї (майбутні матері-одиначки).

Порівняльний аналіз, який було здійснено за вказаними узагальненими критеріями, дозволив детально і скрупульозно встановити систему найтипівіших і найважливіших показників, які презентують специфіку прояву і функціонування психоемоційної сфери досліджуваних жінок

Результати порівняльного аналізу за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність».

Серед знакових порівняльних критеріїв якраз вік майбутньої матері виявляється досить складним чинником, що впливає на прояв її афективності й загальної фертильно-мотиваційної готовності/неготовності до виношування і народження дітей. Отож *складний психоемоційний стан справ, зокрема в плані впливу тривожності і фрустрованості на невротизацію вагітних жінок, констатований нами якраз за критерієм «вік: звичайна вагітність – пізня вагітність».*

Короткий теоретичний екскурс засвідчує, що перебування у стані вагітності як дуже складному психофізичному й соціальному стані зумовлює появу в жінки як цілого спектру позитивних переживань, так і низки дискомфортних психоемоційних станів, які з віком усталюються й посилюються здебільшого з моделюванням несприятливих наслідків [54; 65; 66; 73; 77; 105]. Оскільки ледь типовою медико-акушерською практикою і традицією стала констатація упродовж останніх років факту народження жінкою своєї першої дитини після тридцяти п'яти років, то постають істотні проблеми з психологічними похідними пізньої вагітності, зокрема в ракурсі розбалансованої афективності на рівні підвищеної тривожності, фрустрованості, невротизації, амбвалентності тощо. Зазвичай, констатується, що пізня вагітність є не лише позитивною і радісною довгоочікуваною подією, але й фактором обгрунтованої тривоги за здоров'я жінки та її майбутньої дитини. Численні небезпідставні ризики супроводжують пізню вагітність, адже пізній репродуктивний вік жінки, почавшись після тридцяти п'яти років і триваючи до настання менопаузи, засвідчує, що на тлі збереження фертильності відбуваються все початкові зміни, які є не лише симптомами інволюційно-

фізіологічних змін у репродуктивній системі, але й індикатором можливих психологічно-вікових трансформацій. Статистичні виміри аналізованої проблеми зводяться до визнання того, що в європейському просторі й у нашій країні зокрема, впродовж останнього чверть століття більше, ніж на 90 % зросла кількість дітей, народжених жінками пізнього репродуктивного віку [194; 195].

У складних реаліях надзвичайно мінливого і контраверсійного світу сучасні жінки свідомо намагаються максимально відкласти створення сім'ї та народження дитини, і це пов'язано з цілою низкою чинників, особливе значення серед яких набувають соціально-психологічні: прагнення до різнобічної самореалізації, особистісного зростання і самореалізації в інтелектуальному та соціальному плані; бажання отримати гідну освіту та зробити справжню кар'єру, перш ніж повністю присвятити себе сімейній самореалізації; успіхи в професійній діяльності, яких так складно здобути і так шкода втратити; досягнення матеріальної незалежності, фінансового благополуччя та стабільності в житті; відсутність будь-якого особистого життя, складні стосунки в сім'ї та бажання пожити для себе, в значній мірі це перешкоджає повноцінному виконанню материнських функцій; психологічна неготовність до материнства, до прийняття відповідальності за майбутнє потомство, що може свідчити про наявність внутрішніх проблем у жінки, про її особистісну незрілість і призводить до порушень становлення материнської сфери.

Безперечно, досить часто жінки не з власної волі народжують дітей після тридцяти п'яти років, адже пізня вагітність може бути наслідком пізнього заміжжя (неможливість зустріти вірного й надійного супутника життя), повторного шлюбу (бажання мати спільну дитину з новим чоловіком), а також негативного і травмогенного попереднього пренатального досвіду (наприклад, через викидень або трагічну смерть дитини).

Не менш важливою причиною пізньої вагітності є проблеми зі здоров'ям, зокрема через різні захворювання, які тривалий час не давали змоги завагітніти

або виносити плід, а також застосування сильнодіючих гормональних контрацептивів як імовірних причин безпліддя, ранні аборти тощо [51; 54; 62; 67; 79; 89]. Попри те, що серед сучасних жінок пізня вагітність стала певною популярною модною тенденцією, слід зазначити, що серед спеціалістів у сфері медико-психологічного супроводу вагітності немає єдиної думки з приводу впливу вікового фактора на гестаційний період та формування материнської поведінки, оскільки цей феномен має одночасно і негативні, і позитивні сторони.

Звичайно, категорія жінок з пізньою (іноді називають – передклімактеричною) вагітністю є однією з груп як медичного ризику (наприклад, через появу ускладнень упродовж вагітності і пологів), так і об'єктом пильної психологічної уваги через імовірні ускладнені процеси психологічної адаптації до виконання нової соціальної ролі, формування материнської поведінки, які супроводжуються різними за модальністю психологічними станами.

Отож є низка підстав вважати, що *жінки у пізньому репродуктивному віці, тобто ті, що завагітніли після тридцяти п'яти років, є однією з обов'язкових груп ризику щодо потенційних ускладнень перебігу вагітності й пологів у порівнянні з молодими жінками фертильного віку.*

По-перше, з віком жінка все більше піддається впливу несприятливих факторів, проблеми зі здоров'ям та наявність шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем) призводять до безлічі медичних неприємностей: загострення всіх наявних хронічних захворювань, розвиток раннього токсикозу тяжкого ступеня, гестоз, плацентарні проблеми, ризик розвитку діабету вагітних, багатоплідна вагітність, можливі ранні і післяпологові кровотечі, інфекції в післяпологовому періоді, нерідко необхідність у кесаревому розтині, існує ймовірність народження хворої дитини, зростає ризик прояву спадкових захворювань, хромосомних аномалій (синдром Дауна), викидню, передчасних пологів та інше [13; 29; 46; 73; 89; 156].

По-друге, жінки старшого дітородного віку не так швидко оговтуються від пологів, їм тяжче відновити колишні форми, у них частіше виникають розтяжки внаслідок нееластичності шкірних покривів. З'ясовано, що деяким жінкам, які жили в певному ритмі і десятиліттями дбали лише про себе, важко звикнути до вимог, пов'язаних з доглядом за немовлям, вони стикаються з цілим рядом труднощів як під час вагітності, так і після народження дитини. Дуже організована людина буде не комфортно себе почувати, коли все – вагітність, пологи і післяродовий період не піддаються ніякому плануванню, виникають проблеми в виробленні власної поведінки відповідно до ситуації [67; 79; 156].

Слід відзначити, що після тридцяти п'яти років жінка може виявитися одночасно і в ролі новоявленої матері, і в ролі доглядальниці своїх старих батьків, відповідно на допомогу бабусь і дідусів розраховуватине доводиться. Загалом, цілий конгломерат найрізноманітніших чинників істотно ускладнює перебіг вагітності в жінок, які завагітніли на пізніших етапах онтогенезу [13].

Репрезентативна вибірка досліджуваних (n=132) для порівняльного аналізу за таким критерієм налічувала 53 жінки у віці від 35 до 46 років з терміни вагітності від 20 до 39 тижнів та 79 вагітних жінок віком від 18 до 35 років з різними сімейними та соціальними статусами .

Для отримання осяжнішої інформації про досліджуваних нами за допомогою спеціально авторської анкети було проаналізовано соціально-психологічні, зокрема статусні параметри жінок з пізньою вагітністю. Отож було виявлено, що 72,3 % вагітних мають постійне місце роботи, 27,7 % – тимчасово безробітні. Серед досліджуваних 79,7 % жінок мали вищу освіту, а 20,3 % середню спеціальну освіту.

Нами було встановлено, що в цивільному або офіційному шлюбі перебувають 74,9 % досліджуваних, а 25,1 % з різних причин (розлучення, загибель чоловіка, мати-одиначка) не підтримують стосунків з батьком майбутньої дитини.

Вивчення питання перебігу вагітності показало, що у 53,8 % жінок присутні різного роду медичні ускладнення; при цьому для 79,5 % це перша вагітність, а для 20,5 % – повторна (попередні свідомо штучно переривалися або трагічно закінчувалися (викидень, завмирання плоду тощо)).

Усі методики укладеного нами психодіагностичного пакету були проведені зі всіма досліджуваними, тобто з вагітними жінками до 35 років та з вагітними жінками від 35 років. Зазначимо, що кількісне змістово-функціональне наповнення діагностованих параметрів за цим критерієм містило певні істотні відмінності, що і стало предметом детальної якісної інтерпретації. Особистісна афективність у вимірах тривожності, фрустрованості і невротизації у вагітних пізнього репродуктивного віку характеризувалася низкою психологічних особливостей.

Отож результати порівняльного аналізу за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність» дозволили встановити низку відмінностей у прояві тривожності, фрустрованості і невротизації у досліджуваних та вивести узагальнене уявлення про особливості їхнього психоемоційного портрету, особливо ж у вимірах впливу тривожно-фрустраційних психостанів на рівень невротичності. Відсотковий прояв показників методик дав підстави інтерпретувати їх як певні ключові сигнали про рівень афективності вагітних жінок різного віку. Отримані результати за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрої) (див. рис. 2.4) зафіксували певний різнобій у переживанні діагностованих станів жінками зі звичайною вагітністю та з пізньою вагітністю.

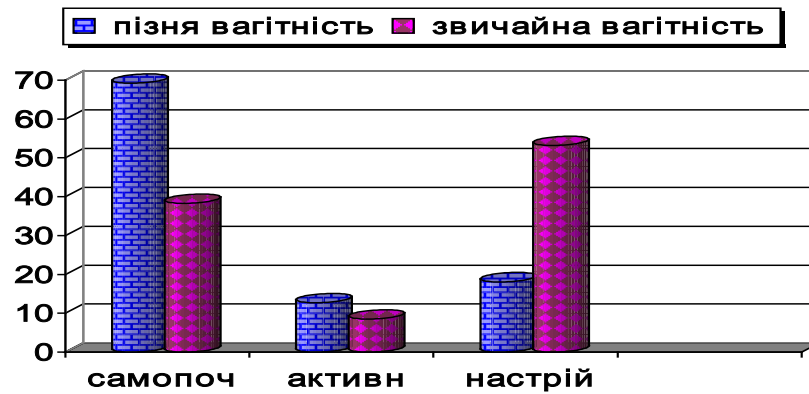


Рис. 2.4. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрій))

У жінок з пізньою вагітністю на першому місці виявився показник «самопочуття» (69,2 %), причому за допомогою бесіди нам вдалося встановити, що в основному йшлося про дискомфортні і неприємні самопочуття соматичного характеру або фізичного болю. Жінки зі звичайною вагітністю віддали перевагу не самопочуттю (38,5 %), а настрою (53,2 %), що засвідчує складніше функціонування почуттєво-настрійових ракурсів афективності якраз у тих жінок, які завагітніли на пізніших етапах онтогенезу. До речі, показник «настрій» проявився лише у 18,1 % досліджуваних з пізньою вагітністю. Зазначимо, що лише незначна частина досліджуваних з пізньою вагітністю (12,7 %) та зі звичайною вагітністю (8,5 %) віддали перевагу активності. Вочевидь, вагітність значною мірою асоціюється в них з певною обережною статикою, спокоєм, малорухливістю, щоб зберегти і не втратити пренейта.

Результати проведення методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) (див. рис. 2.5) засвідчили, що домінуючим психостаном для жінок з пізньою вагітністю в діагностованому квартеті виявилася тривожність – у 55,4 %, дещо нижче (проте майже у третини) проявилася фрустрація – у 29,3 %, тоді як агресивність продемонстрували лише 8,4 %, а ригідність 6,9 % досліджуваних жінок з пізньою вагітністю. Натомість у жінок зі звичайною

вагітністю стан справ виявився дещо іншим, зокрема тривожність – 23 %, фрустрація – 15,1 %, агресія – 52,6 %, ригідність – 9,3 %.



Рис. 2.5. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк))

У майже третини жінок з пізньою вагітністю (29,3 %) констатовано фрустрацію, тоді як агресія презентована дуже несуттєво (8,4 %), а показник «ригідність» представлений відносно неістотно в обох групах. Слід відзначити певну «поляризацію» прояву показників «тривожність» і «агресія» – *понад половина досліджуваних жінок з пізньою вагітністю демонструє тенденцію до тривожності, тоді як понад половина жінок зі звичайною вагітністю проявляє агресивні тенденції.*

Завдяки результатам, отриманим внаслідок проведення «Методики визначення тривожності» (Дж. Тейлор), встановлено рівні тривожності у жінок з різновіковими етапами завагітнення (див. рис. 2.6).

Показник «високий рівень тривожності» проявився у 56,3 % жінок з пізньою вагітністю, а показник «вище середнього рівень тривожності» притаманний 24,5 % досліджуваних, тобто сумарно констатуємо загальне істотно підвищене тло тривожності, яке супроводжує пізню вагітність (сумарно 80,8 %).

У жінок зі звичайною вагітністю зауважуємо значно нижчий відсотковий прояв показників, зокрема «високий рівень тривожності» властивий 14,2 %

досліджуваним, а «вище середнього рівень тривожності» характерний для 17,4 % жінок (сумарно 31,6 %).

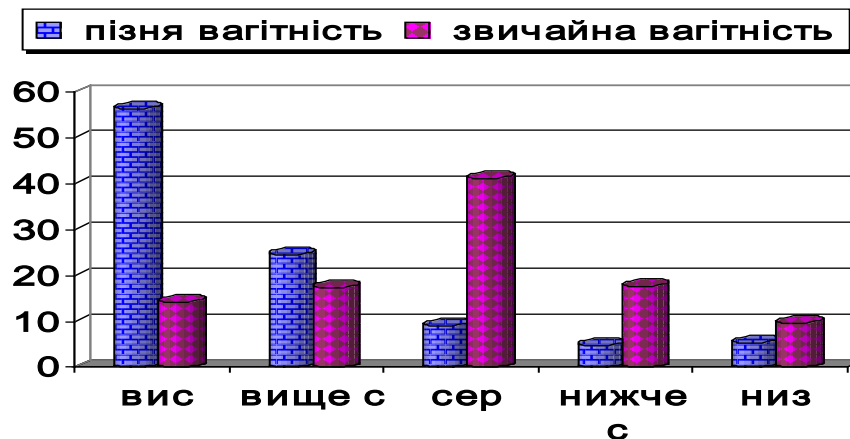


Рис. 2.6. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор))

Слід відзначити, що у жінок з пізньою вагітністю «середній рівень тривожності» притаманний 9,1 %, а «низький рівень тривожності» – 5,4 % і «нижче середнього рівень тривожності» 4,7 % проявилися вкрай неістотно, ледь не на межі статистичної похибки. Звичайно, це прямий доказ підвищено-загостреної тривожності, яку переживають жінки з пізньою вагітністю через вплив на них широкого й різномодального кола соціальних і психологічних детермінант, зокрема так званих «передклімактеричних страхів» та інших ризиків не завагітніти взагалі. Жінки зі звичайною вагітністю проявили досить потужно «середній рівень тривожності» – 41,2 %, а також «нижче середнього рівень тривожності» – 17,6 %. Лише 9,6 % досліджуваних продемонстрували високий рівень тривожності.

Підвищену тривожність як симптом ускладненої і розладненої афективності жінок з пізньою вагітністю зафіксовано нами за допомогою «Шкали особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) (див. рис. 2.7), зокрема 64,2 % досліджуваних жінок, які завагітніли після 35 років, проявили високий рівень

тривожності, 21,4 % – середній рівень тривожності і 14,4 % – низький рівень тривожності.

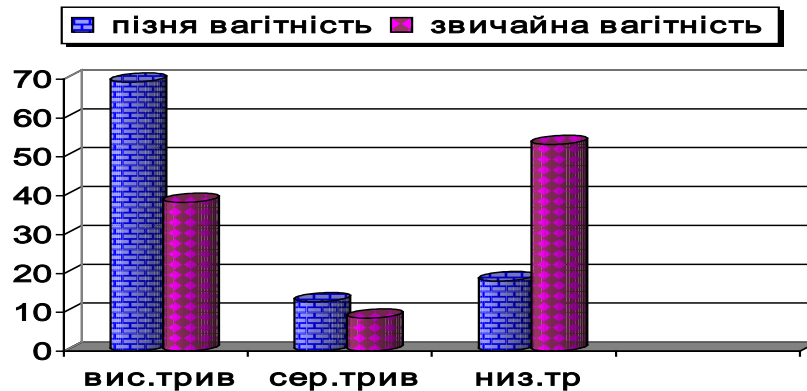


Рис. 2.7. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер))

Натомість у жінок, які завагітніли з 18 до 35 років, тобто в період сензитивної фертильності, спостерігаємо значно відмінну ситуацію з проявами тривожності: високий рівень тривожності – 25,5 %, середній рівень тривожності – 44,3 % , низький рівень тривожності – 30,2 %. Результати порівняльного аналізу засвідчують, що *жінки з пізньою вагітністю частіше, сильніше, інтенсивніше переживають підвищену тривожність, що зумовлено хвилюваннями за спроможність/неспроможність виносити й народити майбутнє потомство на таких відносно пізніх етапах оно- і соціогенезу. Підвищена тривожність також спричинена соціально-психологічними, зокрема матеріальними проблемами (нестача коштів на повноцінне й калорійне харчування, дорогі ліки, неухважність і хабарництво медперсоналу, некомфортний побут в лікарні, застаріле медичне обладнання тощо).*

За допомогою отриманих результатів унаслідок проведення «Методики діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) (див. рис. 2.8) вдалося констатувати, що фрустрація по-різному проявляється жінок, які завагітніли в різному віці, та чинить на них різноспільний вплив.

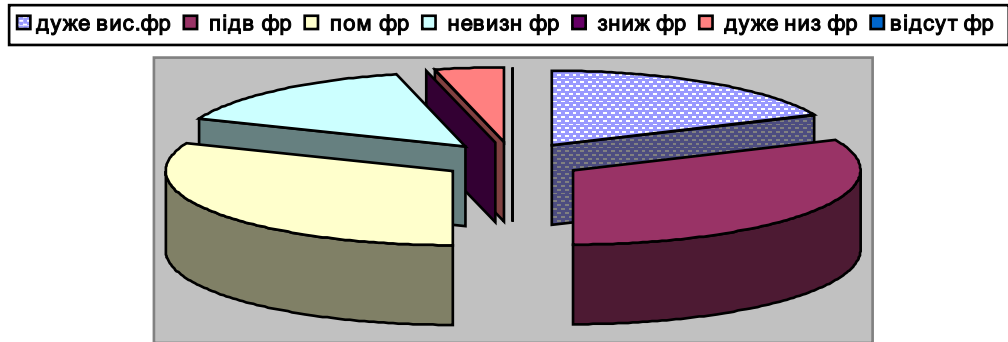


Рис. 2.8. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (за «Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) (n=53)

Жінки з пізньою вагітністю переживають стан фрустрованості так: «дуже високий рівень соціальної фрустрованості» – 16,8 %, «підвищений рівень фрустрованості» – 29,1 %, «помірний рівень фрустрованості» – 28,6 %, «невизначений рівень фрустрованості» – 13,9 %, «знижений рівень фрустрованості» – 5,7 %, «дуже низький рівень» – 3,5 %, «відсутність (майже відсутність) фрустрованості» – 2,4 %. Зазначимо, що високу і дуже високу фрустрованість переживають сумарно 45,9 %, що дає підстави стверджувати про *надзвичайно щільний, напружено гнітючий і негативно емоційно забарвлений фрустраційний мікроклімат, в якому перебігає пізня вагітність.* Звичайно, що підвищена тривожність, зумовлена досить часто соціально-психологічними чинниками, культивує напружене тло соціальної фрустрації внаслідок незадоволеності основних потреб жінок з пізньою вагітністю (соціальна, економічна, матеріальна та ін. депривації).

У жінок зі звичайною вагітністю (див. рис. 2.9) констатуємо іншу картину афективності, зокрема у вимірах фрустрації, соціальної фрустрованості. Отож вони демонструють такі рівні соціальної фрустрованості: «дуже високий рівень соціальної фрустрованості» – 5,3 %, «підвищений рівень фрустрованості» – 9,1 %, «помірний рівень фрустрованості» – 8,8 %, «невизначений рівень фрустрованості» – 10,3 %, «знижений рівень фрустрованості» – 25,6 %, «дуже

низький рівень» – 27,9 %, «відсутність (майже відсутність) фрустрованості» – 10 %.

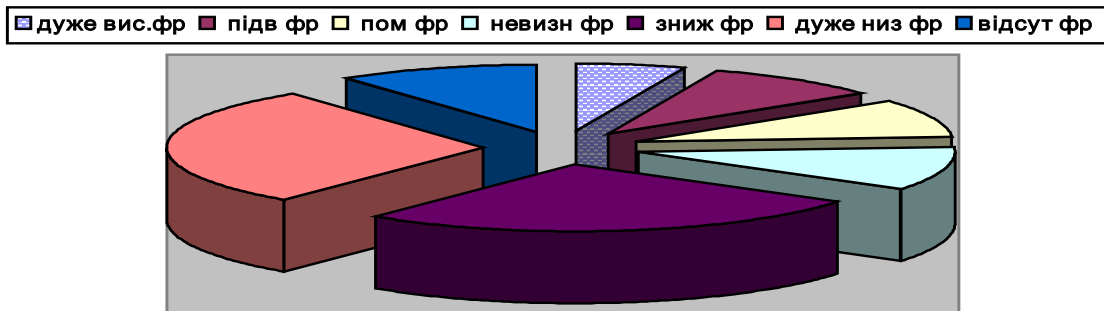


Рис. 2.9. Результати виконання експериментальних завдань жінками зі звичайною вагітністю (за «Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) (n=79)

Зауважуємо переважання зниженого, дуже низького і відсутнього рівнів фрустрованості (сумарно 63,5 %), а це свідчить про загалом сприятливу фрустраційну толерантність жінок зі звичайною вагітністю. У відсотковому вимірі фрустраційний фон проявляється лише в межах умовної норми, тобто в тих певною мірою гнітючих умовах і обставинах соціально-економічної та суспільно-політичної невизначеності, які переживає переважна більшість пересічних громадян нашого загроженого економічними і воєнним негараздами суспільства. Загалом, *відстежуємо поляризацію фрустрованості: у жінок з пізньою вагітністю здебільшого високий рівень соціальної фрустрованості, а в жінок зі звичайною вагітністю рівень фрустрованості значно нижчий.*

Результати виконання експериментальних завдань вагітними жінками різного віку за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) подані на рис. 2.10.

Здійснений нами завдяки процедурі експрес-діагностики скринінг неврозу дав узагальнену інформацію про його наявність у жінок, що завагітніли в різному віці, засвідчивши, що у жінок зі звичайною вагітністю він у понад три рази нижчий (23,6 % проти 76,4 %).

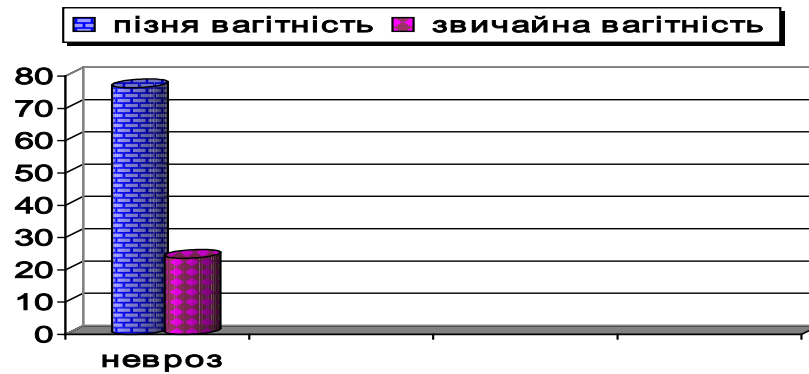


Рис. 2.10. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом))

Ми потрактували ці результати як такі, що дають попередню інформованість щодо неврозу й невротичності особистості, тому в режимі внутрішньої ретестовості для підтвердження або спростування факту існування такого великого розриву між проценталями в досліджуваних нами було проведено ще одну методику, яка дозволяє констатувати рівень невротизації. Основні результати виконання експериментальних завдань досліджуваними вагітними жінками різного віку (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) відображені на рис. 2.11.

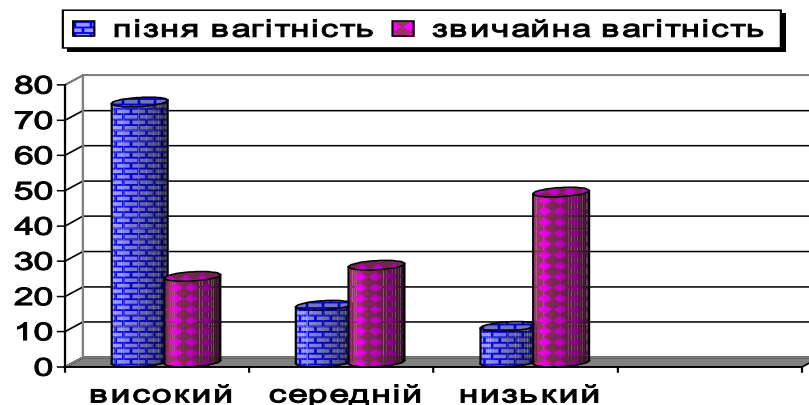


Рис. 2.11. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман))

Звичайно, слід відмітити істотні відмінності між рівнями прояву невротизації у досліджуваних, що відрізняються за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність», зокрема 73,8 % жінок з пізньою вагітністю проявили високий рівень невротизації, тоді як лише 24,3 % жінок зі звичайною вагітністю переживають її на такому ж рівні. *Випробування пізньою вагітністю виявляється вкрай складним невrogenним фактором*, тому більшість досліджуваних, переживаючи за своє потомство і власне здоров'я як спроможність і запоруку народження дитини, демонструють високий рівень невротичності. Коло інших детермінант (соціально-економічна криза, матеріальні проблеми, невлаштованість побуту, дороговизна ліків, складнощі спілкування з медперсоналом тощо) теж мають вплив на створення не найсприятливішого психологічного клімату для перебігу вагітності. Натомість низький рівень невротизації проявили 48,2 % жінок зі звичайною вагітністю та майже у п'ятеро менша кількість жінок з пізньою вагітністю – 10,1 %. Відповідно середній рівень невротизації притаманний 16,1 % досліджуванім з пізньою вагітністю і 27,5 % жінкам зі звичайною вагітністю. Сумарно констатуємо, що *жінкам з пізньою вагітністю властивий значно вищий рівень невротизації і нервово-психічної напруги, ніж жінкам зі звичайною вагітністю*.

Отримані результати за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) (див. рис. 2.12) дали змогу встановити діапазони надмірного нервово-психічного напруження жінок з обох досліджуваних підгруп. Зауважуємо існування відмінностей у переживанні нервово-психічного напруження жінками, які завагітніли в різному віці.

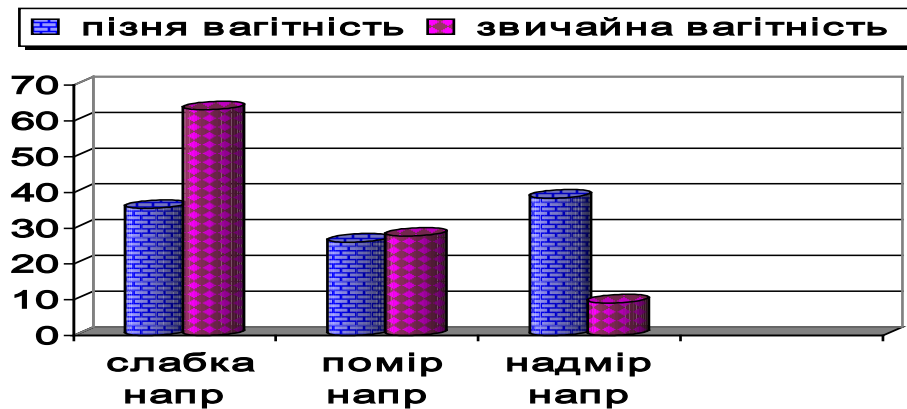


Рис. 2.12. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин))

Помітною є значно більша кількість пізньо вагітних, які відчувають негативний вплив надмірного або «екстенсивного» нервово-психічного напруження (38,4 %), натомість серед жінок зі звичайною вагітністю таких лише 9,1 %. Помірне або «інтенсивне» нервово-психічне напруження притаманне 26,1 % досліджуваних з пізньою вагітністю і 27,8 % жінкам зі звичайною вагітністю. Водночас спостерігаємо, що у 63,1 % останніх проявляється слабе нервово-психічне напруження, тоді як серед пізньо завагітнілих таких лише 35,5 %. Висновок зводиться до констатації *значно вищого кількісного представництва жінок з пізньою вагітністю, яким характерні екстенсивна (надмірна) та інтенсивна (помірна) нервово-психічна напруга.*

Досить подібними є тенденції завдяки інтепретації отриманих результатів за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим), які презентовані на рис. 2.13.

Жінкам з пізньою вагітністю значно притаманніша незадовільна нервово-психічна стійкість особистості (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (57,6 %), ніж жінкам зі звичайною вагітністю (11,9 %), а також по-різному проявилися задовільна нервово-психічна стійкість особистості (зриви можливі в екстремальних

ситуаціях) (жінки з пізньою вагітністю 32,4 % проти 43,3 % жінок зі звичайною вагітністю) і висока нервово-психічна стійкість особистості» (зриви майже не вірогідні) (жінки з пізньою вагітністю 10 % проти 44,4 % жінок зі звичайною вагітністю).

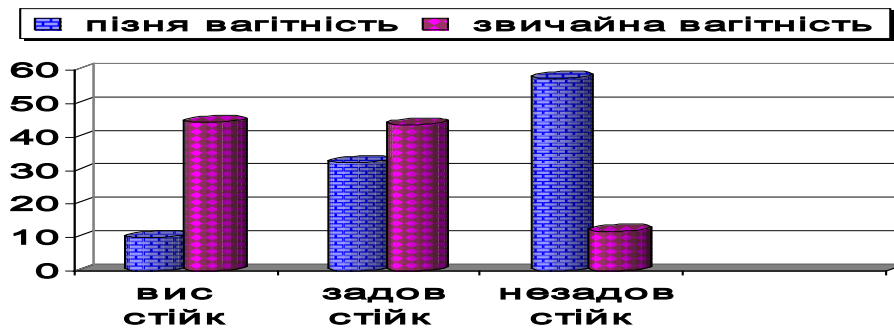


Рис. 2.13. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (n=53) та звичайною вагітністю (n=79) (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»))» (за В. Бодровим))

Безперечно, нервово-психічна стійкість жінки, яка перебуває в стані пізньої вагітності, теоретично повинна б бути високою і потужною, адже вона несе особливу відповідальність за потомство і мусить бути сильною та стійкою. Однак констатуємо, що в сучасних трансформаційних умовах під тиском значної кількості «афективно-амортизаційних» та соціально-економічних чинників жінки з пізньою вагітністю втрачають психоемоційну стабільність і психологічну опірність, тому значна кількість (понад половина) якраз і проявила низьку, незадовільну нервово-психічну стійкість, внаслідок чого виникає висока ймовірність поведінкових і настроєвих зривів.

На підставі отриманих результатів «Методики дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) вдалося встановити специфіку психологічного ставлення жінок до стану вагітності та до перспективи майбутнього материнства.

У жінок з пізньою вагітністю істотно вище проявилися такі показники як «дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності,

песимістичний настрій» (21,4 %), «високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини» (19,2%), «вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі» (27,8 %), «високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності» (14,8 %), «відноситься до негативно-звинувачувального стилю переживання вагітності, на користь власного здоров'я. Міфи про шкоду вагітності на організм» (11 %) (докладніше див. підрозділ 2.3. – результати факторного аналізу).

У жінок зі звичайною вагітністю відсотково вище проявилися якісно інші показники, зокрема «низький рівень суб'єктивного відчуття обмеження свободи. Готовність приділяти достатню кількість часу сім'ї і дітям. Низький пріоритет кар'єри і навчання над сімейними і материнськими цінностями» (32,6 %), «тенденція до збереження стосунків в сім'ї, у тому числі за засобами маніпулювання вагітністю і дитиною» (30,1 %), «вагітність як відповідність соціальним очікуванням. Сильна соціальна спрямованість» (14,2 %).

Отож, якщо жінкам з пізньою вагітністю притаманні афективні тривожно-песимістичні тенденції, то жінки зі звичайною вагітністю проявили здебільшого конструктивні просоціальні мотиви збереження вагітності та ставлення до материнства. Зазначимо, що завдяки порівняльному аналізу вдалося встановити спільну високу схильність вагітних жінок різного віку до певної маніпулятивності станом вагітності, появою майбутньої дитини як способами збереження взаємин та утримання чоловіка в сім'ї.

Завдяки отриманим за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добрякова) результатам вдалося отримати достовірну інформацію про ставлення жінок до вагітності, своєї ще ненародженої дитини і до материнства загалом.

У жінок з пізньою вагітністю (див. рис.2.14) превалює тривожний тип гестаційної домінанти (34,6 %), що підтверджує результати інших методик експерименту, за якими теж зафіксовано підвищену тривожність вагітних у пізніші вікові етапи.

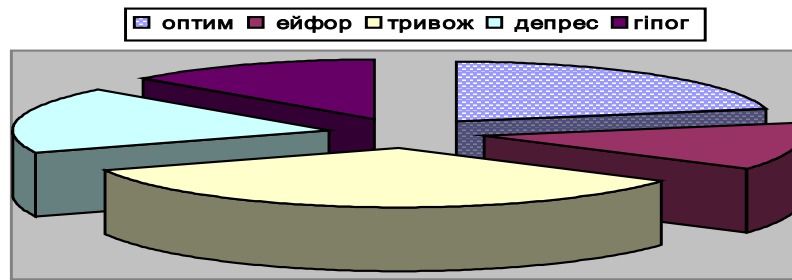


Рис. 2.14. Результати виконання експериментальних завдань жінками з пізньою вагітністю (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)) (n=132)

Оптимальний тип гестаційної домінанти притаманний 21,8 % досліджуваних, депресивний тип гестаційної домінанти характерний для 17,9 %, гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти властивий 13,1 %, а ейфорійний тип гестаційної домінанти проявився у 12,6 % досліджуваних з пізньою вагітністю.

Натомість зауважуємо, що у жінок зі звичайною вагітністю (див. рис. 2.15) переважає оптимальний тип гестаційної домінанти – 47,5 %, ейфорійний тип гестаційної домінанти притаманний 21,2 %, тривожний тип гестаційної домінанти проявився у 16,1%, гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти характерний 9,9 %, а депресивний тип гестаційної домінанти властивий 5,3 % досліджуваних.

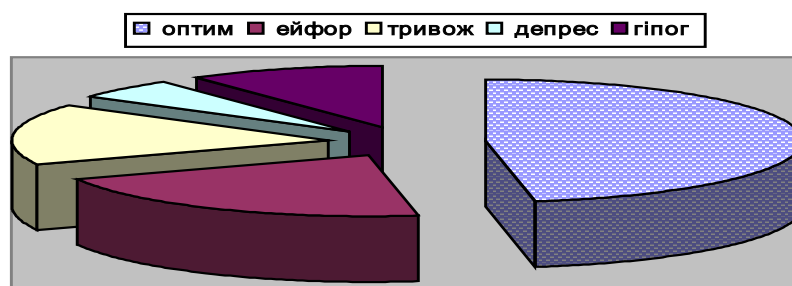


Рис. 2.15. Результати виконання експериментальних завдань жінками зі звичайною вагітністю (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)) (n=89)

Найпомітнішою тенденцією, встановленою внаслідок задіяння порівняльного аналізу, виявилось *переважання тривожного типу гестаційної домінанти у понад третини жінок з пізньою вагітністю і оптимального типу гестаційної домінанти у майже у половини жінок зі звичайною вагітністю.*

Завдяки отриманим результатам щодо констатації ставлень вагітних і не вагітних жінок до ситуації вагітності й материнства за проективною методикою Г.Г. Філіпової «Я і моя дитина» нам вдалося встановити досить співмірні й подібні результати. Процедура проведення проективного психомалюнку викликала в усіх досліджуваних зацікавлення, активізацію, піднесення, що створило мікроклімат певної суб'єктивної позитивної налаштованості, ефекту Хоторна-Мейо, а отже, напевно, і вплинуло на об'єктивність отриманих результатів. На рівні проективності симптоми тривожності, невпевненості, фрустрованості проявилися у вагітних жінок різного віку дуже подібно, що засвідчило лише додатковий, допоміжний психодіагностичний потенціал психомалюнку для пізнання складних психоемоційних станів. Правда, на етапі пілотажу нам вдалося констатувати його результативність (методика також проводилася лише з вагітними жінками) й отримати деяку інформацію про афективність жінок у стані вагітності.

Отож з метою вивчення психологічних особливостей тривожності, фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку нами було здійснено порівняння окремих результатів виконання задіяних у дослідженні психодіагностичних методик як у жінок з пізньою, так і зі звичайною вагітністю. Порівняння дало змогу встановити типологічні збіги/розбіжності між ключовими тенденціями психоемоційного розвитку, насамперед у ракурсі тривожності, фрустрованості та невротизації у цих двох груп вагітних жінок різного віку. Порівняльний підхід дозволив унаочнити ключові сутнісні ознаки та їхню презентацію на рівні кількісного прояву конкретних показників. Інтерпретаційна увага була спрямована на показники, в яких було зауважено найбільші та найістотніші статистично значущі відмінності між результатами, які проявили досліджувані з обох груп.

Основні параметри порівняння висвітлені в таблиці 2.3.

Результати порівняльного аналізу показників «високий рівень тривожності» (за «Методикою визначення тривожності» (Дж. Тейлор)) засвідчили істотну відмінність на рівні переживання цього психостану вагітними жінками різного віку. Звичайно ж, перебування у стані пізньої вагітності зумовлює цілу низку ускладнених переживань у майбутньої матері, тому різновидова тривога є тим симптомом, який супроводжує цей відтинок її життєвого шляху.

Таблиця 2.3.

Результати виконання психодіагностичних методик жінками з пізньою та звичайною вагітністю (n=132)

Показники, що порівнюються	Середнє арифметичне		t-критерій Ст'юдента	α
	Жінки з пізньою вагітністю (n=53)	Жінки зі звичайною вагітністю (n=79)		
«високий рівень тривожності»	9,8	3,1	4,12	0,001
«високий рівень невротизації»	12,1	4,0	3,72	0,001
«агресивність»	1,6	7,5	4,14	0,001
«незадовільна нервово-психічна стійкість особистості»	11,4	3,1	5,081	0,001
«тривожний тип гестаційної домінантності»	4,8	2,2	2,56	0,05
«підвищений рівень фрустрованості»	9,9	3,0	3,38	0,001
«надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження»	12,8	2,7	3,25	0,01

Рівень значущості визначався за t-критерієм Ст'юдента для порівняння середніх арифметичних незалежних вибірок [152].

Порівняльний аналіз показників «високий рівень невротизації» (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) дав підстави стверджувати, що жінок з пізньою вагітністю невротизація проявляється значно інтенсивніше, ніж у досліджуваних зі звичайною вагітністю – 12,1 проти 4,0 (за середнім арифметичним).

Досить помітним (понад трикратним) є порівняльний дисбаланс між показниками «агресивність» (за «Методикою діагностики самооцінки психічних станів (Г. Айзенк)) – 1,6 у жінок з пізньою вагітністю проти 7,5 у жінок зі звичайною вагітністю, що дозволяє стверджувати про те, що незважаючи на складність виношування дитини, роздратованість, втому, психофізичні дискомфортні стани жінки з пізньою вагітністю все ж розуміють особливу суб'єктивну важливість материнства і тому не проявляють високої агресивності щодо власного Я (Ми) та інших людей.

Зауважуємо, що показники «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) (за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)), проявившись на дуже високому рівні ($\alpha=0,001$), теж істотно відрізняються – 11,6 у досліджуваних з пізньою вагітністю проти 3,1 у жінок зі звичайною вагітністю. Безперечно, це виступає підтвердженням послаблення нервово-психічної збалансованості, стійкості, опірності жінок внаслідок несприятливого впливу тих «амортизаційних» похідних, які супроводжують період пізньої вагітності.

Констатуємо також понад двократну відмінність у показниках «тривожний тип гестаційної домінанти» (за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков)), що притаманний жінкам з пізньою вагітністю значно сильніше та які впродовж перебігу всієї «особливої» вагітності відчувають страхи і тривоги значно частіше й інтенсивніше, ніж жінки зі звичайною вагітністю (за середнім арифметичним – 4,8 проти 2,2).

Впадає у вічі понад трикратно вища різниця у прояві жінками з пізньою вагітністю показника «підвищений рівень фрустрованості» (за методикою

«Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) – 9,9 проти 3,0, а також понад чотирикратно вищий прояв ними показника «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження» (за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин). Такий показниковий добір фіксує істотно складніше негативно забарвлене психоемоційне тло життєдіяльності у жінок з пізньою вагітністю, ніж у досліджуваних зі звичайною вагітністю.

Слід окремо відзначити те, що в загальному в жінок зі звичайною вагітністю порівняно з тими, які завагітніли на пізніших відтинках онтогенезу, значно нижчий рівень фрустрованості, яка, як відомо, стимулює виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, однак істотно вищий рівень агресії, тобто фіксуємо певні розбіжності у трактуванні усталеної тези – агресія є найпершою реакцією на фрустрацію. Вочевидь, агресивність у жінок зі звичайною вагітністю зумовлена іншими соціально-психологічними чинниками, проте можливим інтерпретаційним ракурсом може бути твердження, що *за високого рівня фрустрованості пізньо вагітні жінки, розуміючи надмірну екзистенційну важливість виношування і народження дитини, погамовують, притлумлюють у собі агресію як типову реакцію на гнітючу, дратівливу і гнівливу фрустрованість.*

Загалом, результати здійсненого нами порівняльного аналізу окремих результатів виконання психодіагностичних методик вагітними жінками різного віку дозволяють зробити висновок як про специфічність функціонування афективної сфери під час виношування дитини на пізніших вікових етапах, так і про необхідність надання нагальної системної психологічної допомоги і забезпечення психологічного супроводу вагітним жінкам, які готуються стати матерями.

Висновки до другого розділу

1. Процедурно-організаційні основи емпіричного дослідження і методи вивчення тривожності, фрустрованості й невротизації в жінок у період вагітності були витримані згідно із сучасними нормативними принципами проведення науково-психологічного дослідження – системності, об'єктивності, детермінованості, конфіденційності, валідності, достовірності, надійності тощо. Складність підготовки емпіричного дослідження полягала в необхідності обов'язкового врахування логічності поєднання в діяльнісно-афективному ракурсі такої термінологічної тріади як «тривожність – фрустрованість – невротизація». Концептуально-теоретичним підґрунтям виступило трактування вагітності як ускладненого психофізичного стану, який у континуумі «здоров'я-хвороба», по суті, є *проявом специфічного третього стану*. Отримані емпіричні дані пілотажного експерименту засвідчили, що загалом жінки адекватно і позитивно ставляться до вагітності і майбутнього материнства, однак при цьому їм притаманні певні афективні дисбаланси, зокрема відчуття підвищеного рівня прояву тривожності, фрустрованості й невротичності. У значної частини вагітних достатньо високі показники тривожного варіанту психологічного компоненту гестаційної домінанти; їм характерні відчуття тривоги та непевності у собі, що часто є наслідками побоювання різного роду ускладнень під час вагітності та пологів, а також наявні сумніви щодо готовності прийняття та реалізації ролі матері.

2. На констатувальному етапі дослідження з ускладненою вибіркою – всі досліджувані були жінками фертильного віку, які перебували на різних стадіях вагітності, мали різний досвід народжуваності дітей або не були вагітними, нами здійснено кореляційний і факторний аналіз експериментальних показників.

Завдяки результатам кореляційного аналізу встановлено тісний зв'язок між показниками високої тривожності, підвищеної фрустрованості, дуже низької готовності до материнства, високої міри особистісної тривожності,

песимістичним настроєм і високим рівнем невротизації, незадовільною нервово-психічною стійкістю особистості (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра). Встановлено, що *тривожність і фрустрованість виступають безпосередніми чинниками невротизації вагітних жінок.*

Факторний профіль вагітних жінок такий : F 1 *«тривожно-песимістична готовність до материнства»* : «високий рівень тривожності», «дуже низька готовність до материнства і висока міра тривожності, песимістичний настрій», «настрій», «ригідність» та зі знаком «—» «ейфорійний тип гестаційної домінанти» і «середній рівень соціальної спрямованості. Мотиви зберегти вагітність з метою відповідності соціальним очікуванням»; F 2 *«тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини»* : «підвищений рівень фрустрованості», «самопочуття», «високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини», «тривожний тип гестаційної домінанти», «високий рівень страхів і компенсація їх за допомогою вагітності» та зі знаком «—» «слабке нервово-психічне напруження»; F 3 *«тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності»* : «високий рівень тривожності», «високий рівень невротизації», «відноситься до негативно-звинувачувального стилю переживання вагітності, на користь власного здоров'я. Міфи про шкоду вагітності на організм», «висока ймовірність неврозу» та зі знаком «—» «агресивність», «оптимальний тип гестаційної домінанти»; F 4 *«надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі»* : «надмірне або «екстенсивне» нервово-психічне напруження», «вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі», «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості» (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) та зі знаком «—» «гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти». Чотири основні фактори вмістили 77,4 % семантичного навантаження від загальної дисперсії.

Сумарна «афективна семантика» всіх чотирьох виокремлених факторів : *тривожно-песимістичне (F1), тривожно-фрустроване (F2), тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне (F3) і надмірне нервово-психічне (F4) реагування на коло несприятливих детермінант, які супроводжують перебіг вагітності.*

Факторний профіль не вагітних жінок такий : F 1 «*помірно тривожне нервово-психічне напруження*» : «середній рівень тривожності», «середній рівень тривожності», «невизначений рівень фрустрованості», «помірне або «інтенсивне» нервово-психічне напруження» та зі знаком «←» «низький рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінки до материнства (конструктивні мотиви збереження вагітності)»; F 2 «*задовільне нервово стійке самопочуття*» : «самопочуття», «задовільна нервово-психічна стійкість особистості» (зриви можливі в екстремальних ситуаціях), «низький рівень суб'єктивного відчуття обмеження свободи. Готовність приділяти достатню кількість часу сім'ї і дітям. Низький пріоритет кар'єри і навчання над сімейними і материнськими цінностями», «тривожність» та зі знаком «←» «депресивний тип гестаційної домінанти»;

F 3 «*оптимально активна соціальна спрямованість*» : «активність», «низька ймовірність неврозу», «вагітність як відповідність соціальним очікуванням. Сильна соціальна спрямованість», «оптимальний тип гестаційної домінанти» та зі знаком «←» «фрустрація»; F 4 «*ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції*» : «тенденція до збереження стосунків в сім'ї, у тому числі за засобами маніпулювання вагітністю і дитиною», «агресивність», «ейфорійний тип гестаційної домінанти» та зі знаком «←» «високий рівень невротизації» і «незадовільна нервово-психічна стійкість особистості». Чотири основні фактори вмістили 78,4 % семантичного навантаження від загальної дисперсії.

Сумарна семантика всіх чотирьох вичленуваних факторів : *помірно тривожно напружене (F1), задовільно нервово стійке (F2), оптимально*

активно просоціальне (F3) і ейфорійно агресивно маніпулятивне (F4) афективне ставлення не вагітних жінок до дійсності.

3. Результати порівняльного аналізу за критерієм «*вік : звичайна вагітність – пізня вагітність*» дозволили встановити низку відмінностей у прояві тривожності, фрустрованості і невротизації у досліджуваних та вивести узагальнене уявлення про особливості їхнього психоемоційного портрету.

Основні результати порівняння за критерієм «*вік : звичайна вагітність – пізня вагітність*» такі : 1. За результатами методики «САН» (самопочуття, активність, настрої) у жінок з пізньою вагітністю на першому місці виявився показник «самопочуття», а в жінок зі звичайною вагітністю «настрої»; 2. За результати методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) понад половина досліджуваних з пізньою вагітністю демонструє тривожність і майже третина фрустрацію, тоді як понад половина жінок зі звичайною вагітністю проявляє агресивні тенденції, а тривожність і фрустрація в них відносно не високі; 3. За результатами «Методики визначення тривожності» (Дж. Тейлор) понад половина жінок з пізньою вагітністю продемонструвала високий рівень тривожності, а в жінок зі звичайною вагітністю він притаманний лише 14,2 % досліджуваних; 4. За результатами «Шкали особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) 64,2 % досліджуваних жінок з пізньою вагітністю проявили високий рівень тривожності, натомість жінки зі звичайною вагітністю лише 25,5 %; 5. За результатами «Методики діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) встановлено, що 45,9 % жінок з пізньою вагітністю переживають високу і дуже високу фрустрованість, тоді як більшості жінкам зі звичайною вагітністю притаманні переважно низькі рівні фрустрованості; 6. За результатами «Методики експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) скринінг неврозу засвідчив, що у жінок зі звичайною вагітністю він понад у три рази нижчий, ніж у жінок з пізньою вагітністю; 7. За результатами «Методики діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) констатовано істотні відмінності між рівнями прояву невротизації: у 73,8 % жінок з пізньою вагітністю високий рівень невротизації, тоді як лише

24,3 % жінок зі звичайною вагітністю переживають її на такому ж рівні; 8. За результати «Опитувальника нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) встановлено значно більша кількість жінок з пізньою вагітністю, яким характерні екстенсивна (надмірна) та інтенсивна (помірна) нервово-психічна напруга, ніж жінок зі звичайною вагітністю; 9. За результатами «Методики визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим) понад половина (57,6 %) жінок з пізньою вагітністю проявляє незадовільну нервово-психічну стійкість, тоді як 44,4 % жінок зі звичайною вагітністю демонструє високу особистісну нервово-психічну стійкість; 10. За результатами «Методики дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) встановлено, що жінкам з пізньою вагітністю притаманні афективні тривожно-песимістичні тенденції, а досліджуваним зі звичайною вагітністю характерні здебільшого конструктивні просоціальні мотиви збереження вагітності та ставлення до материнства. Констатовано спільну високу схильність вагітних жінок різного віку до певної маніпулятивності станом вагітності, появою майбутньої дитини як способами збереження взаємин та утримання чоловіка в сім'ї; 11. За результатами «Тесту ставлень вагітної» (І.В. Добрякова) зафіксовано переважання тривожного типу гестаційної домінанти у понад третини жінок з пізньою вагітністю і оптимального типу гестаційної домінанти у майже половини жінок зі звичайною вагітністю.

Загалом, констатовано, що внаслідок ускладненої афективності, зокрема негативного впливу тривожності і фрустрованості на загальну особистісну невротизацію, існує нагальна необхідність виваженого і професійного медико-психологічного супроводу вагітних жінок різного віку для надання їм ревіталізаційної допомоги.

Основні результати дослідження, здійсненого в другому розділі, опубліковано в таких працях авторки [101; 104; 108].

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЯ РЕВІТАЛІЗАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВАГІТНИМИ ЖІНКАМИ

3.1. Особливості ревіталізаційної діяльності з вагітними жінками, які переживають ускладнені психостани: медіально-рефлексійний тренінговий підхід

Тривожність і фрустрованість є активними чинниками, що підвищують рівень невротизації вагітних жінок різного віку, зумовлюючи перепади настрою, психосоматичні розлади, депресивні поведінкові модальності та інші амортизаційні для здоров'я майбутньої матері і дитини ускладнені психостани.

Вважаємо, що ревіталізаційна робота з такою специфічною гомогенною вибіркою повинна будуватися згідно з постулатами генетичної психології (за С. Максименком) як функціональний синтез засобів, прийомів і технік клініко-онтогенетичного, соціально-психологічного, психотерапевтичного та психокорекційного методів, що дасть змогу задіяти доречні й оптимальні міри психореабілітаційної допомоги [133].

Наша ревіталізаційна діяльність з вагітними жінками різного віку відбувалася у змістово-функціональному контексті генетичної психології, зокрема медіально-рефлексійного тренінгового підходу, з урахуванням теоретико-емпіричних доробків, які констатують розвивальний потенціал генетично-психологічної парадигми в сучасній вітчизняній практиці роботи з людьми [57; 58; 59; 60; 61; 111; 133].

Зазначимо, що проблема медіації як різнобічного посередництва в ускладненій або конфліктній міжособистісній взаємодії (внутрішньоособистісній комунікації) людей висвітлена у низці наукових досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених (О. Антонова, І. Ващенко, Я. Гошовський, Н. Грішина, М. Костицький, Є. Макогончук, І. Мудрак, М. Пірен, Дж. Скотт та ін.) [58; 61; 131; 142].

Традиційно медіація активно застосовується у конфліктології як результативний спосіб вирішення різнотипних конфліктів, долання непорозумінь і бар'єрів, що передбачає їхнє істотне зниження або завершення завдяки професійній участі третьої (нейтральної, примирювальної, погоджувальної) сторони.

Отож медіальний підхід передбачає спеціальну посередницько-примирювальну діяльність за обов'язковою участю третьої сторони (психолога, юриста, медіатора), яка зводиться до пошуку конфліктуючими сторонами шляхів вирішення проблеми. Такий медіаційний супровід дозволяє якщо не припинити й вичерпати конфлікт, то істотно знизити його негативну дію та наслідки, забезпечивши умови й створивши вектори гармонізації подальшого спілкування і співпраці. Основною сутнісною ознакою є оптимізація процесу пошуку людьми, які перебувають у напружених конфліктогенних психостанах, способів вирішення проблеми, через віднайдення компромісних рішень та встановлення певних взаємопоступок до примирення.

Медіація як розгалужена мережа посередництва є спеціально організованим процесом, протягом якого всі сторони – учасники конфлікту завдяки професійним діям і зусиллям нейтрального посередника (медіатора) розважливо, планомірно і поступово доходять до спільної компромісної мети, виявляючи коло проблем і встановлюючи спільні варіанти їхнього вирішення. Все це відбувається завдяки пошукові і віднайденні альтернатив, що сприяє досягненню консенсусу, який у свою чергу є свідченням вирішеності проблеми і фіксує обопільне задоволення інтересів усіх учасників. По суті, медіальний підхід містить ключову ознаку, яка полягає насамперед у виваженому професійному цілеспрямованому втручання, спроможному забезпечити вирішення конфліктної ситуації та зняття негативних наслідків і симптомів для всіх сторін конфлікту.

Групову рефлексію традиційно застосовують на завершальних етапах задіяння тренінгових психотехнік, однак вона є окремим і дуже важливим методом. До речі, науково цікавим і переконливим є підхід О. Холодової до

окресленої проблематики, яка зазначає, що міфізація та рефлексія є потужними засобами подолання фрустрації [204; 205; 206]. Крізь призму медіально-рефлексійного підходу [58] групова рефлексія може відбуватися з приводу знакових подій, що відбулися у психопросторі учасниць та у життєвому просторі їхньої фізичної реальності, а отже застосовується упродовж усіх тренінгових циклів. Безперечно, вербалізований аналіз суб'єктивно-індивідуальних переживань істотно підсилює згуртованість тренінгової групи й одночасно полегшує саморозкриття і самопрезентацію учасниць. Неструктуровані (нерегламентовані) дискусії, в якій актуальні до вирішення теми вибираються самими учасницями, а тренер-модератор є пасивним, відносно не регламентовані часовими межами, адже основним заданням постає отримання інформації кожною з учасниць тренінгу внаслідок спрацювання принципу своєрідного «психічного дзеркала», живого комунікативного відображення того, «яким мене бачать інші». Отримання вербальної та невербальної інформації про те, як вагітну жінку сприймають інші люди, може вносити суттєві корекції у власне самосприймання і самоприйняття, а також сприяє виробленню навичок поглибленого самоаналізу, зокрема в плані осмисленішого й об'єктивнішого трактування своїх психостанів і поведінки та афективного світу і вчинків інших людей.

У контексті досліджуваної нами тематики застосування медіально-рефлексійного підходу ускладнювалося тим, що потрібно було здійснювати тренінговий вплив не тільки для залагодження ймовірно існуючих конфліктів вагітної жінки з іншими людьми, але й досить часто внутрішньоособистісні конфлікти, спричинені незадовільною самоакцептацією, неадекватною самооцінкою та іншими болісними психофізіологічними станами, які й зумовлювали підвищену тривожність, надмірну фрустрованість, загострену депресивність і загальну високу невротичність.

Методологічною засадою розробленого й запровадженого нами у санаційно-психологічну діяльність низки медичних установ медіально-рефлексійного тренінгу були дослідження О. Бондаренка, Г. Вачкова, Я.

Гошовського, З. Ковальчук, С. Максименка, Н. Максимової, М. Пірен, К. Рудестама, Д. Сеймура, І. Ялома, Т. Яценко та ін. [57; 58; 61; 131; 133; 227]. Ключовим методологічним обґрунтуванням було положення, сформульоване засновником вітчизняної генетичної психології С. Максименком, який відзначає, що крім таких класично визнаних механізмів як відображення і саморегуляція вдалося встановити ще три дуже важливі механізми, зокрема опредметнення, проектування та саморозвиток [133].

У дослідженні Я. Гошовського йдеться про те, що «...за методологічною ознакою медіально-рефлексійний тренінг належить до класу психорегулятивних систем, що побудовані на принципі «самокерованої діяльності». Це положення чи не найкраще засвідчує єдність з основними принципами генетичної психології, згідно з концептуальними положеннями якої генеза, розвиток можливі насамперед як саморозвиток, як «саморух» особистості. Ключовою ознакою задіяного нами медіально-рефлексійного підходу було те, що кожна зустріч сторін закінчувалася хай невеликим, але просуванням вперед, тобто спрацьовував принцип генетичної психології – поступовість, нерівномірність, гетерохронність і стрибкоподібність психічного розвитку особистості» [59, с.29].

До речі, вченим упродовж тривалого часу проводилося вивчення депривованих вихованців інтернатних і пенітенціарних закладів, зокрема із задіянням сучасних психодіагностичних і психокорекційних методів, серед яких результативним інструментарієм виступали якраз блоки медіально-рефлексійного тренінгу, які забезпечили істотне зниження агресії та автоагресії, сприяли зняттю стресогенних і фрустраційних чинників, покращували самооцінку і самоприйняття, активізували й оптимізували техніки, тактики і стратегії міжособистісного і внутрішньоособистісного спілкування [57; 58; 59; 60; 61].

Однією зі знакових концептуальних підвалин ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу було задіяння дерефлексійного функціонального принципу (за В. Фраклом). *Дерефлексія* як один з активних

психотерапевтичний прийомів у межах екзистенційного аналізу та логотерапії полягає в тому, що клієнт, страждаючи від якогось певного психофізичного функціонального симптому, формулює для себе мету: по-перше, змиритися з ним, сприймаючи його як неусувне зло; по-друге, в тих ситуаціях, що викликають його прояви, переключати свою увагу з порушеної функції (наприклад, надмірна інтоксикація як супровід вагітності) на іншу діяльність, тим самим ніби добавляючи цій несприятливій ситуації іншого сенсу. Якраз дякуючи такому дерефлексійному підходові, ситуація може перестати сприйматись і трактуватись як ще одна вдала/невдала спроба позбавитися від симптому, а, наприклад, трактується як нагода і спроможність до різнобічного спілкування з іншими вагітними жінками, зокрема з тими, що вже мають досвід успішних пологів.

Акцент на розвиток суб'єктних здатностей до рефлексії, а також на пошук способів подолання психофізичних негараздів «проблемного поля вагітності» забезпечувався тренінговим проектування позитивної та успішної соціальної ситуації розвитку, яка наступить одразу ж після народження здорової дитини і забезпечить самоствердження в нових соціально поціновуваних ролях і статусах, насамперед «матері».

Як відомо, до традиційно обов'язкових характерологічних параметрів керівника соціально-психологічного тренінгу належать: емпатійність, щирість, відвертість, повага, безпосередність, сприятливе ставлення, конгруентність, лабільність, позиція неоцінювання тощо. Для досягнення результативності тренінгової роботи важливе значення належить керівникові, ведучому, модераторові, насамперед наявності в нього як просоціальних гуманних особистісних рис (емпатійність, доброзичливість, уважність тощо), так і власне фахових ерудицій, які мають бути властивими для психолога – фасилітатора тренінгово-групової динаміки: 1) організаторська мобільність і особистісна виваженість та конгруентність; 2) спроможність до рефлексії як відображення власного досвіду (до речі, в налагодженні тренінгового спілкування, крім професійно-психологічних знань, умінь і навичок, нам дуже допоміг якраз

досвід власної кількаразової вагітності) й думок інших людей; 3) афективна сензитивність, емоційна лабільність, когнітивна самокерованість; 4) щирість, відкритість, спонтанність, приязність у висловленні своїх почуттів, переживань і думок. Водночас має існувати фахова нейтральність і незаангажованість, адже сприймання того, що відбувається, крізь призму власного життєвого досвіду і шляхів та способів вирішення проблем вагітності може бути певною мірою навіть нав'язливим і деструктивним для успішного перебігу тренінгу.

Безперечно, важливим фактором у застосуванні медіально-рефлексійного тренінгу з вагітними жінками різного віку було те, що крім лікарів і психолога-дослідника спонтанними медіаторами в подоланні як зовнішніх, так і внутрішніх конфліктів були їхні чоловіки, родичі, друзі, випадкові сусіди по лікарняному ліжку.

Ключовими умовами ревіталізаційної тренінгової діяльності були опора на гуманістичні й генезисні принципи психологічної підтримки жінок зі звичайною та пізньою вагітністю, а також вчинення спрямованого фахового впливу на вироблення в них навичок до самоактивізації та оптимізації мотиваційних, когнітивних і емоційно-оцінювальних поведінкових тактик і стратегій.

Загалом, активізація та оптимізація психоемоційних станів жінки упродовж тривання всього терміну вагітності опосередкує напрям її розвитку в цей складний і відповідальний період, тому всі тренінгові вправи були спрямовані якраз у таких векторах. Добір тренінгових вправ враховував те, що серед різноманіття афективності одним із домінуючих у вагітної жінки можуть бути змінені стани свідомості, що мають специфічний характер впливу на всю її життєдіяльність. Традиційно вагітна жінка, яка відчуває себе здоровою, може реагувати на незвичайні або кризові умови існування зміною свідомості, що, по суті, є вираженням захисту мозку від надмірного «виснаження свідомістю», від психофізичного і психоемоційного вигорання. Отож вкрай важливим завданням було мотивоване залучення учасниць до Т-груп. Переконливим чинником були спеціально змодеровані позитивні настановлення і зосередженість свідомості

вагітної жінки на ще не народженій дитині, адже це засвідчувало прийняття нею власної вагітності як бажаної і корисної генеративної події та спонукало до участі в тренінгу.

Найскладнішим завданням було застосування тренінгу з вагітними жінками, які були потенційними матерями-одиначками або розлученими. Додатковий тягар соціальних проблем істотно впливав на результативність тренінгу, адже панічність і безпорадність, загострена особистісна і соціальна тривожність, депресивність і фрустрованість та інші забарвлені негативними тональностями психостани призводили до пасивності та перепадів у роботі Т-групи або й до категоричної відмови від участі у тренінгу. Особливої уваги потребували учасниці тренінгу з пізньою вагітністю.

У програму тренінгу було включено міні-лекторій, в якому за принципом теоретико-прикладного поєднання була сконцентрована основна психологічна проблематика щодо афективності вагітної жінки, зокрема висвітлені короткі теоретичні положення про конструкти тривожності, фрустрованості, невротизації, страхів тощо, а також подані шляхи протистояння і виходу з цих дискомфортних психостанів.

Архітектоніка медіально-рефлексійного тренінгу була шестифазовою: 1) вступ; 2) ціннісні настановлення сторін; 3) висвітлення власних побажань і очікувань усіх учасників; 4) вирішення проблеми; 5) практичні дії; 6) підведення підсумків. Упродовж безпосереднього перебігу тренінгу ми виокремлювали для власного подальшого аналізу такі основні технологічні етапи: 1) аналіз ситуації і взаємин між учасниками; 2) визначення ключових проблем і завдань; 3) розігрів (зняття ймовірних міжособистісно-комунікаційних бар'єрів); 4) пошук способів ухвалення компромісних рішень; 5) варіанти власне укладення угоди; 6) прояснення, уточнення й інтерпретація спірних моментів; 7) підведення результатів.

Оптимальне комплектування учасників Т-групи за кількісними параметрами було в межах 6-8 осіб. Під час проведення тренінгу ми апоробували і змішані різновікові групи, і групи тих, хто ще не народжував, і

групи тих, які вже народжували три і більше разів та інші комбінації. Програма тренінгу складалася з 32 занять тривалістю 1,5-2 години 2-3 рази на тиждень. Зазначимо, що загальна тривалість ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу – 76 год.

Ми постійно залучали техніку активного слухання як цілісного комплексу дій, що засвідчували увагу, повагу і розуміння медіатором психостанів і бажань учасників, а також намагалися постійно культивувати гуманність, симпатію, довіру, чесність, відвертість тощо.

У розробленій нами програмі ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу всі заняття були розбиті в залежності від змістово-функціональної спрямованості підібраних вправ і технік на три основні обов'язкові блоки : перший блок містив психотехніки, спрямовані на міжособистісну адаптацію та зниження різномодальної тривожності; другий блок включав вправи і техніки, спрямовані на зняття фрустрованості; третій блок концентрував вправи, спрямовані на зниження і нейтралізацію у вагітних учасниць тренінгу особистісної невротизації.

У таблиці 3.1 представлено змістово-тематичну структуру першого «адаптаційно-антитривожного» блоку медіально-рефлексійного тренінгу.

Таблиця 3.1

Змістово-тематична структура першого блоку медіально-рефлексійного тренінгу

№	Тематика першого блоку тренінгу	Змістове наповнення
1.	Знайомство і первинне формулювання проблеми	Бесіда Вправа «Квітка ромашка» Вправа «Три плани» Вправа «Піч» Тілесно-орієнтовані вправи Обговорення і підведення підсумків

2.	«Емоційна обізнаність»	Тренінг-лекція «Афективні асоціації», «Психологічне здоров'я вагітної жінки» «Емоції у життєвому світі жінки» Брейн-штормінг Гра «Молочне кафе». Обговорення і підведення підсумків
3.	«Самопрезентація»	Вправа «Електропотяг» Вправа «Реінкарнація» Вправа «Квітка нарцис» Вправа «Ковток повітря» Обговорення і підведення підсумків
4.	«Мій життєвий ресурс»	Вправа «Привітання» Вправа «Закінчи речення» Вправа «Малюнок суму» Вправа «Слухаємо себе» Вправа «Колаж» Обговорення підсумків роботи
5.	«Я здорова, сильна і спокійна»	Вправа «Чарівні дзеркала» Вправа «Сто сил» Вправа «Чарівний сон» Психофонія або пренатальний спів Вправа «Кінетичний психомалюнок сім'ї» Обговорення і підведення підсумків
6.	«Рефлексійний світ мого спокою»	Вправа «Ефективне афективне спілкування» Вправа «Рефлексійна пантоміма» Вправа «Сон-трава» Вправа «Лісова казка» Вправа «Емпатія» Вправа «Релакс» Обговорення і підведення підсумків
7.	«Візуалізація»	Міні-лекція «Як побачити свої страхи і тривоги та уникнути їх» Вправа «Мій сенсорний світ» Вправа «Емоційна візуалізація» Вправа «Серце матері і серце дитини» Дихальні і психотілесні практики Вправа «Нитка Аріадни» Обговорення і підведення підсумків

Продовження табл. 3.1

8.	«Антистрес»	Вправа «Дихання животом» Вправа «Ситечко» Вправа «Висока енергія» Вправа «Усмішка» Аутогенне тренування або метод прогресивної релаксації Вправа «Караван верблюдів» Обговорення і підведення підсумків
9.	«Підтримка»	Вправа «Мідні труби» Вправи «Сонячне тепло» Вправа «Родзинка» Вправа «Бальзам» Гапнотомія як погладжування живота і перестукування з майбутньою дитиною Обговорення підсумків роботи
10.	«Підведення підсумків»	Вправа «Всесвіт» Вправа «Медіація» Тілесно-орієнтована терапія і аутотренінг Обговорення підсумків тренінгової програми

Типовим зразком тренінгової вправи є вправа «Квітка ромашка», на проведення якої відводиться 5-10 хвилин. Метою вправи є допомогти учасницям Т-групи оцінити власну обізнаність щодо процесу вагітності, перебігу пологів і постнатальний розвиток дитини. Згідно з інструкцією тренер умовно малює декілька кіл, в яких повинні розміститися учасниці. В центрі мають стати ті учасниці Т-групи, які знають, що вагітні, але не зовсім уявляють як бути далі, в коло більшого діаметру стають ті, хто має уявлення про процес вагітності (наприклад про особливості фізіології, реальну профілактику ймовірних ускладнень), в наступне коло – ті, хто, має знання про психологію вагітності і специфіку пологової діяльності, в інше коло – ті, хто розуміє як формується і розвивається дитина в пренатальному періоді свого життя і найбільше коло – для тих, хто вміє бути хорошою матір'ю. Після виконання цієї вправи всі учасниці обговорюють її за певною схемою: чому я вибрала це коло для себе та які кола залишилися не відображені, але я маю про них уявлення. Крім спільного взаємозбагачення корисною інформацією вагітні

учасниці тренінгу набувають комунікативних навичок самопрезентації, мають змогу активізувати власну креативність, відчути певний психоемоційний комфорт, нейтралізувавши симптоми тривожності й розгубленості. Зазначимо, що після участі у тренінгових заняттях, зокрема після виконання цієї вправи майже всі учасниці здійснювали активний інтернет-серфінг щодо пошуку детальнішої інформації про актуалізовану проблематику.

Іншою ілюстрацією функціональної семантики тренінгової вправи є вправа «Три плани», спрямована на поглиблення саморозуміння і самоприйняття. Упродовж 10-15 хвилин вагітні учасниці тренінгової групи вчаться зосереджувати увагу на своїх відчуттях, відокремлюючи їх від думок і абстрагувавшись від зовнішнього світу, тобто опановують навички поглиблення власного сенсорно-афективного психосвіту. Ця вправа спрямована на ухвалення вагітною жінкою свого нового психотілесного «Я».

Згідно з інструкцією вправа виконується в парах, тому члени діади сідають одна напроти одної та заплющують очі на одну хвилину. Основним завданням учасниць є якомога глибше і повномірніше відчути сенсоріку зовнішніх дій на рівні слухових, зорових, нюхових і тактильних аналізаторних систем. Потім партнерки розповідають одна одній про свій досвід, починаючи із слів: «У зовнішньому плані Я відчула...». Згодом партнери знову заплющують очі й упродовж хвилини звертають увагу тільки на відчуття, що йдуть від свого тіла, прагнучи якомога повніше відчути й усвідомити свої больові відчуття, тривогу, напруженість тощо. Через хвилину вони розказують про це одна одній, розпочавши зі слів: «У внутрішньому плані я відчула...». Одразу після цього вони розказують про ті думки, які супроводжували вищеописані відчуття, починаючи із слів: «У цей час я думала про...». Вправа обговорюється за схемою, що було легше формулювати – відчуття, думки, а також чи було формулювання відчуттів у зовнішньому і внутрішньому плані виявом власне відчуттів або, можливо, це було висловом думок. Завдяки вправі поглиблюється самоакцептивна атрибуція вагітної жінки, виробляються навички сенсорно-когнітивної диференціації, що виступає певною досвідною

запорукою «працювати» з власним афективним світом, насамперед у плані нейтралізації негативних тривожно-фрустраційних відчуттів і переживань.

Вправа «Піч», тривалість якої 10 хвилин, спрямована на активізацію тілесно-орієнтованої психомоторної візуалізації, зокрема для закріплення навичок аутосугестованого посилення відчуття тепла. Пропонується така вербалізована формула самонавіювання для викликання відчуття тепла і комфорту в животі: «Я дуже хочу, щоб мій живіт прогрівся приємним глибинним світлом. Хочу, щоб мій живіт прогрівся приємним глибинним світлом. Живіт прогрівся приємним теплом. Живіт прогрівся». На тлі проговорювання і повторювання цих фраз потрібне її глибоке емоційне переживання, своєрідне сенсорне самозанурення. Учасниці супроводжують виконання цієї вправи навичками гапнотомії, погладжуючи живіт, а також спостерігають за впливом «викликаного тепла» на себе та на пренеїта.

Серед задіяних рольових ігор, що за сутністю належать до диспозиційної побудови та «відігравання» станів і ситуацій актуалгенезу вагітних, варто назвати задіяні упродовж медіально-рефлексійного тренінгу спонтанно-імпровізаційні ігри, ігри-проживання, творчі ігри, ігри-драми тощо. Такі ігри є своєрідною презентацією символічного самовираження вагітних жінок, а також реалізують і транслують їхню націленість на проектування і моделювання в психологічному просторі нового бачення майбутнього, візії самої себе, інших людей, насамперед, звичайно, своєї майбутньої дитини, чоловіка як батька, рідних та ін. Типовими зразками комплексної ігрової реалізації методу символічного самовираження є спонтанні або нав'язні медитації-візуалізації, прийоми активної уяви, а також техніки імаготерапії, казкотерапії, проективні психомалюнки та інші методи й методики.

Окрема увага була спрямована на інтерактивні психомоторні складові тренінгових вправ. Зокрема серед психомоторних компонентів тренінгових вправ ми активно застосовували принцип *гапнотомії* як погладжування живота і перестукування з майбутньою дитиною. Суть полягала в тому, що у період психомоторної активності дитини мати кладе руки на живіт в тому місці, де

активно штовхається дитина, здійснюючи погладження і легкий поштовх, щоб, знову поклавши руки на живіт, відстежити реакцію пренейта. За умови щоденного повторювання цієї вправи дитина може відповідати на стимуляції матері своїми аналогічними діями у відповідь, тобто на один поштовх здійснює також один удар, на два – два, на три – декілька рухів у відповідь тощо.

Важливим компонентом тренігових занять були *дихальні і психотілесні практики* в роботі з вагітними, насамперед у контексті зняття негативної афективності і підготовки до пологів. Був врахований також і *сонатал* як результативний метод музичного супроводу вагітності й оздоровлення майбутньої дитини.

Також активно застосовувався притаманний українській етнопсихології дитинства принцип *психофонії, пренатального співу* як позитивного впливу вокалізу (співу без слів лише завдяки голосним звукам) на забезпечення афективної гармонії між матір'ю і дитиною та для зняття негативних психоемоційних впливів і станів.

Основні ревіталізаційні медіально-рефлексійні зусилля були спрямовані на покращання стану справ насамперед у таких напрямках:

1) *зниження тривожно-песимістичних психологічних проблем*, що проявлялися як надмірна млявість, повільність, виражена пасивність, байдужа конформність, несприятливі відчуття через некомфортну обстановку пологового будинку, легка втрата афективної рівноваги в міжособистісних суперечках, конфліктах тощо;

2) *зниження кількості і щільності впливу фрустраційно-депресивних маркерів світобачення*, що проявлялися зокрема в надмірній вразливості і чутливості, у частій схильності до підвищеного тривожного і несміливого реагування навіть на дрібні побутові конфліктні ситуації, у кволій нездатності приймати самостійні рішення, або навіть і у відчаї та розпачі через найменшу невдачу та уявлювану загрозу власному здоров'ю і здоров'ю майбутньої дитини;

3) вироблення саморегуляційних навичок щодо зниження невротизації, зокрема схильності до роздратування, боязкості, розгубленості, надмірної нервово-психічної напруженості, схильності розглядати більшість ситуацій як стресові, як загрозу власній самооцінці та життєвим цінностям тощо

Зазначимо, що психотренінгова робота з вагітними жінками мала за мету виробити в них адаптивно-конструктивні навички і способи поведінки в стресогенних ситуаціях сучасного соціуму, навчити контролювати і регулювати власні поведінкові тактики і стратегії, а також віднаходити раціональні шляхи і способи подолання перешкод тощо. Одним з окремих ракурсів був блок вправ на вироблення своєрідних когнітотерапевтичних умінь для переведення навіть ірраціональних і травмогенних думок у раціональні та просоціально налаштовані, для чого було задіяно цілий комплекс ігрових методів, вправи для аутотренінгу, психогімнастичні і психо-фізіорелаксаційні вправи тощо. Досліджувані відзначали, що після психогімнастики та релаксації вони ставали спокійнішими, впененішими, веселішими, терплячішими й оптимістичніше налаштованими.

Медіально-рефлексійні впливи були підпорядковані «принципу відповідності», тобто тренінгові вимоги, які виставлялися перед вагітними, враховували як рівень складності психологічного навантаження, що відповідав психологічним і фізичним можливостям учасниць Т-групи, так і сприяли підвищенню позитивного психоемоційного тону. Безперечно, враховувався процесуальний характер невротизації не лише як похідного утворення від надто високого рівня тривожності і фрустрованості, але й з урахуванням залежності від широкого кола визначальних факторів соціального походження, насамперед сімейного.

Ревіталізаційне зниження загального тривожно-фрустраційно-невротичного модусу самоусвідомлення базувалося на врахуванні того, що невротичні розлади у вагітних жінок як реальні психогенні утворення можуть проявлятися не тільки у чітко виражених патохарактерологічних реакціях, але й у широкій хаотично поведінковій гамі через усвідомлення тиску соціальних

вимог і стереотипів та неспроможності протистояти їм через ускладненість актуальних психофізичних і психоемоційних станів.

Ревіталізаційний вплив був спрямований на сформування адекватного особистісного ставлення вагітної жінки до ситуації вагітності, реалій лікувальної пологової інституції, навколишнього медичного персоналу і був зорієнтований насамперед на зняття тривожно-фрустраційних синдромів та загальної незадоволеності.

Базовані на принципах групової взаємодії психокорекційні заходи були спрямовані на зниження несприятливого впливу на вагітних жінок підвищеної тривожності, надмірної фрустрованості, загостреної невротизації та передбачали вироблення навичок адекватного психозахисту і копінг-поведінки, а також сприяли розвитку комунікабельності, емпатії та підвищенню загального позитивно налаштованого емоційного фону.

Медіально-рефлексійний тренінг був спрямований на зниження й нейтралізацію негативного впливу типових демотиваторів спокійного перебігу вагітності й найчастіше фіксованих на етапі виношування дитини страхів. Психотренінгові вправи були зорієнтовані на зняття побоювань вагітних (особливо жінок з пізньою вагітністю) за ймовірні психофізичні ускладнення під час перебігу вагітності, що можуть вплинути на власне здоров'я та здоров'я майбутньої дитини.

Заняття були підпорядковані принципам демістифікації страхів, наприклад на істотне зниження остраху самого процесу і наслідків пологів, зокрема через переналаштування вагітних на усвідомлення терпимості болю, перехід від відчуття безнадійності до оптимістичних модальностей і перспектив, від поганих результатів до екзистенційно важливих і позитивних наслідків тощо. Оскільки на афективність вагітних жінок важливий вплив мали страхи, щодо ймовірного народження дитини з обмеженими психофізичними можливостями, боязнь інфекційного зараження (наприклад, стафілококом) або й фатальних наслідків, то всі заняття були зорієнтовані на зниження стресогенності та побудову власних індивідуально неповторних моделей

психологічної опірності стресам і страхам. Важливим ракурсом була врахована у вправах корекція тілесності, що зумовлено естетичними причинами, наприклад боязню за зміни свого зовнішнього вигляду, втрату фігури, фемінінної принадливості тощо.

Отож тренінгово-корекційні медіально-рефлексійні зусилля концентрувалися на знятті дискомфортних станів різномодальної тривоги, соціальної фрустрованості як типових індикаторів і детермінант особистісної невротизації, а також мали ключовою метою налагодження самогармонії та гармонізації міжособистісних взаємин і позитивно налаштованої та оптимістичної просоціальної адаптованості, що сприяють збереженню психічного та фізичного здоров'я вагітної жінки.

Медіально-рефлексійний тренінговий підхід, маючи у своїй визначальній сутності ревіталізаційну спрямованість, був зосереджений на знятті тривоги, страху і занепокоєння в учасниць Т-групи як упродовж перебігу вагітності, так і в постнатальний період та в подальшій життєдіяльності. Причому враховувалося, що почуття тривоги, страху, фрустрації та інших депресивних психостанів у вагітних жінок пов'язані насамперед з хвилюванням за майбутніх дітей. Однак не менш важливими є тривожне занепокоєння і підвищена невротичність внаслідок гормональної перебудови організму, коли можливі перепади від спокою і рівноваженості до тремору і роздратованості. Не були проігноровані також такі фактори як мікроклімат внутрішньосімейних взаємин, переживання через несприятливе матеріальне становище, острах через наявність особистого досвіду попередніх вдалих/невдалих вагітностей, боязнь унаслідок несприятливих медичних прогнозів про кризові або перервані вагітності тощо.

По суті, найважливішими завданнями медіально-рефлексійної тренінгової програми, зорієнтованої на зниження проявів негативних афективних психостанів, на зняття підвищеного нервово-психічного напруження та на формування усвідомленого, позитивного сприйняття материнства і розбудову збалансованої Я-концепції у вагітних жінок різного віку, були: ознайомлення

вагітних жінок з методами візуалізації, релаксації, рефлексії, емпатії та іншими соціально-перцептивними механізмами; психокорекційна оптимізація емоційно-чуттєвого тону через раціоналізацію почуттів усвідомленого прийняття ролі майбутньої матері; забезпечення вагітних жінок ревіталізаційною атмосферою психологічного комфорту, захищеності та взаємної довіри; зниження підвищеної тривожності і надмірної фрустрованості як причин високої невротизації щодо пологової діяльності; зниження загальної стресогенності тощо.

Безпосередні сугестаційні тренінгові впливи були зосереджені на зниженні негативних переживань, зняття гострих стресових станів, стійких або ситуативних страхів, що могли послужити причиною виникнення у вагітних учасниць Т-групи неоднозначних почуттів до своєї майбутньої дитини або до самої себе.

У тренінговій програмі було враховано, що вагітним жінкам необхідно оволодіти індивідуальним стилем саморегуляції, тому це забезпечувалося розширенням їхньої комінюкативно-перцептивної компетентності у взаєминах з навколишніми людьми і самою собою, зокрема через регулятивні механізми рівня активації (енергетичний ресурс), а також завдяки урізноманітненню форм впевненої поведінки (особистісно-психологічний ресурс).

Також важливим медіально-тренінговим вектором було розтлумачення на рівні тривалих діалогічних бесід прикрих випадків і наслідків своєрідного ігнорування вагітності, внаслідок чого жінка може не відчувати себе вагітною, не фіксувати істотних змін у власному фізичному і психічному станах, що у свою чергу може свідчити насамперед про наявність у майбутньої матері складних і почасти неусвідомлюваних внутрішніх проблем, спричинених іноді навіть підсвідомим конфліктом між бажанням мати дитину і неготовністю до рішучих змін у своєму тілі та житті.

Вважаємо, що завдяки тренінговим вправам, спрямованим на вироблення навичок толерантної, емпатійної міжособистісної комунікації з макро- і мікросоціумом, у вагітних учасниць Т-групи активніше і результативніше

спрацьовували механізми соціальної перцепції для налагодження взаємин, спільного віднайдення відповідей на типові або екстраординарні випадки загроженої вагітності, а також розвивалися навички поглибленого взаємо- і самопізнання, рефлексії, самоаналізу, що сприяло зниженню несприятливого впливу негативної афективності.

Важливим завданням задіяних тренінгових вправ було вироблення у вагітних жінок навичок для прояву власних почуттів і прийняття та розуміння афективних реакцій і психостанів інших учасниць тренінгу. Не менш важливим було також спільне маркування найважливіших соціальних і психофізичних проблем, що супроводжують перебіг вагітності для віднайдення шляхів їхнього результативного вирішення на рівні виконання тренінгових вправ, зокрема і завдяки рефлексивному трактуванню складних переживань (тривожність, фрустрованість тощо), спричинених ними.

Загалом, успішне застосування медіально-рефлексійного тренінгу як посередництва й поступове досягнення згоди між учасниками реального/уявного конфлікту і під час нейтралізації негативних наслідків самоконфлікту відбувалося завдяки поступовому набуттю всіма учасниками Т-групи певної єдності і взаємності інтересів. Ключовим об'єднуювальним чинником було виношування і народження здорового потомства, що з кожним заняттям зумовлювало появу відчуттів взаємодопомоги і взаємодовіри та знижувало кількість, частоту і силу переживання негативних відчуттів агресії, тривоги, депресії, фрустрації та інших несприятливих для вагітності психостанів. Участь у Т-групі істотно змінила афективне ставлення вагітних жінок до ситуації вагітності і до нових статусно-рольових преференцій та ідентичностей, здобутих упродовж цього періоду.

Вважаємо, що задіяння ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу упродовж перебігу вагітності сприяло активізації складного процесу формування своєрідної «матриці материнства» та стимулювало успішнішу адаптацію жінок до вагітності як майбутнього материнства завдяки засвоєнню нових навичок та отримання конкретнішої інформованості і компетентності

щодо налагодження позитивно психоемоційно налаштованої взаємодії з пренейтом.

3.2. Організація та результати формувального експерименту

Для встановлення психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку нами було проведено формувальний експеримент. Вибірка в кількості 40 осіб (експериментальна група ($n=20$) і контрольна група ($n=20$)) складалася з жінок, які перебували у стані вагітності та знаходилися в міському пологовому будинку № 1 м. Миколаєва, очікуючи на народження дитини. Всі досліджувані були віком понад 35 років та належали до умовної категорії «пізня вагітність».

В основу забезпечення позитивного формувального впливу на досліджуваних були покладені функціонально-семантичні блоки розробленого нами медіально-рефлексійного тренінгу, базованого на сутнісних засадах ревіталізації як наданні різнобічної психологічної допомоги особистості. Ревіталізація передбачає активізацію фундаментальних психофізичних і соціальних процесів відновлення, відтворення особистості і як системно організований психологічний процес стимулює насамперед її вихід зі станів психоемоційної пригніченості та афективного виснаження і вигорання. Ревіталізаційні зусилля спрямовані на особистісне урухомлення й пожвавленн, тобто на зниження або й повну нейтралізацію тих негативних психостанів, які засвідчують про екзистенційну втому людини і втрату нею психоенергетичних життєвих потенціалів. Як синтез рекреації, психореабілітації, реструктурації та інших «відновлювальних» технологій і технік ревіталізаційні зусилля передбачають появу в досліджуваних учасниць Т-групи нових індивідуальних і групових навичок і рис, а також переорієнтацію їхніх очікувань на ракурс оптимістичного і здорового світобачення [57; 58; 59; 60; 61; 131].

Перебіг формувального експерименту відбувався триетапно (підготовчий, основний і завершальний) і підпорядковувався всім нормам і вимогам, що

ставляться до проведення формувального експерименту. *На підготовчому етапі* формувального експерименту відбулося рекрутування груп досліджуваних за згадуваним вище критерієм «пізня вагітність», їхня диференціація на експериментальну і контрольну групи, а також їхнє попереднє тестування. В інтенсивному, проте ощадливому для здоров'я майбутніх матерів і їхнього потомства, режимі були проведені психодіагностичні студії, які відбувалися в зручній для досліджуваних (пацієнток) час та на основі їхнього погодження про добровільну участь у психодіагностичних і тренінгових процедурах. Основним ракурсом було встановлення особливостей впливу психостанів тривожності і фрустрованості на невротизацію вагітних досліджуваних. Емпіричним шляхом було констатовано широке поле найважливіших показників, які виступили психометричними індикаторами афективного психопростору досліджуваних жінок з пізньою вагітністю. На *основному етапі* відбулося безпосереднє залучення програми медіально-рефлексійного тренінгу в роботі з вагітними учасницями, які входили до експериментальної групи (ЕГ). Досліджувані жінки з пізньою вагітністю, які належали до контрольної групи (КГ), участі у тренінгових заняттях не брали. На *завершальному етапі* формувального експерименту ми провели повторне тестування всієї вибірки досліджуваних з експериментальної та контрольної груп, а також здійснили процедури кількісної обробки та якісної інтерпретації здобутих результатів, які проявилися завдяки задіянню активних психотренінгових формувальних впливів.

Зазначимо, що після завершення тренінгу всі учасниці формувального експерименту (ЕГ та КГ) були діагностовані за допомогою укладеного нами пакету валідного інструментарію, зокрема тих методик, які використовувалися нами ще на етапі констатувального експерименту (методика «САН» (самопочуття, активність, настрій), тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методика визначення тривожності» (Дж. Тейлор), «Шкала особистісної тривожності» (за Ч. Спілбергером), «Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)), «Методика

експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом), «Методика діагностики рівня невротизації» (за Л. Вассерманом), «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин), «Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»))» (за В. Бодровим), «Методика дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк), «Тест ставлень вагітної» (І.В. Добрякова), проєктивний малюнковий тест «Я та моя дитина» (Г.Г. Філіпова)).

Здобуті внаслідок проведення психодіагностичних методик показники були піддані порівняльному аналізу за критерієм «до і після формувального впливу».

Результати виконання експериментальних завдань досліджуваними вагітними жінками з ЕГ (за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрої)).

Здобуті внаслідок виконання експериментальних завдань методик результати досліджуваних з ЕГ до і після задіяного формувального впливу на них висвітлені на рис. 3.1.

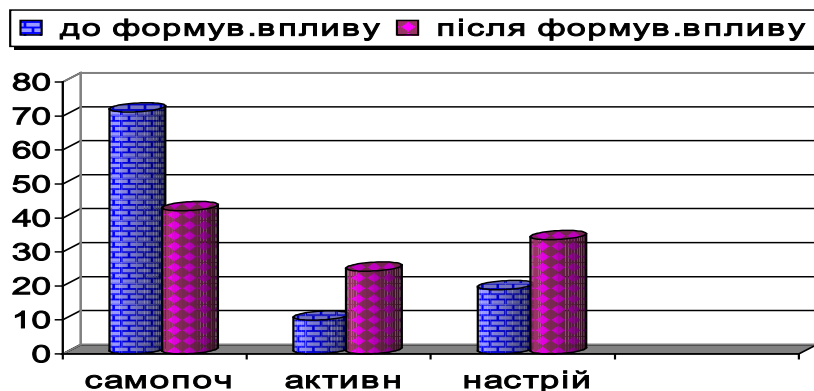


Рис. 3.1. Результати виконання методики «САН» (самопочуття, активність, настрої) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Найістотніші зміни спостерігаємо на рівні прояву показника «самопочуття»: до формувального впливу самопочуття, забарвлене здебільшого негативними модальностями як реакціями на психофізичні розлади, больові

відчуття, нудоту тощо було притаманне 71,2 % досліджуваних вагітних жінок, а після формувального тренінгового впливу відбулося суттєве зменшення (на 29,1 %) – 42,1 % досліджуваних. Участь у Т-групі дозволила здійснити істотну корекцію (самокорекцію) вагітними жінками власної почуттєвої сфери, тому виконання вправ медіально-рефлексійного тренінгу значно покращило настрій (було 18,9 %, а стало 33,6 %) і посприяло підвищенню їхньої активності (було 9,9 %, а стало 24,4 %). Зауважуємо, що учасницям тренінгу – жінкам з пізньою вагітністю вкрай необхідним є фаховий медико-психологічний супровід, адже вони часто і гостро переживають афективні розлади, мають підвищену тривожно-фрустраційну налаштованість на перебіг вагітності, що чинить прямий тиск на зростання їхньої невротизації та негативно впливає на внутрішньоутробний розвиток пренейта. Оптимізація сприятливої настроєвої гами (показник «настрій»), загальна психомоторна, соціальна, поведінкова активізація (показник «активність») сприяють помітному збалансуванню афективності учасниць Т-групи, знижують тривогу, фрустрацію та підвищену невротизацію. Помітним позитивом і реальним доказом результативності формувального впливу виступило те, що після участі у тренінговій групі у вагітних жінок помітно зросла якраз активність. Ще на етапі констатувального експерименту (див. підрозділ 2.3) ми вважали, що, напевно, низька активність зумовлена тим, що у жінок вагітність здебільшого асоціюється з обережною статикою, надмірною малорухливістю, психомоторною пасивністю для того, щоб зберегти і не втратити давно і дуже очікувану майбутню дитину. Однак участь у тренінгових заняттях засвідчила, що вдалося досить істотно зняти тривожно-фрустраційно-невротичну скутість жінок з пізньою вагітністю та оптимізувати функціонування і пров їхньої афективності на рівні як активнішої рухової щільності, так і загального позитивнішого самоприйняття і хорошого настрою. Якраз у таких позитивних змінах фіксуємо ревіталізаційну (психореабілітаційну, рекреаційну, ресоціалізаційну тощо) сутність розробленого й апробованого нами медіально-рефлексійного тренінгу.

У досліджуваних з контрольної групи істотних змін не виявлено.

Завдяки отриманим результатам унаслідок проведення методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) (див. рис. 3.2) вдалося встановити результативність задіяних медіально-рефлексійних тренінгових вправ.

Зауважуємо деяке спадання в учасниць тренінгу тривожності (було 56,1 %, а стало 48,7 %) і фрустрації (було 28,7 %, а стало 25,1 %), а також дуже неістотне зменшення ригідності (лише на 0,2 %). Однак найпомітнішим є зростання показника «агресія» (було 8,2 %, а стало 19,4 %), що доцільно трактувати не як культивування агресивності у вагітних жінок засобами медіально(примирювально)-рефлексійного тренінгу, а як стимулювання життєво-захисної позиції щодо виношування потомства та спроможності дати відсіч усім тим негараздам матеріально-побутового і соціально-комунікативного планів, які супроводжують перебіг пізньої вагітності.

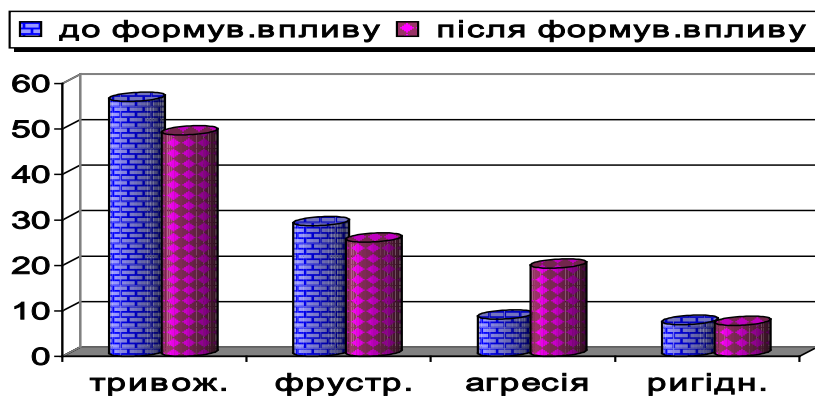


Рис. 3.2. Результати виконання експериментальних завдань методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формулального впливу (%) (n=40)

На етапі констатувального експерименту (див. розділ 2) завдяки факторному аналізу нам вдалося встановити, що у не вагітних жінок у четвертий фактор за умовною назвою «ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції» на високому статистичному рівні проявився показник «агресивність» (0,600), тоді як у вагітних жінок він проявився у третьому факторі «тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності» зі знаком «-» (-0,721). Агресивність сучасних не вагітних жінок ми

пояснювали їхніми намаганнями до утримання і збереження сімейної гармонії навіть завдяки застосуванню агресивності як складової ейфорійно-агресивних маніпулятивних тенденцій. Збільшення показника «агресія» в учасниць Т-групи ми розглядаємо як відхід від беспорядності, пасивності, розгубленості, зумовлених тривожністю і фрустрованістю, та перехід до впевненіших, життєствердвальніших і сильніших тактик і стратегій виношування та відстоювання своїх майбутніх (таких довгоочікуваних) дітей. Звичайно, вочевидь, ідеться про збільшення вербальної агресивності, ніж інструментальної, тобто про зростаючу спроможність жінок з пізньою вагітністю дати словесну відсіч ймовірному непрофесіоналізмові або байдужості медичних працівників пологового клінічного будинку, в якому вони перебувають в очікуванні народження дитини. До того ж загалом агресія у досліджуваних учасниць тренінгу істотно нижча, ніж у не вагітних жінок. Здійснивши порівняльний аналіз прояву тривожності, фрустрованості та невротизації в жінок за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність» (див. підрозділ 2.4), ми встановили, що агресія притаманна лише 8,4 % вагітних жінок і 52,6 % не вагітних жінок. Отож помірна агресивність учасниць тренінгу є свідченням не тільки їхнього «психоемоційного вивільнення» від тривожності, фрустрованості і невротизації, але й механізмом самозахисту для створення режиму особистісної безпеки для себе і пренейта. Зазначимо, що досліджувані з контрольної групи проявили неістотні зміни лише в межах найнижчої статистичної похибки.

Після участі у тренінгу відбулися помітні зміни щодо рівня тривожності жінок з пізньою вагітністю. Результати проведення «Методики визначення тривожності» (Дж. Тейлор) дають підстави стверджувати, що цей психостан можна знизити завдяки вправам медіально-рефлексійному тренінгу (див. рис. 3.3).

Унаслідок участі у Т-групі та активної задіяності у мікроклімат виконання тренінгових вправ вагітні жінки набули навичок впевненої самопрезентації та партнерської комунікації, відрефлексованого

самонавіювання спокою та психомоторної гапнотомії, а отже зуміли істотно знизити власну тривожність.

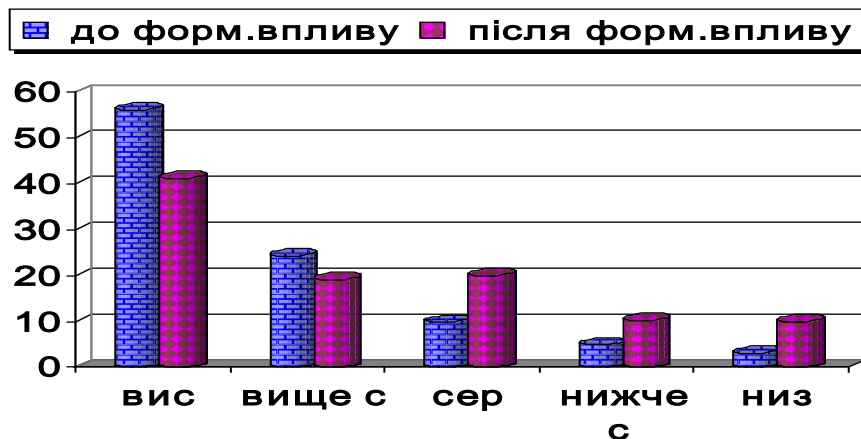


Рис. 3.3. Результати виконання експериментальних завдань «Методики визначення тривожності» (Дж. Тейлор) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Зменшилася кількість учасниць тренінгу з показником «високий рівень тривожності» (було 58,1 %, а стало 41,2 %) та показником «вище середнього рівень тривожності» (було 24,2 %, а стало 19,1 %). Сумарно досліджуваних із цими несприятливо високими рівнями тривожності стало на 22 % менше, що сигналізує про спроможність знизити такий базальний особистісний афективний психостан, завдяки залученню сучасних розвивальних психотренінгових технологій, зокрема у варіанті розробленого нами медіально-рефлексійного тренінгу. Відповідним чином збільшилося учасниць тренінгу з низьким і нижче середнього рівнями тривожності (до формувальних впливів їх сумарно було 7,9 %, а після задіяння в тренінговій роботі стало 20,2 %). Понад удвічі більше стало вагітних жінок із середнім рівнем тривожності (було 9,8 %, а стало 19,9 %). По суті, зауважуємо чітку тенденцію – внаслідок задіяння формувальних тренінгових впливів зростає частка досліджуваних з низькою тривожністю і зменшується кількість високотривожних осіб.

Досліджувані з КГ статистично значущих змін не проявили.

Завдяки участі у роботі тренінгової групи досліджувані продемонстрували позитивні зміни щодо рівня власної тривожності і за «Шкалою особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) (див. рис. 3.4).

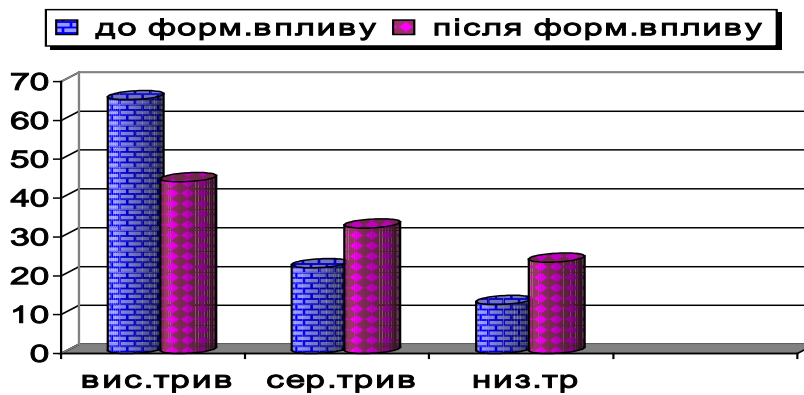


Рис. 3.4. Результати виконання експериментальних завдань «Шкали особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формульованого впливу (%) (n=40)

Зауважуємо, що якщо до початку тренінгової роботи 65,3 % досліджуваних вагітних жінок проявили високий рівень тривожності, то після тренінгу їх стало істотно менше – 44,2 %. Водночас збільшилося досліджуваних із середнім рівнем тривожності (було 22,1 %, а стало 32,3 %), а також із низьким рівнем тривожності (12,6 % проти 23,5 %). Такі статистичні дані (як, до речі, і проценталії, отримані за вище аналізованою методикою діагностики тривожності («Методика визначення тривожності» (Дж. Тейлор)) є підтвердженням спроможності корекції підвищеної тривожності у напрямку її зниження завдяки залученню сучасних психотренінгових технологій.

Констатуємо, що у жінок з пізньою вагітністю, які не брали участі у медіально-рефлексійному тренінгу (КГ), помітних змін щодо зниження фону особистісної тривожності не виявлено.

Отримані результати виконання експериментальних завдань досліджуваними з ЕГ за «Методикою діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) (див. рис. 3.5) дали підстави дослідити динаміку змін щодо впливу фрустрації, на жінок, які

завагітніли після 35 років. Спостерігаємо деякі зміни у переживанні фрустраційного психостану учасницями Т-групи і зауважуємо майже повну незмінність ситуації у жінок з пізньою вагітністю, які входили до КГ та не брали участі у тренінгу.

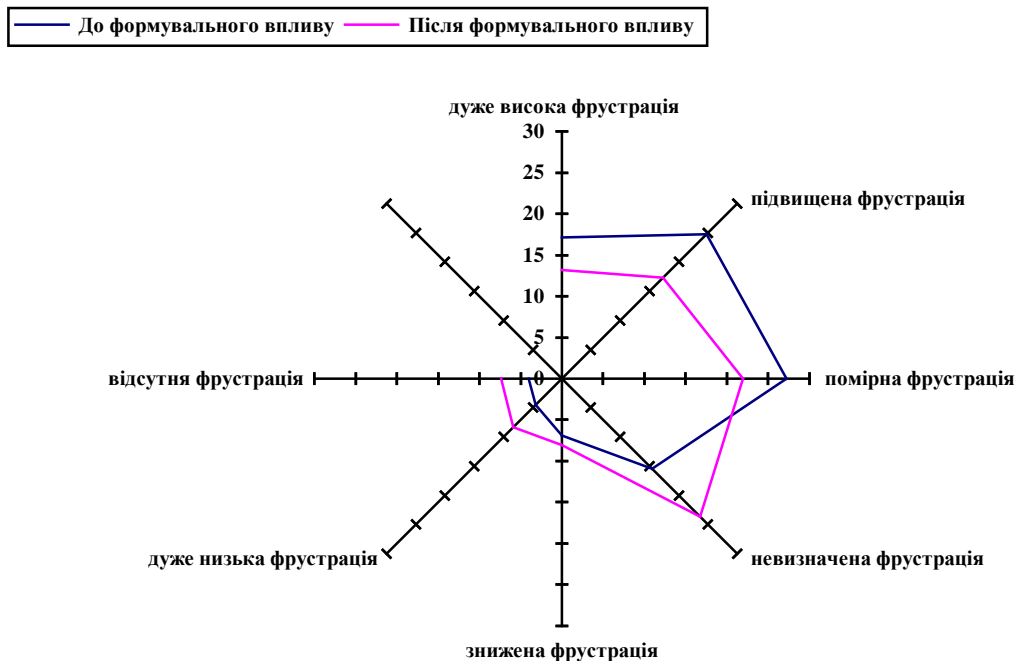


Рис. 3.5. Результати виконання експериментальних завдань «Методики діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Внаслідок задіяння розвивальних вправ, базованих на генетично-психологічних засадах (розвиток-саморух-саморозвиток, міжособистісне партнерське інтерактивно-комунікативно-перцептивне спілкування, ампліфікація як самопідсилення, прогностична рефлексія, активна особистісна самодетермінація тощо), вдалося досягнути позитивного формувального впливу на учасниць ЕГ щодо зниження соціальної фрустрації.

Якщо до участі у тренінгу 17,1 %, вагітних жінок переживали «дуже високий рівень соціальної фрустрованості», 24,8 % – «підвищений рівень фрустрованості», то завдяки виконанню психотренінгових вправ з усіх трьох блоків (на зниження тривожності, фрустрованості та невротизації) кількісні

параметри дещо змінилися, зокрема вплив дуже високої фрустрованості переживали 13,2 % досліджуваних, а підвищеної фрустрованості – 17,4 %. Сумарно констатуємо зменшення на 11,3 % вагітних учасниць тренінгу з наваними вище високими рівнями фрустрованості. Перебіг пізньої вагітності відбувається здебільшого у потужному силовому тривожно-фрустраційному полі, однак вдалося дещо знизити його негативний тиск на учасниць Т-групи.

Помірний рівень фрустрованості відзначався у 27,2 % до тренінгу та у 21,9 % після тренінгу, а невизначений рівень фрустрованості зріс від 15,5 % до 23,7 після тренінгових занять. По суті, вдалося зняти гострий фрустраційний вплив та перевести його у деяку невизначеність, тобто позбавитися фрустрації у повній мірі, нейтралізувати її остаточно видається вкрай складною і проблемною справою. Вочевидь, це зумовлено насамперед тим, що довгоочікувана (іноді майже передклімактерична, наприклад, у п'ятьох учасниць біля 46 років) вагітність накладає тривожно-невпевнений і фрустраційно гнітючий відбиток, спричинений надмірним переживанням через загрозу переривання вагітності і ймовірність втрати дитини. Однак констатуємо, що на 8,4 % стало більше досліджуваних з відсутністю фрустрації (було 4 %, а стало 7,4 %), її дуже низьким рівнем (було 4,5 %, а стало 8,3 %) та зниженим рівнем (було 6,9 %, а стало 8,1 %), тобто зауважуємо позитивну динаміку щодо зниження негативного впливу фрустрованості на жінок з пізньою вагітністю, які входили до ЕГ.

Аналіз отриманих результатів виконання експериментальних завдань вагітними учасницями Т-групи за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) презентовані на рис. 3.6.

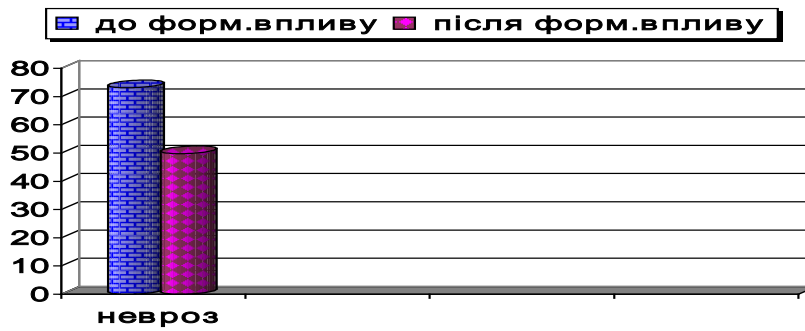


Рис. 3.6. Результати виконання експериментальних завдань «Методики експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

На підставі експрес-діагностики неврозу вдалося встановити, що участь у тренінгу дозволила жінкам з пізньою вагітністю істотно знизити переживання цього складного афективного стану. Зауважуємо чітку тенденцію до зменшення кількості досліджуваних, які відчувають вплив неврозу, зокрема до задіяння формувальних впливів їх було 73,1 %, а після участі в усіх блоках тренінгу стало 49,8 %.

Попри доволі помітне зниження на 23,3 % кількості вагітних, що відчувають вплив неврозу, все ж таки констатуємо досить високий рівень його прояву, адже по суті, майже половина досліджуваних жінок з пізньою вагітністю маніфестує притаманну їм невротизацію. Безперечно, констатація такого стану справ потребує задіяння комплексних медико-психологічних зусиль з наголосом на седативні й не шкідливі препарати і засоби як для здоров'я матері, так і для розвитку пренейта .

Завдяки отриманим результатам виконання експериментальних завдань вагітними жінками з ЕГ (за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)) (див. рис. 3.7) вдалося з'ясувати відмінності за критерієм до та після здійснення формувального впливу.

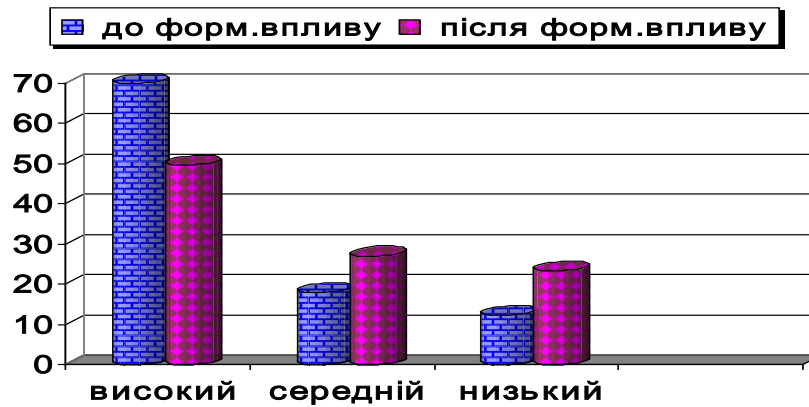


Рис. 3.7. Результати виконання експериментальних завдань «Методики діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Якщо перед початком участі у тренінгу досліджуваних із високим рівнем невротизації було 69,8 %, то після нього виявилось 49,5 %; із середнім рівнем невротизації було 17,9 %, а після – 27,1 %; з низьким рівнем невротизації було 12,3 %, а після тренінгу стало 23,4 %. Знову ж таки, констатуємо спадання високої невротизації на досліджуваній вибірці (наприклад, вагітних з високим рівнем невротизації стало на 20,3 % менше), все ж зауважуємо високе тло невротичності у жінок, які завагітніли після 35 років.

Як і за результатами «Методики експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) так і за результатами цієї методики встановлено, що майже половина жінок з пізньою вагітністю переживає виский рівень невротизації. Якщо за допомогою тренінгових зусиль вдалося істотно понизити тривожність і фрустрованість, то все ж таки за помітного спадання загального рівня високої невротизації зауважуємо її присутність упродовж перебігу пізньої вагітності. Це засвідчує, що *крім інших соціально-психологічних детермінант (матеріальні проблеми, стресогенність соціодовкілля тощо) навіть відносно помірний тривожно-фрустраційний фон виступає негативним чинником невротизації жінок з пізньою вагітністю.*

У досліджуваних з КГ, які не брали участь у тренінгу, за обома вище аналізованими методиками істотних змін не виявлено – невроз і високій рівень невротизації залишаються негативним супроводом вагітності в жінок.

На рис. 3.8 презентовано результати проведення «Опитувальника нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) з учасницями тренінгу.

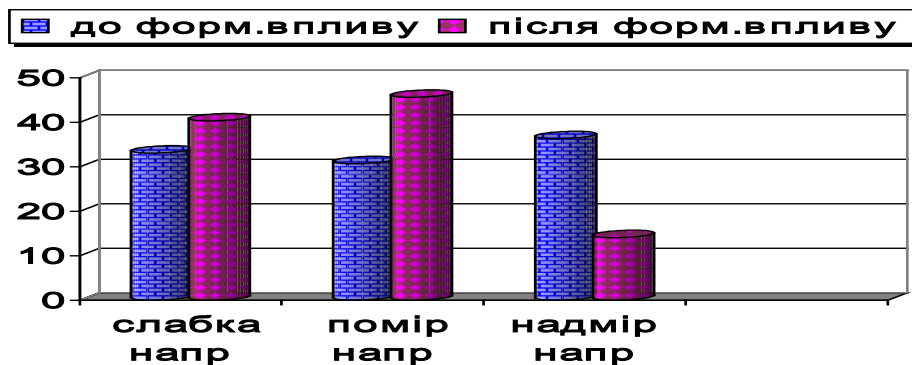


Рис. 3.8. Результати виконання експериментальних завдань за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Отримані результати дали підстави констатувати істотне зниження надмірного «екстенсивного» нервово-психічного напруження в жінок з пізньою вагітністю, які взяли участь у тренінгу (стало на 22,2 % менше). Відповідним чином на 7,2 % збільшилося досліджуваних зі слабким нервово-психічним напруженням, а також на 14,9 % зросла кількість учасниць Т-групи, які відчувають помірне нервово-психічне напруження.

Зауважуємо, що після задіяння формувальних впливів відбулося зниження загального фону напруги, що є підтвердженням результативності тренінгової програми.

Досліджувані з КГ помітних статистично значущих змін не виявили.

У подібному контексті відбулися і зміни, зафіксовані після проведення «Методики визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»))» (за В. Бодровим), які висвітлені на рис. 3.9.

В учасниць тренінгу спостерігаємо підвищення опірності і нервово-психічної стійкості після здійснення на них виваженого і професійного психологічного формувального впливу. Незадовільна нервово-психічна стійкість особистості (висока ймовірність зривів, необхідне додаткове консультування в невропатолога або психіатра) знизилася на 10,9 %), а висока

нервово-психічна стійкість особистості (зриви майже не вірогідні) збільшилася на 7,9 %.

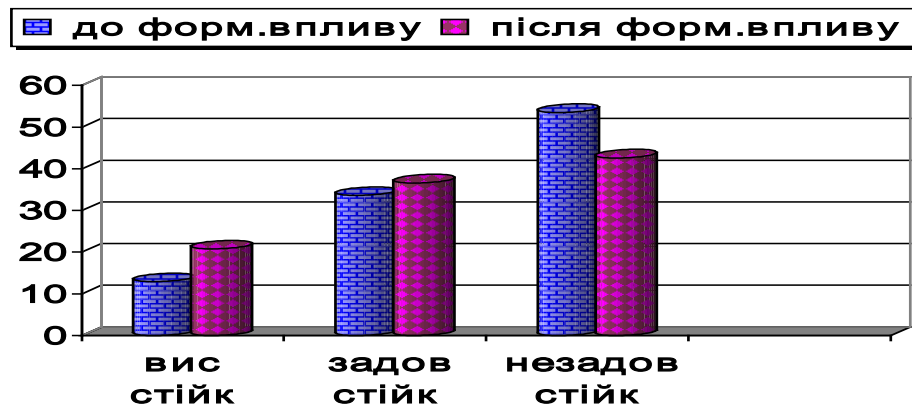


Рис. 3.9. Результати виконання експериментальних завдань за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»)» (за В. Бодровим)) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Також на 3 % збільшилося жінок з пізньою вагітністю, які продемонстрували задовільну нервово-психічну стійкість особистості (зриви можливі в екстремальних ситуаціях). Результати засвідчують, що навіть у формуванні такого складного конструкту як нервово-психічна стійкість особистості, який складається упродовж усього життєвого шляху, можливі позитивні зміни, тобто встановлено тенденцію до деякого покращання стану справ.

У жінок з пізньою вагітністю, що входили до КГ, статистично значущих змін не зафіксовано.

Отримані результати «Методики дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) (див. рис. 3.10) дали підстави встановити позитивні зміни, які відбулися внаслідок участі досліджуваних у роботі медіально-рефлексійного тренінгу, зокрема вдалося загалом констатувати сприятливі зміни психологічного ставлення жінок як до стану вагітності, так і до перспектив народження дитини і майбутнього материнства.

Найпомітніші зміни зафіксовано на рівні прояву високого рівня прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінки до

материнства (конструктивні мотиви збереження вагітності), зокрема до початку формувального впливу було 12,5 % таких досліджуваних, а після тренінгових занять їх стало 26 %, тобто на 13,5 % збільшилося жінок з пізньою вагітністю, які позитивніше і мотивованіше ставляться до народження потомства. Зауважуємо, що на 5 % зменшилася кількість жінок, які переживають високий рівень суб'єктивної тривожності з приводу матеріальних (фінансових) утруднень, викликаних появою (очікуванням народження) дитини. Психорелаксаційні тренінгові вправи, навіювання (самонавіювання) власної соціальної значущості дещо знизили острах у жінок з пізньою вагітністю перед фінансовою неспроможністю якісного утримання себе і пренейта в умовах пологового клінічного будинку, а також істотно зняли тривожно-фрустраційну напруженість, що супроводжувала перебіг вагітності.

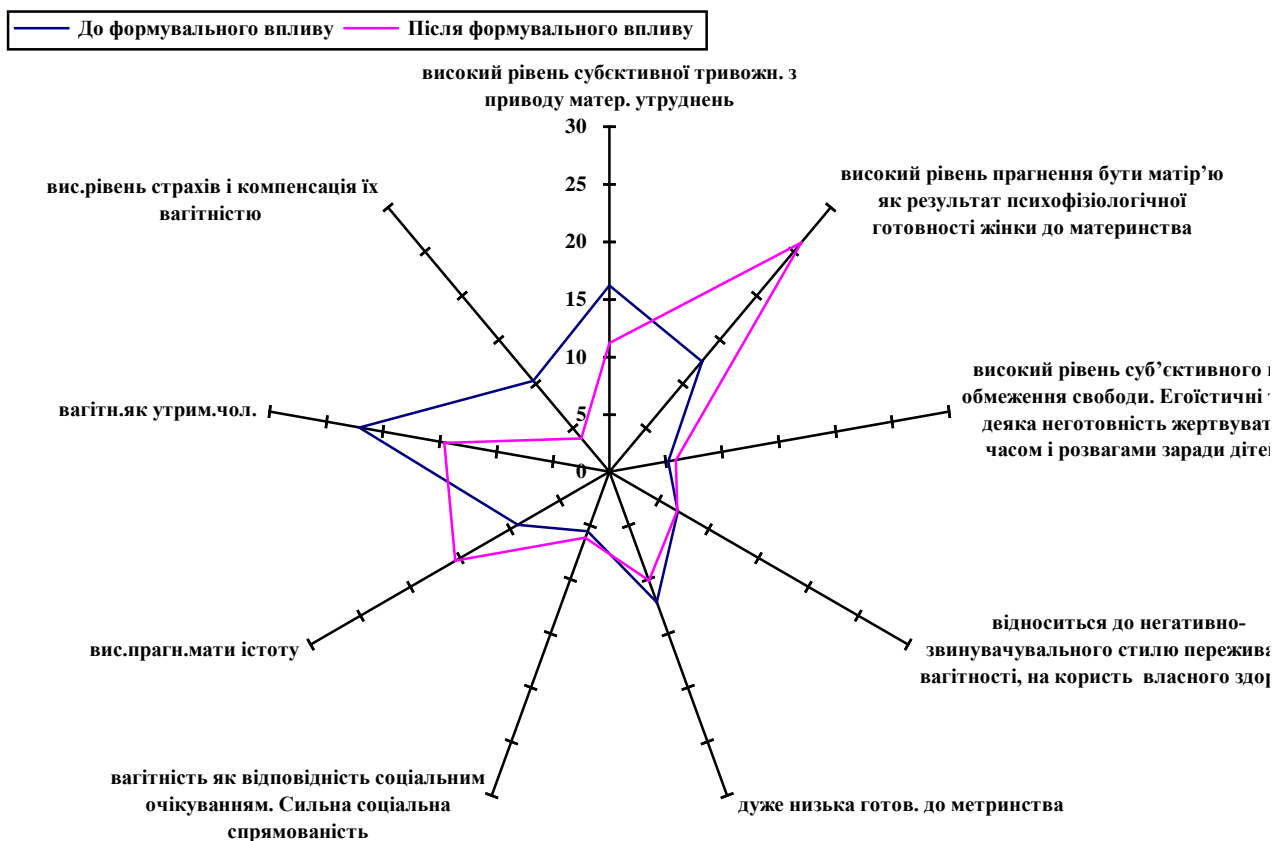


Рис. 3.10. Результати виконання експериментальних завдань за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Зауважуємо й те, що на 8,1 % зменшилося учасниць тренінгу з дуже низькою готовністю до материнства і високою мірою тривожності та песимістичного настрою (було 18,2 %, а стало 10,1 %). Не менш успішним виявилися результати формувального впливу щодо спадання кількості вагітних з високим рівнем страхів і компенсації їх за допомогою вагітності (було 10,3 %, а стало 3,8 %). Ще одним позитивом задіяння медіально-рефлексійного тренінгу виступило те, що досить помітно знизилася наміри жінок в контексті психозахисту і маніпулятивності використовувати вагітність як спосіб збереження стосунків і утримання чоловіка в шлюбі. Внаслідок тренінгу, здобувши навички самовладання, адекватного з тенденцією до завищення самооцінювання, впевненості тощо, досліджувані знизили маніпулятивну складову в усвідомленні сутності і справжнього призначення вагітності. Якщо до початку формувального впливу таких жінок було 22,1 %, то після участі в тренінгу їх стало 14,6 %. Інші показники теж хоч неістотно, але все ж покращилися у загальних тенденціях (наприклад, на 2 % стало менше жінок з дуже низькою готовністю до материнства). Підсумовуючи, зазначимо, що учасницям Т-групи вдалося суттєво понизити негативно забарвлений тривожно-песимістичний мікроклімат перебігу вагітності й набути певних позитивних просоціальних навичок і вмій, що оптимізують їхню (і пернейта) психогенезу.

Зауважимо, що в досліджуваних жінок з КГ помітних змін не встановлено.

Унаслідок проведення «Тесту ставлень вагітної» (І.В. Добряков) вдалося отримати результати, які засвідчили певні позитивні зміни в досліджуваних з тренінгової групи, які були піддані формувальним впливам (див. рис. 3.11).

Констатовано, що на 10,6 % зросла кількість досліджуваних з оптимальним типом гестаційної домінанти (було 22,6 %, а стало 33,2 %), тобто вони навчилися позитивно оцінювати власну вагітність, а також без зайвої та надмірної тривоги впевнено і відповідально ставитися до неї.

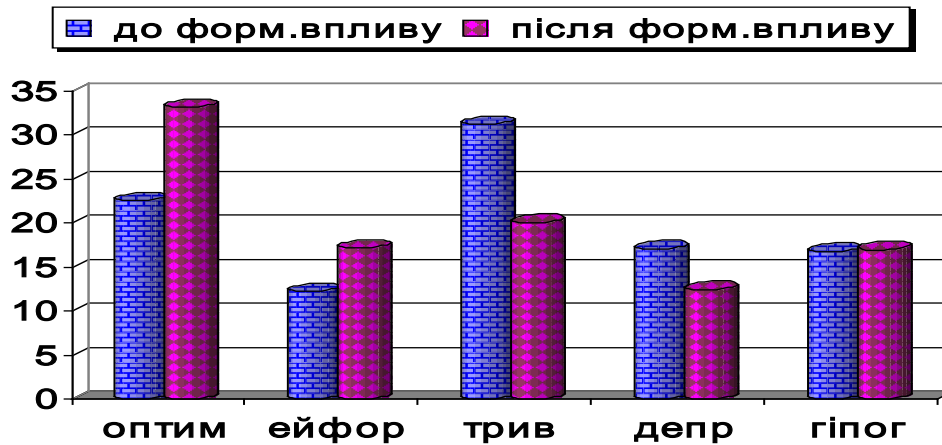


Рис. 3.11. Результати виконання експериментальних завдань за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков) досліджуваними з ЕГ до і після здійснення формувального впливу (%) (n=40)

Досліджувані набули навичок адекватного реагування на виникаючі проблеми і конструктивно їх вирішувати в межах свого стану пізньої вагітності та в реальних умовах пологового будинку. Натомість на 11,1 % знизилася кількість учасниць Т-групи з тривожним типом гестаційної домінанти (було 31,2 %, а стало 20,1 %), що підтверджує позитивні наслідки тренінгової роботи в домінуючому ключі медіально-рефлексійного підходу. Зауважимо, що дещо зменшилася кількість досліджуваних, що віддавали перевагу депресивному типу гестаційної домінанти – до здійснення формувального впливу таких було 17,1 %, а після участі у тренінгу 12,5 %, тобто дещо спала кількість жінок з пізньою вагітністю, яким притаманне чітко виражене негативне сприйняття власної вагітності. Водночас слід відзначити певне зростання після задіяння формувальних впливів (на 4,9 %) кількості учасниць тренінгу з ейфорійним типом гестаційної домінанти, що засвідчує тенденцію до підвищення настроєвого фону у вагітних жінок. Сама участь у тренінгу активізувала психоемоційність досліджуваних, підбадьорила, зняла надмірну тривожно-фрустраційну напругу і дозволила бачити світ у «рожевішому» світлі. Фіксуємо майже незмінність (на 0,2 % більше) кількості жінок з гіпогестогнозичним типом гестаційної домінанти (як відомо, цей тип характеризує жінок з явним

або прихованим несвідомим неприйняттям своєї вагітності). Безперечно, в цьому ракурсі потрібно ще активніше працювати, зокрема вдосконалюючи вправи медіально-рефлексійного тренінгу.

У досліджуваних жінок з пізньою вагітністю, які входили до КГ, істотних змін за цією методикою не виявлено.

Результати проведення проєктивної методики Г.Г. Філіпової «Я і моя дитина» дали підстави відзначити, що після формувального впливу відбулися певні позитивні зміни у психоемоційній сфері досліджуваних. Встановлено загальне зниження симптоматики тривожності і фрустрованості в жінок з пізньою вагітністю, які брали участь у тренінгу, що проявилось на рівні оптимістичніших психомалюнків. Особливості переживання вагітності й ситуації материнства, сприйняття себе та дитини, ставлення до дитини, визначення її цінності проявилися у формальних та змістових ознаках. Зокрема, знизилася симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності, тобто здебільшого від недостатньо великого малюнку, розташування в нижній частині аркуша або ближче до одного з кутів, незначна кількість штрихувань, промальовування фігури (постаті) малюка дуже великою або надто маленькою тощо (психомалюнки досліджуваних з КГ), більшість малюнків учасниць Т-групи містили оптимістичніші зображення і сюжети. Нами встановлено, що провідною тематичною сюжетно-композиційною лінією були зображення своєї фігури та дитини. розміри якої відповідають прийнятим у психодіагностиці, тобто відображають нормальний стан без ознак тривоги й невпевненості у собі. Помітним був домінуючий розгорнутий сюжет з додатковими, окрім фігур матері й дитини, деталями, зокрема спостерігалися обстановка кімнати, будинок, дерева тощо, а сам малюнок займав велику частину аркуша та ілюстрував не приховану й не ізольовану в ліжечку, колясці, пелюшках або животі матері дитину. Чіткіше промальовувалось обличчя дитини, а її вік наближається до малюкового прогресивно з першого до третього триместру, що загалом засвідчує позитивне просоціальне проєктивне відтворення умиротворенішого спокою досліджуваними учасницями тренінгу.

Здійснений нами загальний порівняльний аналіз результатів формувального експерименту засвідчив наявність статистично значущих відмінностей між отриманими даними, які відображають якісні та позитивні зміни, що були отримані після проведення формувального впливу. Значущість істотних відмінностей до і після проведення програми формувального впливу перевірялася нами за допомогою t-критерію Ст'юдента. Отримані в ході порівняльного аналізу окремі дані виконання експериментальних завдань методик досліджуваними з ЕГ до і після проведеної тренінгової програми відображені у таблиці 3.2.

Отож можемо констатувати, що жінки з пізньою вагітністю, які входили до експериментальної групи та брали участь у всіх тренінгових заняттях, демонструють значно кращу психоемоційну гнучкість і адаптивність, внутрішнє відчуття гармонійнішого спокою, відсутність гострих і немотивованих тривог і страхів щодо майбутніх пологів.

Таблиця 3.2

Результати порівняльного аналізу виконання експериментальних завдань методик досліджуваними з ЕГ до і після задіяння формувальних впливів

Показники методик	ЕГ до форм. впливу	ЕГ після форм. впливу	t, α	
«САН» (самопочуття, ативність, настрої)				
Активність	8,01±2,96	10,75±1,63	4,81	0,001
«Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)				
Тривожність	2,62±0,93	1,96±1,12	2,86	0,01
«Методика визначення тривожності» (Дж. Тейлор)				
Середній	53,16±8,38	59,77±9,46	3,25	0,01
«Шкала особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер)				
Низький	66,65±3,91	72,41±4,82	4,41	0,001
«Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка))				
Невизначений	1,95±1,13	2,61±0,91	2,81	0,01
«Методика експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом)				
Невроз	7,75±1,86	6,05±2,29	3,55	0,001
«Методика діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман)				
Низький	1,26±0,71	1,73±1,55	3,06	0,01
«Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин)				

Продовження табл. 3.2

Помірна	1,90±1,12	2,56±0,92	2,77	0,01
«Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»» (за В. Бодровим)				
Висока	2,37±1,40	2,99±1,09	2,55	0,05
«Методика дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк)				
Вис. рівень суб'єкт. тривожн. через матер. трудн.	12,83±1,87	11,77±1,44	2,79	0,01
Вис. рівень прагн. бути матір'ю як р-т психофіз. готовності	5,90±0,87	6,86±1,29	3,86	0,001
Вагітність як спосіб утрим. шлюбу і чол.	6,76±1,23	5,90±0,79	3,74	0,001
Вис. рівень страхів і компенсація їх вагітністю	6,81±1,28	5,88±0,82	3,80	0,001
«Тест ставлень вагітної» (І.В. Добряков)				
Оптимальний тип гестаційної доміанти	5,67±0,71	6,72±1,17	3,61	0,001

Виважена медіально-рефлексійна психологічна допомога, закладена в сутність тренігової програми, дозволила завдяки особистісному саморухові набути їм навичок саморегуляції, самодетермінації та оволодіти різними техніками довільного регулювання власного психоемоційного і функціонального станів. Учасниці тренінгу набули певної емоційної стійкості, афективної врівноваженості, впевненості у собі та кращої спроможності контролювати власні емоційні стани і поведінку упродовж вагітності. Помітно знизився рівень особистісної тривожності, схильності до страхів, постійних самодокорів і сумнівів, підвищилася активність і рішучість, впевненість у значущості свого покликання. Тривожно-фрустраційні та підвищено невротичні модальності їхньої афективності істотно зменшилися, поступившись місцем адекватнішому й ефективнішому оцінюванню та самооцінюванню на психоемоційному і когнітивному рівнях цього складного етапу актуалгенезу, який називається пізньою вагітністю.

Слід відзначити, що крім несприятливих психоемоційних станів, яких хотілося позбутися внаслідок участі у Т-групі, значна кількість вагітних жінок

відзначала появу позитивних афективних переживань, зокрема найвищим апофезом майбутнього материнства називалися моменти одухотвореного трепету, замилюваного захоплення (іноді аж до екстазу), незвідані містичні переживання, божественне просвітлення, глибинні інтимні самоодкровення та інші високодуховні інсайти.

Висновки до третього розділу

1. Розроблена програма ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу з вагітними жінками різного віку базувалася на сутнісних засадах ревіталізації як надання різнобічної психологічної допомоги особистості. Ревіталізація передбачає підсилення психофізичних і соціальних процесів самовідновлення особистості і як системно організований психологічний процес стимулює насамперед її вихід зі станів психоемоційної пригніченості і вигорання. Ревіталізаційні зусилля спрямовані на особистісне урухомлення й пожвавлення, тобто на зменшення впливу негативних психостанів. Програма тренінгу була спрямована на покращання стану справ насамперед у таких напрямках: 1) зниження тривожно-песимістичних психологічних проблем; 2) зниження кількості і щільності впливу фрустраційно-депресивних маркерів світобачення; 3) вироблення саморегуляційних навичок щодо зниження невротизації упродовж вагітності.

Тренінгові заняття були розбиті в залежності від змістово-функціональної спрямованості підібраних вправ і технік на три основні блоки: перший блок містив психотехніки, спрямовані на зниження різномодальної тривожності; другий блок включав інтерактивні вправи і техніки, спрямовані на зняття фрустрованості; третій блок концентрував вправи, спрямовані на зниження і нейтралізацію у вагітних учасниць тренінгу особистісної невротизації.

Постійно залучалася техніка активного слухання, а також активно застосовувався метод гапнотомії як погладжування живота і перестукування з майбутньою дитиною. Важливим компонентом тренінгових занять були

дихальні і психотілесні практики в роботі з вагітними, а також сонатал як результативний метод музичного супроводу вагітності й оздоровлення майбутньої дитини. Було використано принцип психофонії, пренатального співу як позитивного впливу вокалізу (співу без слів лише завдяки голосним звукам) на забезпечення афективної гармонії між матір'ю і дитиною та для зняття негативних психоемоційних впливів і станів. Загалом, медіально-рефлексійний тренінг, маючи у своїй визначальній сутності ревіталізаційну спрямованість, був зосереджений на знятті тривоги, страху і занепокоєння в учасниць Т-групи як упродовж перебігу вагітності, так і в постнатальний період та в подальшій життєдіяльності.

2. Перебіг формувального експерименту відбувався триетапно (підготовчий, основний і завершальний) та підпорядковувався всім нормам і вимогам, що ставляться до проведення такого роду досліджень.

Результати виконання експериментальних завдань досліджуваними вагітними жінками з ЕГ (за методикою «САН» (самопочуття, активність, настрій)) засвідчили оптимізацію сприятливої настроєвої гами (показник «настрій»), загальну психомоторну, соціальну, поведінкову активізацію (показник «активність»), які посприяли помітному збалансуванню афективності учасниць Т-групи, а також знизили тривогу, фрустрацію та підвищили невротизацію. Доказом результативності формувального впливу виступило те, що після участі у тренінговій групі у вагітних жінок помітно зросла якраз активність.

Результати виконання експериментальних завдань методики «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк) досліджуваними з ЕГ після здійснення формувального впливу дозволили констатувати деяке спадання в учасниць тренінгу тривожності і фрустрації, а також дуже неістотне зменшення ригідності та зростання показника «агресія». Зростання агресивності пояснюємо як стимулювання життєво-захисної позиції щодо виношування потомства та спроможності дати відсіч (здебільшого вербальну) всім

негараздам матеріально-побутового і соціально-комунікативного планів, які супроводжують перебіг пізньої вагітності.

Результати проведення «Методики визначення тривожності» (Дж. Тейлор) зафіксували зменшення кількості учасниць тренінгу з показником «високий рівень тривожності» та показником «вище середнього рівень тривожності» (сумарно досліджуваних із цими несприятливо високими рівнями тривожності стало на 22 % менше). Дещо збільшилася кількість учасниць тренінгу з низьким і нижче середнього рівнями тривожності, а також понад удвічі більше стало вагітних жінок із середнім рівнем тривожності. Зауважуємо, що внаслідок задіяння формувальних тренінгових впливів зросла частка досліджуваних з низькою тривожністю і зменшилася кількість високотривожних осіб.

Результати виконання експериментальних завдань «Шкали особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер) досліджуваними з ЕГ після здійснення формувального впливу засвідчили помітне спадання високого рівня тривожності і збільшення кількості досліджуваних із середнім і низьким рівнями тривожності.

Результати виконання експериментальних завдань «Методики діагностики рівня соціальної фрустрованості» (Л. Вассерман (модифікація В. Бойка)) після здійснення формувального впливу дали змогу констатувати динаміку змін щодо впливу фрустрації, на жінок, які завагітніли після 35 років. Перебіг пізньої вагітності відбувається здебільшого у потужному силовому тривожно-фрустраційному полі, однак вдалося дещо знизити його негативний тиск на учасниць Т-групи. Сумарно констатовано деяке зменшення кількості вагітних учасниць тренінгу з високими рівнями фрустрованості. Дещо знизився помірний рівень і зріс невизначений рівень фрустрованості. По суті, вдалося зняти гострий фрустраційний вплив та перевести його у деяку невизначеність, тобто позбавитися фрустрації у повній мірі, нейтралізувати її остаточно видається вкрай складною медико-психологічною проблемою.

Результати виконання експериментальних завдань вагітними учасницями Т-групи за «Методикою експрес-діагностики неврозу» (за К. Хеком – Х. Хессом) дали підстави стверджувати про тенденцію до помітного зменшення кількості досліджуваних, які відчувають вплив неврозу.

Результати виконання експериментальних завдань вагітними жінками з ЕГ за «Методикою діагностики рівня невротизації» (Л. Вассерман) після здійснення формувального впливу дозволили з'ясувати спадання кількості досліджуваних з високим рівнем невротизації та зростання кількості із середнім і низьким рівнями невротизації. Встановлено, що навіть відносно помірний тривожно-фрустраційний фон виступає негативним чинником невротизації жінок з пізньою вагітністю.

Результати виконання експериментальних завдань за «Опитувальником нервово-психічної напруги (НПН)» (Т.А. Немчин) досліджуваними з ЕГ після здійснення формувального впливу дали підстави констатувати істотне зниження надмірного «екстенсивного» нервово-психічного напруження в жінок з пізньою вагітністю, які взяли участь у тренінгу, та збільшення кількості досліджуваних зі слабким і помірним нервово-психічним напруженням.

Результати виконання експериментальних завдань за «Методикою визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета «Прогноз»))» (за В. Бодровим)) досліджуваними з ЕГ після здійснення формувального впливу дали змогу встановити певне зниження незадовільної нервово-психічної стійкості особистості та деяке збільшення досліджуваних з високою нервово-психічною стійкістю.

Отримані результати за «Методикою дослідження мотивів збереження вагітності» (Л.Н. Рабовалюк) дали підстави встановити позитивні зміни, які відбулися внаслідок участі досліджуваних у роботі медіально-рефлексійного тренінгу, зокрема вдалося загалом констатувати сприятливіше психологічне ставлення жінок з пізньою вагітністю як до стану вагітності, так і до перспектив народження дитини і майбутнього материнства.

Результати виконання експериментальних завдань за «Тестом ставлень вагітної» (І.В. Добряков) досліджуваними з ЕГ після здійснення формувального впливу дали змогу стверджувати про певне збільшення кількості досліджуваних з оптимальним типом гестаційної домінанти і зниження на 11,1 % кількості учасниць Т-групи з тривожним типом гестаційної домінанти, що загалом підтверджує позитивні наслідки тренінгової роботи в медіально-рефлексійному напрямку. Дещо зменшилася кількість досліджуваних, що віддавали перевагу депресивному типу гестаційної домінанти і відбулося певне неістотне збільшення кількості учасниць тренінгу з ейфорійним типом гестаційної домінанти.

Результати проведення проєктивної методики Г.Г. Філіпової «Я і моя дитина» дали підстави відзначити, що після формувального впливу в досліджуваних з ЕГ відбулися певні позитивні зміни у психоемоційній сфері. Встановлено загальне зниження симптоматики тривожності і фрустрованості в жінок з пізньою вагітністю, які брали участь у тренінгу.

Відзначимо, що в досліджуваних вагітних жінок з КГ істотних статистичних змін за результатами проведення всіх названих методик не виявлено.

Загалом, унаслідок здійснення формувального впливу вдалося досягнути позитивних результатів щодо зниження тривожності, фрустрованості, невротизації та інших негативних психостанів у досліджуваних жінок з пізньою вагітністю.

Основні результати дослідження, здійсненого у третьому розділі, опубліковано в таких працях авторки [99; 100; 111].

ВИСНОВКИ

Узагальнення отриманих у дисертаційній роботі теоретико-емпіричних результатів дало підстави зробити такі висновки :

1. 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 статеворольової структури жіночої тілесної ідентичності. Несподівана, незапланована, пізня вагітність, різномодальні побоювання й острахи 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.

2. Емпіричне вивчення психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку відбувалося завдяки залученню пакету валідного психодіагностичного інструментарію на складноструктурованій репрезентативній вибірці – всі досліджувані були жінками фертильного віку, які перебували на різних стадіях вагітності, мали різний досвід народжуваності дітей або не були вагітними. Концептуально-теоретичним підґрунтям виступило врахування вагітності як особливого психофізичного стану, який у континуумі «здоров'я-хвороба», по суті, є проявом специфічного третього стану, ускладненого численними афективними випробуваннями і переживаннями.

На підставі результатів факторного аналізу виконання психодіагностичних методик *вагітними жінками* виокремилися такі фактори : F 1 «тривожно-песимістична готовність до материнства», F 2 «тривожно-фрустроване самопочуття через матеріальні труднощі очікування народження дитини», F 3 «тривожно-невротичне негативно-звинувачувальне переживання вагітності», F 4 «надмірне нервово-психічне напруження вагітних як спосіб утримання чоловіка в шлюбі». Факторний профіль *не вагітних жінок*, які відвідують жіночі консультації при пологових клінічних будинках, такий : F 1 «помірно тривожне нервово-психічне напруження», F 2 «задовільне нервово-стійке самопочуття», F 3 «оптимально активна соціальна спрямованість», F 4 «ейфорійно-агресивні маніпулятивні тенденції». Результати констатувального експерименту дали змогу встановити низку специфічних афективних психостанів, притаманних вагітним жінкам, зокрема підвищену тривожність і фрустрованість як основних детермінант високого рівня невротизації.

3. Результати порівняльного аналізу за критерієм «вік : звичайна вагітність – пізня вагітність» дозволили констатувати низку відмінностей у прояві тривожності, фрустрованості і невротизації в досліджуваних та вивести узагальнене уявлення про особливості їхнього психоемоційного портрету. В жінок з пізньою вагітністю істотно вищий рівень тривожності і соціальної фрустрованості, зокрема понад половина досліджуваних з пізньою вагітністю демонструє високий рівень тривожності і майже половина проявляє високу і дуже високу фрустрованість. Більшості з них притаманні високий рівень невротизації та екстенсивна (надмірна) нервово-психічна напруга, їм характерні афективні тривожно-песимістичні тенденції та тривожний тип гестаційної домінанти. Понад половина жінок з пізньою вагітністю проявляє незадовільну нервово-психічну стійкість, а загальний скринінг неврозу засвідчив, що у жінок зі звичайною вагітністю він понад у три рази нижчий, ніж у жінок, які завагітніли після тридцяти п'яти років. Встановлено спільну високу схильність вагітних жінок різного віку до певної маніпулятивності станом вагітності, появою майбутньої дитини як способами збереження взаємин та утримання чоловіка в сім'ї.

4. Розроблена, апробована і запроваджена в ревіталізаційну практику клінічних та освітніх установ програма медіально-рефлексійного тренінгу була спрямована на надання різнобічної психологічної допомоги вагітним жінкам різного віку, зокрема для оптимізації їхнього афективного розвитку. Ключовими умовами ревіталізаційної тренінгової діяльності були опора на гуманістичні й генезисні принципи психологічної підтримки жінок зі звичайною та пізньою вагітністю, а також вчинення спрямованого і виваженого фахового впливу на вироблення в них навичок до самоосмислення, самоактивізації та оптимізації мотиваційних, емоційно-оцінювальних і когнітивних поведінкових тактик і стратегій. Тренінгові вправи і техніки були зорієнтовані на гармонізацію особистісної афективності у вагітних учасниць Т-групи, зокрема на зниження різномодальної тривожності, зняття підвищеної фрустрованості, зниження невротизації тощо. Серед інтерактивних

психомоторних компонентів тренінгових вправ активно застосовувалася гапнотомія як погладжування живота і перестукування з майбутньою дитиною. Важливим компонентом тренінгових занять були дихальні і психотілесні практики в роботі з вагітними, насамперед у контексті зняття негативної афективності і підготовки до пологів. Було задіяно сонатал як результативний метод музичного супроводу вагітності й оздоровлення майбутньої дитини, а також активно застосовувалася психофонія, пренатальний спів як позитивний вплив вокалізу (співу без слів лише завдяки голосним звукам) на забезпечення афективної гармонії між матір'ю і дитиною та для зняття негативних психоемоційних станів. Основні ревіталізаційні медіально-рефлексійні зусилля були спрямовані на зниження тривожно-песимістичних настроїв, зменшення кількості й інтенсивності впливу фрустраційно-депресивних маркерів світобачення, вироблення саморегуляційних навичок щодо зниження невротизації. Отож задіяння ревіталізаційного медіально-рефлексійного тренінгу сприяло активізації складного процесу формування своєрідної «матриці материнства» та стимулювало успішнішу адаптацію жінок до вагітності як майбутнього материнства завдяки засвоєнню нового досвіду спілкування з пренейтом.

Для встановлення психологічних особливостей тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку нами було проведено формувальний експеримент. Усі досліджувані жінки були віком понад 35 років та належали до умовної категорії «пізня вагітність». В основу забезпечення позитивного формувального впливу на досліджуваних ЕГ були покладені функціонально-семантичні блоки розробленого нами медіально-рефлексійного тренінгу. Внаслідок задіяння формувальних впливів, базованих на генетично-психологічних засадах (розвиток-саморух-саморозвиток, міжособистісне партнерське інтерактивно-перцептивне спілкування, ампліфікація як самопідсилення, прогностична рефлексія, активна особистісна самодетермінація тощо), зросла частка досліджуваних з низькою тривожністю і зменшилася кількість високотривожних осіб, відбулося зниження відчуття

ними соціальної фрустрації. Загалом, в учасниць Т-групи відбулося підвищення нервово-психічної стійкості, а також вдалося досить істотно зняти тривожно-фрустраційно-невротичну скутість та оптимізувати функціонування їхньої афективності на рівні як активнішої рухової щільності, так і загального позитивнішого самоприйняття і хорошого настрою.

Перспективи майбутніх досліджень вбачаємо у проведенні крос-культурних досліджень з метою встановлення впливу ментальних і ентопсихологічних чинників на позитивне ставлення до вагітності в сучасних жінок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаева И. В. Смысловой аспект познавательной фрустрации подростков. *Вестник Северо-Осетинского государственного университета имени К. Л. Хетагурова*. 2010. № 4. С. 44–48.
2. Аболин Л. М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Изд-во КазГУ, 1987. 320 с.
3. Абрамченко В. В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. 350 с.
4. Абрамченко В. В. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности. *Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции по перинатальной психологии*. Санкт-Петербург, 2001. С. 24–28.
5. Азизова Г. Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности. *Медицина и здравоохранение: материалы II Международной научной конференции* (г. Уфа, май 2014 г.). Уфа : Лето, 2014. С. 21–25.
6. Анищенко О. О. Реферативний аналіз проблеми вивчення впливу психоемоційних факторів на перебіг вагітності при невиношуванні. VI Международная научно-практическая конференция "Спецпроект: анализ научных исследований". 2011. URL: <http://confcontact.com/node/128> (дата обращения : 10.04.2019)
7. Артюхова Т. Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Новосибирск, 2000. 197 с.
8. Астапов В. М. Тревожность у детей. Москва : ПЕРСЭ, 2008. 160 с.
9. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. *Тревога и тревожность: хрестоматия* / Сост. и общая редакция В. М. Астапова. Москва: ПЕР СЭ, 2008. С. 151–160.

10. Астахов В. М. Вагітність і пологи у жінок з психоемоційним стресом (профілактика, лікування фетоплацентарної недостатності та ускладнень пологів) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. Київ. 1998. 38 с.
11. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Девіантне материнство як клінікопсихологічна проблема. *Здоровье женщины*. 2009. № 7 (43). С. 197-200.
12. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка. *Синапс*. 1993. № 4. С. 23-25.
13. Баранов И. Поздняя беременность. URL: <http://www.7ya.ru/article/Pozdnyaya-beremennost/> (дата обращения: 20.03.17)
14. Баркер Р. Фрустрация, конфликт, защита. *Вопросы психологии*. 1991. № 6. С. 69–82.
15. Батуев А. С. Возникновение психики в дородовый период: краткий обзор современных исследований. *Психологический журнал*. 2000. Т. 21. № 6. С. 51–56.
16. Белов В. Г., Парфенов Ю. А., Малинина Н. С. Фрустрация как предиктор девиантного поведения у подростков. *Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафа*. Санкт-Петербург : НГУ им. П.Ф. Лесгафа. 2011. Т. 81. № 11. С. 26–31.
17. Березин. Ф. Б. Фрустрационная интолерантность и реализованная лабильность. URL: <http://berezin-fb.su/> (дата обращения: 10.04.2019).
18. Белавіна Т. І., Слободченко Л. Особливості психічного стану жінки під час вагітності. *Наукові студії із соціальної та політичної психології: зб. статей*. Київ: Ін-т соціальної та політичної психології, 2005. Вип. 11(14). С. 122–132.
19. Божок Н. О. Вплив самооцінки на розвиток високої фрустраційної толерантності у студентів. *Теоретико-методологічні основи професійної*

- підготовки педагога : зб. наук. пр. / за ред. Н. Скотної, М. Чепіль. Дрогобич, 2013. С. 100–106.*
20. Божок Н. О. Психологічний аналіз дослідження фрустраційної толерантності в студентському віці. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки : зб. наук. пр. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 28 (52). С. 178–186.*
21. Божок О. О. Емпіричне дослідження соціальних та психологічних детермінант виникнення фрустрації у період дорослішання. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Філософія. Психологія. Педагогіка : зб. наук. пр. Київ: Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут». 2010. № 1 (28). С. 74–76.*
22. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. 472 с.
23. Большаков В. Ю. Психотренинг. Социодинамика, игры и упражнения. Санкт-Петербург: Светоч, 1994. 316 с.
24. Большакова А. М. Екзистенційна фрустрація та суб'єктивна картина життєвого шляху особистості. *Вісник Харківського нац. пед. ун-ту ім. Г. С. Сковороди. Серія: Психологія : зб. наук. пр. Харківський нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2008. Вип. 28. С. 11–23.*
25. Большакова А. Н. Фрустрационная толерантность как составляющая психологической готовности пожарных к профессиональной деятельности в критических условиях: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Харьков, 2000. 191 с.
26. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика. Киев: Укртехпресс, 1997. 215 с.
27. Боровикова Н. В. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин. *Вестник Балтийской академии. 1998. Вып. 15. С. 81–86.*
28. Боровикова Н. В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: автореф. дис. на соискание уч. степени

- канд. психол. наук: спец. 19.00.13 “Психология развития, акмеология”. Москва. 1998. 25 с.
- 29.Боровикова Н. В. Психологическая помощь беременным / Н. В. Боровикова, С. Т. Посохова. URL: <http://www.rusmedserv.com/psychpregn/psuort.html> (дата обращения: 10.04.2019).
- 30.Бринза І. В., Шевченко В. А. Фрустрації реакції студентів-спортсменів, схильних до агресивності і тривожності. *Наука і освіта*. 2008. № 4/5. С. 4–6.
- 31.Брутман В. И., Панкратова М. Г., Ениколопов С. В. Нежеланная беременность жертв сексуального насилия (психолого-психиатрические аспекты). *Вопросы психологии*. 1995. № 1. С. 33–40.
- 32.Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности. *Вопросы психологии*. 1997. № 6. С. 38–47.
- 33.Брутман В., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. *Вопросы психологии*. 2002. № 1. С. 59–68.
- 34.Булах І. С., Бушанська Л. П. До постулату розробки критеріїв та рівнів фрустрації підлітків. *Психологія: зб. наук. праць*. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 1998. Вип.1. С. 92–95.
- 35.Булах І. С., Бушанська Л. П. Базові та ситуативні детермінанти фрустрації підлітків. *Психологія: зб. наук. праць*. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 1998. Вип. 1. С. 84–91.
- 36.Вагина М. В. Реакция на фрустрацию у сотрудников ОВД. *Проблемы современной науки*. 2013. Т. 1. № 5. С. 135–141.
- 37.Ваніна Л. В. Уявна вагітність. *Журнал Здоров'я*. № 78/11. URL: <http://bibliograph.com.ua/453/14.htm> (дата обращения: 23.03.16).
- 38.Василенко Т. Д. Ившина М. Е. Особенности системы ролей беременной женщины, ожидающей первого ребенка. *Медицинская психология в*

России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 23.03.16).

39. Васильева Е. В. Особенности структуры идентичности первородящих женщин с различным материнским отношением: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. психол. наук: 19.00.05 “Социальная психология”. Саратовский гос. ун-т им. Н. Г.Чернышевского. Саратов, 2009. 20 с.
40. Василюк Ф. Е. Методологический анализ в психологии. — М.: Смысл, МГППУ, 2003. 275 с.
41. Василюк Ф. Е. Психология переживания. *Анализ преодоления критических ситуаций*: монография. Москва: Из-во Московского университета, 1984. 200 с.
42. Василюк Ф. Е. Типология переживания различных критических ситуаций. *Психологический журнал*. 1995. № 5. С. 104-114.
43. Вассерман Л. И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 1995. № 2. С. 73–79.
44. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Москва: Ось-89, 1999. 176 с.
45. Виноградова М. Г., Рыжов А. Л. Метод качественного анализа в работе с тестом рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. *Сибирский психологический журнал*. № 42. 2011. С. 29 – 41.
46. Вишневская Е. Е. Влияние психического состояния беременной на развитие раннего токсикоза. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015. Т. LXIII, № 2. С. 78–83.
47. Вовк А. О. Екзистенціальна фрустрація та спрямованість особистості. *Педагогіка та психологія професійної освіти*. 2002. № 2. С. 147–155.
48. Вовк М. В. Психологічні детермінанти переживань фрустраційних ситуацій у юнацькому віці. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки : зб. наук.праць*.

- Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. № 26 (50). Ч. 1. С. 202 – 207.
- 49.Вовк А. О. Психологічні чинники екзистенціальної фрустрації особистості: дис.. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Львів : Львівський національний університет імені Івана Франка, 2006. 252 с.
- 50.Вовк М. В. Специфіка психологічних наслідків переживань фрустраційних ситуацій у сучасного студентства. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент* : зб. наук. пр. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. Вип. 6. С. 197–207.
- 51.Вознесенская Е. Л., Голубева Е. Беременность и роды как экзистенциальное событие в жизни семьи. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. статей. Київ : Міленіум, 2005. Вип. 11(14). С. 91–103.
- 52.Возняк А. Фрустраційні страни старшокласників як психолого-педагогічна проблема. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2005. Вип. 244. Педагогіка та психологія. С. 16–19.
- 53.Гаєвська Г. В. Медико-психологічний супровід вагітних жінок групи ризику (на прикладі осіб пізнього репродуктивного віку) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 19.00.04 . Київ, 2012. 19 с.
- 54.Голубев М. В. Страхы беременных. *9 месяцев*. 2005. № 2. URL: http://therapeutic.ru/pregnancy_fear (дата обращения: 28.03.16).
- 55.Горяча Т. С. Психологическая сущность понятия «соматогенная» фрустрация. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*: зб. наук.пр. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. Вип. 11 (35). С. 84 – 89.
- 56.Гошовська Д., Гошовський Я. Поведінкові стратегії депривованої дитини в контексті втраченого родиногенезу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2015. № 1 (36). С. 94–101.

57. Гошовський Я. Генетична психологія як методологічна парадигма вивчення особистості. *Духовність. Цінності. Психологія* : монографія / гол. ред. М. Ледзінська, І. Філіппова. Луцьк: Волиньполіграф, 2018. С. 13–20.
58. Гошовський Я. Медіально-рефлексійний тренінговий підхід у контексті ресоціалізації депривованої особистості. *Збірник наукових праць: Актуальні проблеми психології: Етнічна психологія. Історична психологія. Психолінгвістика* / за ред. С.Д. Максименка М.-Л. Чепи. Київ: ДП „Інформаційно-аналітичне агентство”, 2009. Том IX, частина 4. С. 134–144.
59. Гошовський Я. О. Психолого-педагогічні основи ресоціалізації депривованих підлітків : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора психол. наук : 19.00.07. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2009. 36 с.
60. Гошовський Я. Ревіталізація психогенези депривованої особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Луганськ : Вид-во «Ноулідж», 2014. № 2 (34). С. 101–108.
61. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія. Дрогобич: Коло, 2008. 480 с.
62. Даниленко Н. Формування психологічної готовності жінки до материнства : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.04 “Медична психологія”. Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2007. 19 с.
63. Данилова Е. Е. Детский тест «рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга. *Практическое руководство*. Москва: Московский городской психолого-медико-социальный центр, 1997. 102 с.
64. Данилова Е. Е. Методика изучения фрустрационных реакций у детей. *Иностранная психология*. 1996. № 6. С. 69–81.

65. Дармостук Н. В. Проблемы психологической подготовки женщины к осознанному материнству. *Медицинская психология*. 2008. Том 3, № 4. С. 27–30.
66. Дармостук Н. В. Ранние семейные особенности формирования психологической готовности к материнству. *Здоров'я жінки*. 2010. № 7 (53). С. 228–230.
67. Дармостук Н. В. Статеворольові чинники формування психологічної готовності до материнства: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 "Загальна психологія, історія психології". Харківський національний ун-т. Харків, 2011. 23 с.
68. Дегтярьов Д. Психологічний аналіз особливостей реагування підлітків у ситуації фрустрації. *Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість*. Київ: Вид-во Європейського ун-ту, 2004. Т. 2. С. 50–54.
69. Додонов Б. И. Эмоция как ценность. Москва, 1978. 272 с.
70. Дубовицкая Т. Д., Эрбегеева А. Р. Проблема фрустрации у студентов на начальном этапе обучения в вузе. *Высшее образование сегодня*. 2008. № 9. С. 54–57.
71. Дубовицкая Т. Д., Эрбегеева А. Р. Психологическая поддержка студентов в преодолении фрустрации. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. Т. 12. № 5 (2), 2010. С. 414–417.
72. Дьяченко Э. Я. Тренинговое занятие адаптации к состоянию материнства. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 4. С. 27–28.
73. Эйзенберг А., Муркофф Х., Хатавей С. В ожидании ребенка. Москва: ООО «Издательство», 2003. 356 с.
74. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают. *Московский психотерапевтический журнал*. Москва, 1994. № 1. С. 7–47.
75. Эрбегеева А. Р., Дубовицкая Т. Д. Особенности фрустрации и стратегий преодоления у успевающих и неуспевающих студентов. *Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова*.

Кострома: Костромской государственный университет им. Н. А. Некрасова. 2009. № 2. Т. 15. С. 249–254.

76. Ермолаева Л. И. Фрустрация как социально-психологический феномен: автореф. на получение науч. степени канд. психол. наук: 19.00.05. Москва, 1993. 22 с.
77. Ефимова И. В. Коррекционная программа по активации смысло-жизненных ценностей и развитию помогающих отношений у женщин, испытывающих трудности с принятием состояния материнства и жизни ребенка. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 4. С. 29–31.
78. Жарких Н. Г. Особенности коммуникативной компетентности студентов с разными типами реакций в ситуациях фрустрации: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогическая психология». Москва, 2010. 20 с.
79. Жук С. І., Щуревська О. Д., Вітер В. П. Психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури). *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2011. Т. 1. № 2. С. 132–136.
80. Завилянская Л. И., Блейхер В. М. Тренировка фрустрационной толерантности в реабилитации больных неврозами. Львов: Вища школа, 1975. 236 с.
81. Зайцев Ю. А., Хван А. А. Тревожность в подростковом и раннем юношеском возрасте. Кемерово: Кузбасская государственная педагогическая академия, 2006. 112 с.
82. Залевский Г. В., Мамышева Н. Л., Шелехов И. Л. Исследование сюжетного содержания сновидений беременных женщин. *Сибирский психологический журнал*. 2004. № 20. С. 105–108.
83. Зотова Л. Э. Вопрос соотношения фрустрации и агрессии в отечественной (Н. Д. Левитов) и зарубежной психологии. *Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки»*. 2007. № 2. С. 7–11.

84. Изард К. Психология эмоций / пер. с англ. В. Мисник, А. Татылбаева. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 460 с.
85. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 782 с.
86. Истратова О. Н., Картавенко М. В. Личностные особенности студентов вузов, с различным типом реагирования во фрустрирующих ситуациях. *Известия Южного федерального университета. Технические науки*. 2005. Т. 49. № 5. С. 89–97.
87. Іщенко І. В. Вагітність і пологи у жінок, які працюють з персональними комп'ютерами : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Київ, 2000. 178 с.
88. Калюжна Є. М. Психологічні механізми особистісної тривожності у підліткового віці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2008. 29 с.
89. Кантин О. М. Як завагітніти після 35? URL: https://z5h64q92x9.net/proxy_u/ru-uk.uk/www.7ya.ru/article/Kak-zaberemenet-posle-35-let/. (дата звернення 20.03.17)
90. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. Владивосток: Из-во Дальневосточного университета, 1990. 144 с.
91. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Состояние фрустрации. *Психические состояния: хрестоматия* / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. Санкт-Петербург: Питер, 2000. С. 388–393.
92. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: монография. Москва: Наука, 1983. 368 с.
93. Климова А. А. Трансактная версия фрустрационного теста С. Розенцвейга как техника диагностики личности. *Перспективы науки*. 2010. № 3. С. 24–29.
94. Коваленко Н. П., Смагин С. Ф. Нервно-психические расстройства у женщин до и после родов. *Сборник материалов конференции по перинатальной психологии*. – Санкт-Петербург, 2001. С. 173.

95. Колесник О. Б., Хижняк М. В. Структура сомовідношення та фрустраційна толерантність. *Вісник ХНПУ ім. Сковороди. Психологія*. Харків : ХНПУ, 2004. Вип. 13. С. 59–66.
96. Коваль І. А. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфревої*. Вип. 28. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2015. С. 202-211.
97. Колосов Л.Ю. Мамы разные бывают. *Растем вместе*. 2007. № 5. С. 3–5.
98. Коренєва Ю. П. Вікова динаміка сімейної напруженості та дестабілізації шлюбу. *Психогенеза особистості: норма і девіація / за заг. ред. Я. О. Гошовського*. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. С. 129–134.
99. Коренєва Ю. П. Необхідність психолого-педагогічної освіти батьків в сучасному суспільстві. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у XXI ст.»* (29-30 січня 2016 року, м. Львів). С. 33–35.
100. Коренєва Ю. П. Несприятливий сімейний мікроклімат як чинник тривожності, фрустрованості й підвищеної невротизації вагітних жінок. *Arena nauki. Kwartalne międzynarodowe czasopismo naukowe*. 2018. № 1 (4). С. 33–40.
101. Коренєва Ю. П. Особливості психологічного ставлення до материнства у вагітних жінок різного репродуктивного віку: емпіричний ракурс. *Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень»* (16-17 травня 2017 року, м. Луцьк). С. 613 – 615.
102. Коренєва Ю. П. Особливості фрустрації у жінок під час вагітності. *Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Генеза буття особистості»* (20 грудня 2016 року, м. Київ). С.

103. Коренева Ю. П. Психологічне ставлення до материнства в період вагітності. *Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології»* (10-11 листопада 2016 року, м. Глухів). Глухів, 2016. С. 82–86.
104. Коренева Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. № 32. С. 149–161.
105. Коренева Ю. П. Психологічний зміст тривожності у жінок під час вагітності. *Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень»* (17-18 травня 2016 року, м. Луцьк). Т. 1. С. 441–443.
106. Коренева Ю. П. Психологічний стан вагітної жінки. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі»* (2-3 вересня 2016 року, м. Київ). Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології». С. 88–92.
107. Коренева Ю. П. Психологічні аспекти ранньої вагітності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2015. № 3 (38). С. 184–193.
108. Коренева Ю. П. Психологічні особливості перебігу вагітності у пізньому репродуктивному віці: емпіричний ракурс. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. 2017. № 3 (43) березень. С. 259–262.
109. Коренева Ю. П. Психологічні особливості феномену помилкової вагітності. *Психогенеза особистості: норма і девіація* / за заг. ред. Я. О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. С. 98–104.
110. Коренева Ю. П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. *Теоретичні і прикладні проблеми*

психології / за заг. ред. Н.Є. Завацької. Луганськ : Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 2016. № 1 (39). С. 100-109.

111. Коренєва Ю. П. Ускладнені психостани вагітних жінок різного віку: медіально-рефлексійний тренінговий підхід. *Психогенеза особистості: норма і девіація* / за заг. ред. Я.О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2017. С. 87–93.
112. Коренєва Ю. П. Фрустрація і деякі аспекти психологічного здоров'я сім'ї. *Психогенеза особистості: норма і девіація* / за заг. ред. Я. О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2018. С. 111–115.
113. Котова С. А. Проблемы социального развития детей в дошкольном возрасте и особенности их реакции на фрустрацию. *Психология образования в поликультурном пространстве*. 2011. № 13. Т.1. С. 67–76.
114. Кочарян А. С. Особенности структуры материнства у беременных женщин с разным типом пороловой идентичности. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2010. № 902. Вип. 43. С. 104–107.
115. Кравчук С. Л. Статеві відмінності в особливостях фрустрації як психічного стану особистості. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: зб. наук. праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. № 20 (44). С. 59–63.
116. Креч Д., Кратчфилд Р., Ливсон Н. Фрустрация, конфликт, защита. *Вопросы психологии*. 1991 № 6. С. 76–80.
117. Кузнецова О. В. Типы реакций на фрустрирующие ситуации при разном уровне личностной тревожности. *Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова*. Кострома: Костромской государственной университет им. Н. А. Некрасова. 2007. № 2. С. 114–118.

118. Кузнєцова Л. М. Особливості психічного стану фрустрації у підлітків з акцентуаціями характеру. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2010. Вип. 8. С. 531–546.
119. Кузнєцова Л. М. Психологічний супровід зі зниження фрустрації у підлітків з акцентуаціями характеру. *Проблеми сучасної педагогічної освіти: зб. наук. праць* / МОНМС України, МОНМС АРК, РВНЗ КГУ (м. Ялта); ред. О. В. Глузман. Вип. 37, ч. 1: Серія: Педагогіка і психологія. Ялта: РВВ КГУ, 2012. С. 212–218.
120. Кулєшова К.В. Эмоциональные состояния беременных женщин. *Психология и психотехника*. 2011. № 11. С. 64-73.
121. Ласая Е. В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных. *Медицинские новости*. 2003. № 5. С. 3–7.
122. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. Москва: Просвещение, 1964. 360 с.
123. Левитов Н. Д. Фрустрация как один из видов психических состояний. *Вопросы психологии*. 1967. № 6. С. 118–129.
124. Леонгард К. Акцентуированные личности / пер. с нем. В. М. Лещинский. Ростов на Дону: Феникс, 1997. 544 с.
125. Леус Т. В. Представление женщины о себе как о матери до и после родов. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2006. № 1. С. 114–122.
126. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. Москва: ЭКСМО-Пресс, 1999. 416 с.
127. Лоули Д., Максвелл А. Факторный анализ как статистический метод. Москва: Мир, 1967. 144 с.
128. Лубовский Д. В. О применении теста фрустрации Розенцвейга в школьной психодиагностике. *Вопросы психологии*. 1990. № 3. С. 151–154.

129. Лютова Е., Моница Г. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 192 с.
130. Льюис Д. Тренинг эффективного общения. Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. 224 с.
131. Макогончук Є. Медіально-комунікативний тренінг для підлітків-колоністів. *Ревіталізація психогенези депривованої особистості: монографія* / за заг. ред. проф. Я. Гошовського. Луцьк, 2015. С. 419–440.
132. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : КММ, 2011. 184 с.
133. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості : монографія / Сергій Дмитрович Максименко. Київ: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. – 240 с.
134. Мамышева Н. Л., Шелехов И. Л. Материнство в зеркале невротического конфликта. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2005. Выпуск 1 (45). Серия: Психология. С. 91–94.
135. Маслюк А. М. Психологія травми: практичний аспект. *Освіта та розвиток обдарованої особистості: щомісячний науково-методичний журнал* / гол. ред. Н. Федорова. Київ: Інститут обдарованої дитини, 2015. Вип. 2 (33). С. 72–77.
136. Маслюк А. М. Вплив емоційних станів на розвиток особистості / А. М. Маслюк [Електронний ресурс] / А. М. Маслюк // Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. – № 2 (6). – Вип. 6. – Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2017. – с. 57–69. – Режим доступу до ресурсу: <http://ua.appsyjournal.com/issue/2-6/>
137. Мэй Р. Проблема тревожности. Москва: Эксмо-Пресс, 2001. 431 с.
138. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству. *Вопросы психологии*. 2000. № 5. С. 18–27.

139. Мкртчян М. А. Проблема фрустрации и защитные механизмы личности. *Психология состояний: монография* / ред. А. О. Прохоров. Санкт-Петербург: Речь, 2004. С. 416 – 422.
140. Морозюк С. Н. Саногенная рефлексия, акцентуации характера и эффективность учебной деятельности. Московский институт медико-социальной реабилитологии, Волгоградский гос. технический ун-т. Москва, 2000. 256 с.
141. Москалец В. П., Гасюк М. Б., Ишук О. Ю., Шевчук Г. С. Особливості використання методу проєктивного тематичного малюнка в роботі перинатального психолога при підготовці вагітних до пологів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 12. С. 38–45.
142. Мудрак І. Психологічні особливості прояву тривожності підлітків-колоністів в умовах комунікативної депривації пенітенціарної установи. *Aktualne problem w wspolczesnej nauki : zbior raportow naukowych* (28.06.2013-30.06.2013). Warszawa : Wydawca: Sp. z o.o. „Diamond training tour”, 2013. S. 84-88.
143. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Ленинград: Издательство Ленинградского университета, 1960. 423 с.
144. Наенко Н. И. Психическая напряженность. Москва: Издательство Московского университета, 1976. 112 с.
145. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. Москва : Эксмо, 2010. 368 с.
146. Наследов А. Д. SPSS 19. Профессиональный статистический анализ данных. Санкт-Петербург: Питер, 2011. 400 с.
147. Некряч О. Особливості фрустраційних реакцій у дітей, що виховуються в різних умовах мікросоціуму. *Актуальні проблеми практичної психології: зб. наук. пр.* Всеукр. наук.-практ. конф., 18-19 квіт. 2006 р. Херсон, 2006. С. 322–324.
148. Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения: монография. Ленинград: Из-во Ленинградского университета, 1983. 167 с.

149. Нечаева М. А. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье-болезнь» и внутренняя картина беременности. *Проблемы медицинской науки, технологии и профессионального образования : материалы V Уральской научно-практ. конф.* Челябинск, 2003. Вып. 5. С. 156–159.
150. Остополець І. Ю. Діагностика та психокорекція професійних фрустрацій вчителя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Східноукраїнський національний ун-т. ім. В. Даля. Слов'янський державний педагогічний ун-т. Луганськ, 2003. 230 с.
151. Остополець І. Ю. Професійні фрустрації вчителя як психологічна проблема. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія.* Харків: Харківський нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, 2004. Вип. 12. С. 116–124.
152. Паниотто В. И., Максименко В. С. Количественные методы в социологических исследованиях. Київ: Наукова думка, 1982. 272 с.
153. Плотичер А. И. Некоторые соображения по вопросу фрустрации. *Вопросы психологии.* 1969. № 2. С. 137–141.
154. Плотникова Н. Н. Фрустрации младших школьников в учебных ситуациях и способы их преодоления: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогическая психология». Москва, 2006. 20 с.
155. Погорелова Е. И. Тревога как фактор развития личности: на примере преодоления экстремальных ситуаций: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук: 19.00.13 „Психология развития, акмеология”. Ставрополь: Сев.-Кавказ. государственный техн. университет, 2002. 19 с.
156. Поздняк _____ беременность. URL _____ : <http://medportal.ru/enc/gynaecology/reading/10/> _____ (дата звернення 10.04.2019).
157. Потапчук Є. М., Посвістак О. А. Вплив постмодернізму на психологічні підходи до вивчення сім'ї. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».* Вип. 1, Т. 2. 2016. С. 90–95.

158. Потапчук Є. Особливості формування продуктивного мислення у майбутніх сімейних психологів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологічні науки»* / гол. ред. О. Ф. Волобуєва. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2017. № 3(8). С. 170–181.
159. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / ред. сост. Д. Я. Райгородский. Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. 272 с.
160. Прахова С. А. Психологічна природа, зміст та структура феномену фрустрації. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2015. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, вип. 13. С. 207–216.
161. Прихожан А. М. Изучение тревожности как переживания в контексте культурно-исторической концепции. *Вестник Российского государственного гуманитарного университета*. 2006. № 1. С. 99–115.
162. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 192 с.
163. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Москва–Воронеж, 2000. 304 с.
164. Пріб Г. А. Фрустрація як чинник соціальної дезадаптації у пацієнтів з психічними розладами. *Сучасні аспекти лікування психічних розладів*. Наук-практ. конф. з міжнар. участю : 26-27 жовтня 2007 р. Чернівці, 2007. С. 110–113.
165. Прохоров А. О. Психология неравновесных состояний. *Психические состояния: монография* / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. Санкт-Петербург : Питер, 2000. С. 83–91.
166. Прохоров А. О. Смысловая регуляция психических состояний. *Психологический журнал*. 2009. Том 30. № 2. С. 5–17.

167. Психологический тренинг в группе: игры и упражнения: учебное пособие / авт.-сост. Т. Л. Бука, М. Л. Митрофанова. Москва: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 128 с.
168. Психология и психоанализ беременности: учебное пособие по психологии материнства / под ред. Д. Я. Райгородский. Самара: Изд. Дом БАХРАХ-М, 2003. 784 с.
169. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин: клиническое руководство / под ред. Б. В. Михайлова, И. А. Бабюка. Донецк–Харьков: Профи-Донетчина, 2003. 283 с.
170. 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.
171. Ревіталізація психогенези депривованої особистості: монографія / за заг. ред. проф. Я. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. С.6-9.
172. Романий І. Страхі во время беременности. URL: <http://beremennost.net/strakhi-vo-vremya-beremennosti> (дата обращения: 28.03.16.).
173. Рудина Л. М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности: автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. психол. наук: 19.00.01 “Общая психология, психология личности, история психологии”. Институт психологии РАН. Москва, 2003. 21 с.
174. Русанова Н. Е., Мишиева Н. Г. Позднее материнство и проблемы воспроизводства населения. *Политика народонаселения: настоящее и будущее. Сборник докладов: кн. 2)* / ред. В. В. Елизаров, В. Н. Архангельский. Москва: МАКС Пресс, 2005. С. 60–65.
175. Селье Г. Стресс без дистресса / пер. на рус. А. Н. Лука, И. С. Хорола. Москва: Прогресс, 1979. 127 с.

176. Семаго Н., Семаго М. Тест «рисуночной фрустрации» С.Розенцвейга. *Школьный психолог*. 1999. № 17. С. 8–9.
177. Собчик Л. Н. Вербальный фрустрационный тест. Санкт-Петербург: Речь, 2002. 24 с.
178. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. *Теория и практика психодиагностики*. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 624 с.
179. Сосновикова Ю. Е. Принципы классификации психических состояний. *Психические состояния* : монография / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. Санкт-Петербург: Питер, 2000. С. 184–189.
180. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. *Тревога и тревожность*: хрестоматия / сост. В.М. Астапов. Санкт-Петербург: Пер Сэ, 2008. С. 85-99.
181. Сюсюка В. Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С.95-98.
182. Тарабрина Н. В. Методика изучения фрустрационных реакций. *Иностранная психология*. 1994. Т. 2. № 2 (4). С. 68–76.
183. Тарабрина Н. В. Экспериментально-психологические и биохимические исследования состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: 19.00.04. Санкт-Петербург. 1973. 19 с.
184. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 272 с.
185. Терентьева В. Б. Фактор фрустрации в коммуникативной динамике образовательного процесса. *Вестник НГАУ*. Новосибирск: Новосибирский государственный аграрный университет. 2005. № 3. С. 139-142.
186. 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.
187. Терських Л. О. Соціальне виховання делінквентів у стані фрустрації методами вербального впливу. *Науковий вісник Львівського юридичного інституту МВС України*. Львів: Львівський юридичний інститут МВС України, 2004. № 1 (1). С. 21–28.
188. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. Київ, 2004.
189. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ: Агропромвидав України, 1998. 348 с.
190. Тревога и тревожность: хрестоматия / сост. и общая редакция В. М. Астапова. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 247 с.
191. Труфанова Н. Г. Физиологическая модель стресса ожидания у женщин. *Вестник РГМУ: Периодический медицинский журнал*. 2010. Специальный выпуск № 2. С. 494.
192. Филимонова А. В. Восприятие феномена тревоги в зависимости от степени фрустрации взаимоотношений с окружающими. *Образование и наука*. 2009. № 6. С. 77–86.
193. Филиппова Г. Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными. URL : <http://www.psymama.ru/articles/f8.html> (дата обращения : 10.04.2019).
194. Филиппова Г. Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. *Сборник научных трудов по материалам II-й Международной конференции* / под ред. И. В. Добрякова. Санкт-Петербург, 2003. С. 34–35.
195. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие. Москва: Изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.
196. Филиппова Г. Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе. *Психология сегодня*. 1996. Вып.3. С. 36–38.

197. Франкл В. Человек в поисках смысла / пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйдмана. Москва: Прогресс, 1990. 366 с.
198. Фрейд З. Психология бессознательного. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 390 с.
199. Фролова О. В. Психологические особенности тревожности в фрустрационных ситуациях и их психологическая коррекция у детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста. *Коррекционная педагогика*. 2007. № 4. С. 65–67.
200. Фромм Э. Бегство от свободы / пер. с англ. Г. Ф. Швейкина, Г. А. Новичковой. Москва: Академический проект, 2008. 254 с.
201. Фрустрация: понятие и диагностика: учеб.-метод. пособие / сост. Л. И. Дементий. Омск : Изд-во ОмГУ, 2004. 68 с.
202. Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів-початківців: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» . Київ, 2010. 20 с.
203. Хащенко Т. Г. Роль фрустрированности и пола партнеров в совместном решении мыслительных задач. *Вопросы психологии*. 1982. № 5. С. 118–122.
204. Холодова О. О. Загальні й особливі прояви фрустрації. *Психологія : зб. наук. пр.* Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2003. Вип. 20. С. 88–94.
205. Холодова О. О. Явище фрустрації в контексті костюківського поняття “внутрішні суперечності”. *Психологія у XXI столітті: перспективи розвитку. VI Костюківські читання (28-29 січня 2003 року)*. У 2-х т. Т. 2. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України, 2003. С. 115 – 117.
206. Холодова О. О. Міфізація та рефлексія як засоби подолання фрустрації . *Міфологічний простір і час у сучасній культурі: матеріали міжнародної наукової конференції 12-13 грудня 2003 року*. Київ, 2003. С. 38–39.

207. Хорни К. Наши внутренние конфликты. *Конструктивная теория невроза* / пер. с англ. В. Светлова. Москва: Академический проект, 2008. 224 с.
208. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Академический проект, 2009. 208 с.
209. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений. 3-е изд., стер. Москва: Издательский центр «Академия», 2006. 208 с.
210. Цимбалюк І. М. Психологічне консультивання та корекція: навчальний посібник. Київ: Професіонал, 2009. 544 с.
211. Чернобровкин В. Н., Чернобровкина В. А. Диагностика фрустрационных реакций педагогов. Киев: НПЦ Перспектива, 2000. 73 с.
212. Чернобровкін В. М. Фрустрованість в контексті індивідуально-типологічних властивостей особистості вчителя. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2000. Т. 2. Ч. 6. С. 238–242.
213. Чумакова Г. Н., Щукина Е. Г., Макарова А. А. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2006. № 1. С. 85.
214. Чшмаритян С. С. Стресс и фрустрация: возрастные аспекты: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: 19.00.07 «Педагогическая психология». Ереван, 1990. 22 с.
215. Шафранская К. Д. Фрустрация при переживании жизненных трудностей. *Ученые записки ЛГУ. Человек и общество*. 1971. Вып. 9. С. 71–78.
216. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня

- канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія. Історія психології». Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2010. 21 с.
217. Шмілик Н. А. Материнство як базова життєва цінність у *мотиваційно-смисловій сфері жінки. Цінності сучасної молоді молоді: психологічний аспект* : [монографія] / Надія Скотна, Зоряна Спринська. Дрогобич: РВВ ДДПУ імені Івана Франка, 2015. С.126-156.
218. Шмуклер А. Б. Психозы беременности: обзор литературы. *Проблемы репродукции*. 1995. № 2. С. 19–22.
219. Юрченко В. М. Психічні стани людини: системний опис: монографія. Рівне: Оперативна поліграфія ПП Самборський І. О., 2006. 574 с.
220. Язвинская Е. С. Методы интегративной телесно-ориентированной психотерапии в работе с фрустрацией и уровнем притязания. *Наука і освіта*. 2007. № 6/7. С. 46–49.
221. Якунин В. А. О связи психических состояний и свойств личности. *Психология состояний: хрестоматія* / ред. А. О. Прохоров. Санкт-Петербург: Речь, 2004. С. 17 –183.
222. Яныкина А. Н. Материнство как кризис идентичности современной женщины. *Альтернативная медицина*. 2006. № 2. С. 15–18.
223. Янгичер Е. В. Использование арттерапии в коррекции эмоциональных отклонений в состоянии фрустрации подростков из социально-неблагополучных групп. *Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки»*. Москва : МГОУ. 2009. № 4. С. 86–92.
224. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. *Методы исследования личности*. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 336 с.
225. Ясточкіна І. А. Психологічні чинники виникнення та корекція особистісної тривожності у ранньому юнацькому віці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 2011. 20 с.

226. Ясюкова Л. Я. Фрустрационный тест Розенцвейга диагностика реакций в ситуациях конфликта: методическое руководство. Санкт-Петербург: ИМАТОН, 2007. 128 с.
227. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
228. Ansel A. Frustration theory: an analysis of dispositional learning and memory . New York : Cambridge University Press, 1992. 276 p.
229. Dill J., Anderson C. Effects of frustration justification on hostile aggression. *Aggressive Behavior*. 1995. Vol. 21. № 5. P. 359–369.
230. Dollard J., Miller N., Doob L., Mowrer O., Sears R. Frustration and Aggression . New Haven : Yale University Press, 1939.
231. Duncan B. The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2002. Vol. 12. P. 10–31.
232. Newton R. W. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weigh. *British medical J*. 1984. V. 288. P. 1191–1194.
233. 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.
234. Rosenzweig S. The Rosenzweig Picture-Frustration Study, Children's Form. In Zubin J, Freedman A.(Eds), *Projective techniques with children* (pp. 149-176). New York: Grune & Stratton ; 1960.
235. Shorkey C., Crocker S. Frustration theory: a source of unifying concepts for generalist practice . *Social Work*. 1981. Vol. 26. № 5. P. 374–379.
236. Spielberger C.D. State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1989. 16 p.
237. Winefield H. Anger Expression in the Picture-Frustration Study Under Stressful Conditions. *Journal of Personality Assessment*. 1981. Vol. 45. № 4. P. 370–379.

ДОДАТОК А

**ЗРАЗКИ ОКРЕМИХ МЕТОДИК З УКЛАДЕНОГО
ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ПАКЕТУ**

Методика САН (самопочуття, активність, настрої)

Інструкція: Перед тобою шкала протилежних якостей. Оціни, будь ласка, свій стан протягом дня (з ранку до моменту перевірки), вибравши бал, який найбільшою мірою відображає співвідношення між двома протилежними якостями:

1. Добре самопочуття	5	4	3	2	1	погане самопочуття
2. Сильний	5	4	3	2	1	слабкий
3. Активний	5	4	3	2	1	пасивний
4. Рухливий	5	4	3	2	1	малорухливий
5. Веселий	5	4	3	2	1	сумний
6. Гарний настрої	5	4	3	2	1	поганий настрої
7. Працездатний	5	4	3	2	1	непрацездатний
8. Повний сил	5	4	3	2	1	знесилений
9. Швидкий	5	4	3	2	1	повільний
10. Діяльний	5	4	3	2	1	бездіяльний
11. Щасливий	5	4	3	2	1	нещасний
12. Життєрадісний	5	4	3	2	1	похмурий
13. Напружений	5	4	3	2	1	розслаблений
14. Здоровий	5	4	3	2	1	хворий
15. Захоплений	5	4	3	2	1	байдужий
16. Схвильований	5	4	3	2	1	спокійний
17. Піднесений	5	4	3	2	1	похнюплений
18. Радісний	5	4	3	2	1	зажурений
19. Відпочилий	5	4	3	2	1	стомлений
20. Свіжий	5	4	3	2	1	виснажений

21. Збуджений	5	4	3	2	1	сонливий
22. Бажання діяти	5	4	3	2	1	бажання відпочити
23. Безтурботний	5	4	3	2	1	заклопотаний
24. Оптимістичний	5	4	3	2	1	песимістичний
25. Витривалий	5	4	3	2	1	кволий
26. Бадьорий	5	4	3	2	1	млявий
27. Міркую без напруження	5	4	3	2	1	міркувати можу лише через силу
28. Уважний	5	4	3	2	1	неуважний
29. Сповнений надій	5	4	3	2	1	розчарований
30. Задоволений	5	4	3	2	1	незадоволений

Оцінка результатів. Показник самопочуття визначається за середнім балом на основі номерів шкали – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;

активності – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

настрою – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Методика діагностики самооцінки психічних станів (Г. Айзенк)

Методика призначена для діагностики таких психічних станів як: **тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.**

Дана методика дозволяє виміряти показники таких емоційних станів: тривожність, фрустрацію, агресивність, ригідність.

Тривожність – переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності.

Фрустрація (лат. frustratio – обман, невдача, марне очікування, розлад, руйнування (планів, задумів)) – психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуації, яка сприймається особистістю як невідвортна

загроза досягненню значущої для неї мети, реалізації тій або іншої її потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості дії, що блокується, так і від близькості його до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації в область фантазій, марень, мріянь; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, поступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до легших і примітивніших способів дії, часта зміна занять і ін. Як наслідок фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Ригідність (від латин. *rigidus* - жорсткий, твердий) – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність виявляється в труднощах перебудови сприйняття і уявлень в ситуації, що змінилася. Афектна ригідність виражається у відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в тугоподвижній перебудові системи мотивів в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, обумовлюється взаємодією його особистісних особливостей з характером середовища, включаючи ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Агресивність (лат. *aggressio* – нападати) – стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність грала вирішальну роль в процесі еволюції людини, затверджується, що вона не властива людській істоті спочатку, що діти засвоюють моделі агресивної поведінки практично з моменту народження. Причинами агресивності можуть виступати різного роду

конфлікти, зокрема внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація – стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

Інструкція до тесту

Пропонуємо вам опис різних психічних станів. Якщо вам цей стан часто притаманний, поставте 2 бали, якщо цей стан буває, але зрідка, поставте 1 бал, якщо зовсім не буває - 0 балів.

Тестовий матеріал

1. Не відчуваю в собі впевненості.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко засмучуюся.
5. Непокоюся про лише уявні неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися в своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я насилу переношу час очікування.
11. Нерідко мені здаються безвихідними положення, з яких все-таки можна знайти вихід.
12. Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом.
13. При великих неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
14. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
15. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її безплідною.
16. Я нерідко відчуваю себе беззахисним.
17. Іноді в мене буває стан відчаю.
18. Я відчуваю розгубленість перед труднощами.
19. У важкі хвилини життя іноді поводжуся по-дитячому, хочу, щоб пожаліли.

20. Вважаю недоліки свого характеру невиправними.
21. Залишаю за собою останнє слово.
22. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
23. Мене легко розсердити.
24. Люблю робити зауваження іншим.
25. Хочу бути авторитетом для інших.
26. Не задовольняюсь малим, хочу найбільшого.
27. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
28. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
29. У мене різка, грубувата жестикуляція.
30. Я мстивий.
31. Мені важко змінювати звички.
32. Нелегко переключати увагу.
33. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
34. Мене важко переконати.
35. Нерідко у мене не виходить з голови думку, від якої слід було б звільнитися.
36. Нелегко зближуються з людьми.
37. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
38. Нерідко я проявляю впертість.
39. Неохоче йду на ризик.
40. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів тесту

Підрахуйте суму балів за кожну групу питань:

- I. Питання №1-10 – тривожність
- II. Питання №11-20 – фрустрація;
- III. Питання №21-30 – агресивність;
- IV. Питання №31-40 – ригідність.

Інтерпретація результатів тесту

I. Тривожність:

- 0-7 балів – тривожність відсутня;
- 8-14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів – висока тривожність.

II. Фрустрація:

- 0-7 балів – маєте високу самооцінку, стійкі до невдач, чи не боїтеся труднощів;
- 8-14 балів – середній рівень, фрустрація має місце;
- 15-20 балів – низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, фрустрований.

III. Агресивність:

- 0-7 балів – спокійний, витриманий;
- 8-14 балів – середній рівень агресивності;
- 15-20 балів – агресивний, не витриманий, є труднощі при спілкуванні і роботі з людьми.

IV. Ригідність:

- 0-7 балів – ригідності немає, легка переключуваність;
- 8-14 балів – середній рівень;
- 15-20 балів – сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя.

Методика визначення тривожності

(за Дж. Тейлор)

Мета: виявити рівень тривожності.

Інструкція: Потрібно дати відповіді на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть “так”, у протилежному випадку – “ні”. Якщо ж Вам важко дати певну відповідь, напишіть “не знаю”.

Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

1. Часто я працюю з великим напруженням.
2. Вночі мені важко заснути.
3. Для мене приємні несподівані зміни у звичній обстановці.
4. Мені часто сняться страшні сни.
5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.
6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.
7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, щасливі інші.
8. Безперечно мені не вистачає спевненості в собі.
9. Моє здоров'я дуже турбує мене
10. Часом я відчуваю себе нікому не потрібним.
11. Я часто плачу, в мене "очі на мокрому місці".
12. Я помічаю, що мої руки починають труситися, коли я намагаюся зробити щось важке чи небезпечне.
13. Часом, коли я збентежений, у мене з'являється сильна пітливість і це дуже бентежить мене.
14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.
16. Навіть у холодні дні я легко рітнію.
17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці.
18. Життя для мене майже завжди пов'язане з незвичайною напруженістю.
19. Я чутливіший, ніж більшість людей.
20. Я легко бентежусь.
21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.
22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.
23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.
24. Часом я стаю надто збудженим і мені важко заснути.

25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.
27. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які я не здолаю.
28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у своїх силах.
29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
30. Очікування завжди нервує мене.
31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.
33. Інколи я засмучуюся через дрібниці.
34. Я легко збудлива людина.
35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
36. У мене не вистачає духу пережити всі майбутні труднощі.
37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.
38. Найчастіше за все мої руки і ноги досить теплі.
39. У мене рівний і добрий настрій.
40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.
41. Коли потрібно на щось чекати, я можу бути спокійним.
42. у мене рідко бувають головні болі через пережиті хвилювання або неприємності.
43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або важке.
44. Мої нерви розхитані не більше, ніж в інших людей.
45. Я впевнений у собі.
46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.
47. Я сором'язливий не більше, ніж інші.
48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.
49. Практично я ніколи не червонію.
50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

Обробка результатів: У запитаннях 1 – 37 підраховується кількість відповідей “так”, у запитаннях 38 – 50 – кількість відповідей “ні”. Відповіді “не знаю” підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2.

Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

До 15 балів – низький рівень.

16-20 – нижче середнього.

21-23 – середній.

24-27 – вище середнього.

28-50 – високий.

Шкала особистісної тривожності

(Ч. Спілбергер)

Мета: встановити рівень особистісної тривожності

Інструкція: Уважно прочитайте речення і поставте бали, що найбільше відповідають Вашому самопочуттю. (“майже ніколи” – 1 бал, “інколи” – 2 бали, “часто” – 3 бали, “майже завжди” - 4 бали). Над запитаннями довго не розмірковуюйте, оскільки правильних чи неправильних відповідей не існує.

1. Я відчуваю задоволення.
2. Я швидко стомлююсь
3. Я легко можу заплакати
4. Я хотів би почуватися так само щасливим, як і інші.
5. Трапляється, я програю через те, що не досить швидко приймаю рішення,
6. Я відчуваю себе бадьорим.
7. Я спокійний, холонокровний, зібраний.
8. Очікування труднощів викликає в мене сильне занепокоєння.
9. Я надто переживаю через дрібниці.
- 10 Я щаслива людина.
11. Я беру все близько до серця.
12. Мені не вистачає впевненості в собі.
13. Я відчуваю себе в безпеці.
14. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій, труднощів.

15. Іноді я нудьгую.
 16. Трапляється, що я задоволений,
 17. Всілякі дрібниці непокоять і відволікають увагу.
 18. Я так сильно переймаюся своїми переживаннями, що довго потім не можу про них забути.
 19. Я врівноважена людина.
 20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи.
- Обробка результатів: Підрахунок балів здійснюється таким чином:
 від суми балів на запитання 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20
 віднімається сума відповідей на запитання 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19,
 а до одержаної різниці додається число 35.

Сумарний показник свідчить про:

- низький рівень тривожності – до 30 балів,
 середній рівень тривожності – 31-45 балів,
 високий рівень тривожності – 45 і більше балів

Діагностика рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана (модифікація В. Бойка)

Методика фіксує ступінь невдоволення соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності. Досліджуваному пропонувалось відповісти на запитання „Чи задоволені Ви”:

1. Своєю освітою?
2. Взаємовідносинами з колегами по роботі (навчанню)?
3. Взаємовідносинами з адміністрацією?
4. Взаємовідносинами з суб'єктами своєї професійної діяльності (навчання)?
5. Змістом своєї роботи (навчання)?
6. Умовами навчання?
7. Своїм положенням в суспільстві?
8. Матеріальним становищем?
9. Житлово-побутовими умовами?

- 10.Відносинами із своїм хлопцем (дівчиною)?
- 11.Відносинами з дітьми?
- 12.Відносинами з батьками?
- 13.Станом речей в суспільстві (державі)?
- 14.Відносинами з друзями, знайомими?
- 15.Сферою послуг та побутового обслуговування?
- 16.Сферою медичного обслуговування?
- 17.Використанням свого вільного часу?
- 18.Можливістю проводити канікули?
- 19.Можливістю вибору місця роботи?
- 20.Своїм образом життя в цілому?

По кожному пункту обчислювався показник рівня фрустрованості, який може варуватись від 0 до 4 балів. Кожному варіанту відповіді присвоюються бали: повністю задоволений – 0, скоріше задоволений – 1, важко відповісти – 2, скоріше незадоволений – 3, повністю не задоволений – 4. Висновки про рівні соціальної фрустрованості виводяться з урахуванням середнього балу за кожним з пунктів. Чим вищим є бал, тим вищим є й рівень соціальної фрустрованості особи:

- 3,5-4 бали – дуже високий рівень соціальної фрустрованості;
- 3,0-3,4 – підвищений рівень фрустрованості;
- 2,5-2,9 – помірний рівень фрустрованості;
- 2,0-2,4 – невизначений рівень фрустрованості;
- 1,5-1,9 – знижений рівень фрустрованості;
- 0,5-1,4 – дуже низький рівень;
- 0-0,5 – відсутність (майже відсутність) фрустрованості.

Методика експрес-діагностики неврозу

(за К. Хеком – Х. Хессом)

Мета: здійснити експрес-діагностику неврозу

Інструкція: Ознайомившись із питаннями та судженнями, слід відповісти:

“так” або “ні”

1. Чи вважаєте Ви, що внутрішньо напружені?
2. Я часто так сильно у щось заглиблений, що не можу заснути.
3. Я відчуваю себе легкоранимим.
4. Мені важко заговорити з незнайомими людьми
5. Чи часто у Вас виникає без особливих причин відчуття непричетності й утоми
6. У мене часто виникає відчуття, що люди мене критично розглядають
7. Чи часто Вас переслідують марні думки, які не виходять з голови, хоч Ви стараетесь позбавитись від них
8. Я досить нервовий
9. Мені здається, що мене ніхто не розуміє
10. Я досить дратівливий
11. Якщо б проти мене не були налаштовані, то мої справи йшли б значно успішніше
12. Я надто близько і надовго беру до серця неприємності
13. Навіть думка про можливу невдачу мене турбує
14. У мене були дуже дивні і незвичні переживання
15. Чи буває Вам то радісно, то сумно без певних причин?
16. Упродовж усього дня я мрію і фантазую більше, ніж слід
17. Чи легко змінити Ваш настрій?
18. Я часто борюсь сам із собою, щоб не проявити власну сором'язливість
19. Я хотів би бути таким же щасливим, якими мені видаються інші люди
20. Іноді я дрижу чи відчуваю припадки тремтіння
21. Чи часто змінюється Ваш настрій у залежності від серйозної причини або й без неї?
22. Чи відчуваєте Ви іноді страх навіть за відсутності реальної небезпеки?
23. Критика чи догана мені дуже дошкуляють
24. Іноді я буваю таким неспокійним, що навіть не можу всидіти на одному місці.

25. Чи турбуєтесь Ви іноді надто сильно через несуттєві речі?
26. Я часто відчуваю незадоволення
27. Мені важко сконцентруватися під час виконання якогось завдання чи роботи
28. Я роблю багато такого, про що потім доводиться жалкувати
29. Здебільшого я щасливий
30. Я недостатньо впевнений у собі
31. Іноді я здаюся собі справді нікчемним
32. Часто я відчуваю себе просто кепсько
33. Я багато копирсаюся в собі
34. Я страждаю від відчуття неповноцінності
35. Іноді в мене все болить
36. У мене буває гнітючий стан
37. У мене щось із нервами
38. Мені важко підтримувати розмову під час знайомства
39. Найважча боротьба для мене – це боротьба із самим собою
40. Чи відчуваєте Ви іноді, що труднощі великі і нездоланні?

Обробка результатів: Потрібно підрахувати кількість ствердних відповідей: якщо отримано понад 24 бали – це свідчить про високу ймовірність неврозу. Однак слід зауважити, що експрес-методика дає лише попередню й узагальнену інформацію. Остаточні висновки можна робити лише після детального вивчення особистості.

Методика діагностики рівня невротизації

(за Л. Вассерманом)

Мета: визначити рівень невротизації.

Інструкція: ознайомтеся з наведеними судженнями і ситуаціями, вибираючи відповіді “так” чи “ні”. Наведені запитання для визначення рівня невротизації мають орієнтувальний характер.

1. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю поколювання, відчуття мурашок, оніміння

2. Я рідко задихаюся, й у мене не буває сильного серцебиття

3. Раз у тиждень або частіше я буваю дуже збудженим чи схвильованим

4. Голова у мене болить часто

5. Два-три рази в тиждень ночами мене мучать жахи

6. Останнім часом я відчуваю себе гірше, ніж будь-коли

7. Майже кожного дня відбувається щось таке, що лякає мене

8. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон

9. Здебільшого робота коштує мені великої напруги

10. Іноді я буваю таким схвильованим, що це заважає мені заснути

11. Більшу частину часу я відчуваю невдоволеність життям

12. Мене постійно щось тривожить

13. Я стараюся все рідше зустрічатися зі своїми знайомими і друзями

14. Життя для мене майже завжди пов'язане з напруженням

15. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі

16. Я дуже стомлююсь за день

17. Я вірю в майбутнє

18. Я часто впадаю в сумні роздуми

19. Іноді мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж завжди

20. Найважча для мене боротьба – це боротьба із самим собою

21. Я майже завжди про щось чи про когось тривожуся

22. У мене мало впевненості в собі

23. Я часто відчуваю невпевненість у собі

24. Декілька разів у тиждень мене непокоять неприємні відчуття у верхній частині живота

25. Іноді в мене виникає таке відчуття, що перед мною постало стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо

26. Раз на тиждень або частіше я без суттєвої причини відчуваю жар у всьому тілі
27. Часом я виснажую себе тим, що надто багато на себе беру
28. Я дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся
29. Останнім часом мій зір погіршився
30. У взаєминах між людьми найчастіше торжествує несправедливість
31. У мене бувають періоди такого сильного неспокою, що я навіть не можу всидіти на місці
32. Я залюбки танцюю, якщо трапляється нагода
33. За змогою я стараюся уникати великого скупчення людей
34. Мій шлунок мене дуже турбує
35. Мушу зізнатися, що іноду я хвилююся через дрібниці
36. Часто сам засмучуюся через власну дратівливість і буркотливість
37. Декілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що повинно трапитися щось страшне
38. Мені здається, що близькі мене погано розуміють
39. У мене часто бувають болі біля серця чи в грудях
40. У гостях я переважно сиджу збоку чи розмовляю з кимось одним

Обробка результатів: Слід підрахувати кількість позитивних відповідей. Чим більшим є отриманий результат, тим вищий рівень невротизації.

Інтерпретація рівнів.

Високий рівень невротизації свідчить: про виражену емоційну збудливість, у результаті чого появляються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість, роздратованість), про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволенням бажань, про егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до іпохондрійної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, про труднощі в спілкуванні, про соціальну боязкість і залежність.

Низький рівень невротизації свідчить : про емоційну стійкість, про позитивний фон переживань (спокій, оптимізм), про ініціативність, про почуття власної гідності, про незалежність, соціальну сміливість, про легкість у спілкуванні.

Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН) (Т.А. Немчин)

Інструкція: Заповніть, будь-ласка, бланк, відзначаючи знаком "плюс" ті рядки, зміст яких відповідає особливостям вашого стану в даний час.

Тестовий матеріал:

1. Наявність фізичного дискомфорту :

- а) повна відсутність яких-небудь неприємних фізичних відчуттів
- б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі
- в) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі

2. Наявність больових відчуттів :

- а) повна відсутність яких-небудь болів
- б) больові відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі
- в) мають місце постійні больові відчуття, що істотно заважають роботі

3. Температурні відчуття:

- а) відсутність яких-небудь змін у відчутті температури
- б) відчуття тепла, підвищення температури тіла
- в) відчуття похолоднішання тіла, кінцівок, почуття "ознобу"

4. Стан м'язового тону :

- а) звичайний м'язовий тонус
- б) помірне підвищення м'язового тону, почуття некоторого м'язової напруги
- в) значна м'язова напруга, сіпання окремих м'язів особи, шиї, рук (тремор)

5. Координація рухів :

- а) звичайна координація рухів

б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час письма, іншої роботи

в) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності

6. Стан рухової активності в цілому:

а) звичайна рухова активність

б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів

в) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла

7. Відчуття з боку серцево-судинної системи:

а) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця

б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не перешкоджають роботі

в) наявність неприємних відчуттів з боку серця - почастишання серцебиття, відчуття стискування в ділянці серця, кольки, болі в серці

8. Прояви з боку шлунково-кишкового тракту:

а) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів в животі

б) одиничні, такі, що швидко проходять і не заважають роботі відчуття в животі, відчуття легкого голоду, періодичне "бурчання"

в) виражені неприємні відчуття в животі – болі, зниження апетиту, нудота, почуття спраги

9. Прояву з боку органів дихання :

а) відсутність яких-небудь відчуттів

б) збільшення глибини і почастишання дихання, що не заважають роботі

в) значні зміни дихання - задишка, почуття недостатності вдиху, "грудка в горлі"

10. Прояви з боку видільної системи:

а) відсутність яких-небудь змін

б) помірна активізація видільної функції - частіше бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти)

в) різке почастішання бажання скористатися туалетом, трудність або навіть неможливість терпіти

11. Стан потовиділення :

а) звичайне потовиділення без яких-небудь змін

б) помірно посилення потовиділення

в) поява щедрого "холодного" поту

12. Стан слизової оболонки порожнини рота :

а) звичайний стан без яких-небудь змін

б) помірно збільшення слиновиділення

в) відчуття сухості у роті

13. Забарвлення шкірних покривів :

а) звичайне забарвлення шкіри обличчя, шиї, рук

б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук

в) збліднення шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук "мармурового" (плямистого) відтінку

14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:

а) відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість

б) помірно підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі

в) різке загострення чутливості, розсіяність, фіксація на сторонніх подразниках

15. Почуття впевненості в собі, у своїх силах:

а) звичайне почуття впевненості у своїх силах, у своїх здібностях

б) підвищення почуття впевненості в собі, віра в успіх

в) почуття невпевненості в собі, очікування невдачі, провалу

16. Настрій:

а) звичайний настрій

б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою або інший діяльністю

в) зниження настрою, пригніченість

17. Особливості сну :

- а) нормальний, звичайний сон
- б) хороший, міцний, освіжаючий сон
- в) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон протягом декількох попередніх ночей, у тому числі напередодні

18. Особливості емоційного стану в цілому:

- а) відсутність яких-небудь змін у сфері емоцій і почуттів
- б) почуття заклопотаності, відповідальності за виконувану роботу, "азарт", активне бажання діяти
- в) почуття страху, паніки, відчаю

19. Стійкість до перешкод:

- а) звичайний стан без яких-небудь змін
- б) підвищення стійкості до перешкод у роботі, здатність працювати в умовах шуму і інших перешкод
- в) значне зниження стійкості до перешкод, нездатність працювати при відволікаючих подразниках

20. Особливості мови :

- а) звичайна мова
- б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, письменності та ін.)
- в) порушення мови – поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості зайвих слів, заїкання, занадто тихий голос

21. Загальна оцінка психічного стану :

- а) звичайний стан
- б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, мобілізованості, високий психічний тонус
- в) почуття втоми, незібраності, неувважності, апатії, зниження психічного тону
- в) порушення мови - поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості зайвих слів, заїкання, занадто тихий голос

22. Особливості пам'яті :

- а) звичайна пам'ять
- б) поліпшення пам'яті – легко згадується те, що треба
- в) погіршення пам'яті

23. Особливості уваги :

- а) звичайна увага без яких-небудь змін
- б) поліпшення здатності до зосередження, відвернення від сторонніх справ
- в) погіршення уваги, нездатність зосередитися на ділі, отвлекаємость

24. Кмітливість:

- а) звичайна кмітливість
- б) підвищення кмітливості, хороша винахідливість
- в) зниження кмітливості, розгубленість

25. Розумова працездатність:

- а) звичайна розумова працездатність
- б) підвищення розумової працездатності
- в) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність

26. Явища психічного дискомфорту :

- а) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки в цілому
- б) почуття психічного комфорту, підйому психічної діяльності або одиничні, слабо виражені, такі, що швидко проходять і не заважають роботі явища
- в) різко виражені, різноманітні і численні що серйозно заважають роботі порушення з боку психіки

27. Міра поширеності (генералізованість) ознак напруги :

- а) одиничні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага
- б) виразно виражені ознаки напруга, що не лише не заважає діяльності, але, навпаки, сприяючі її продуктивності
- в) велика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі і що спостерігаються з боку різних органів і систем організму

28. Частота виникнення стану напруги :

- а) відчуття напруги не розвивається практично ніколи

б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій

в) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин

29. Тривалість стану напруги :

а) дуже короткочасне, не більше декількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація

б) триває практично протягом усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється незабаром після її закінчення

в) дуже значна тривалість стану напруги, що не припиняється протягом тривалого часу після складної ситуації

30. Загальна міра вираженості напруги :

а) повна відсутність або дуже слабка міра вираженості

б) помірно виражені, виразні ознаки напруги

в) різко виражена, надмірна напруга

Обробка даних.

Після заповнення бланку проводиться підрахунок набраних досліджуваним балів шляхом їхнього підсумовування. При цьому за оцінку "+", поставлену досліджуваним проти пункту "а", нараховується 1 бал, проти пункту "б" – 2 бали і проти пункту "в" – 3 бали. Мінімальна кількість балів, що може набрати досліджуваний, дорівнює 30, а максимальна – 90.

Діапазон слабого нервово-психічного напруження розміщується в проміжку від 30 до 50 балів, помірного або «інтенсивного» – від 51 до 70 балів, надмірного або «екстенсивного» – від 71 до 90 балів.

Методика визначення рівня нервово-психічної стійкості (анкета “Прогноз” (за В. Бодровим))

Методика містить 84 запитання, на кожне з яких пропонується дати відповідь “так” або “ні”. Результат анкетування визначається за 10-бальною шкалою, згідно з якою робиться висновок про групу нервово-психічної стійкості. Обстеження може проводитися як індивідуально, так і в складі групи. Загальний час обстеження – 20 хвилин.

Анкета читається експериментатором або пропонується в записі на магнітофоні в темпі, який дозволяє осмислити запитання і зробити відмітку в реєстраційному бланку.

Методика має дві шкали: шкалу надійності і шкалу нервово-психічної стійкості. Обробка результатів починається з першої шкали. Якщо сума балів за нею складає 10 і більше, то оцінка за другою шкалою не проводиться, результати обстеження вважаються недостовірними. Показник шкали 2 отримують простим додаванням позитивних і негативних відповідей, що співпадають з ключем.

Інструкція: “Підпишіть реєстраційні бланки. Зараз Вам буде запропоновано 84 запитання, на які Ви повинні відповісти “так” або “ні”. У випадку позитивної відповіді ставте знак “+” у відповідній клітині реєстраційного бланку, при негативному – “-“. “Правильних” або “неправильних” відповідей тут немає, тому не намагайтесь довго їх обмірковувати. Відповідайте виходячи з того, що більше відповідає вашому стану або уявленню про себе”.

Анкета “Прогноз”

1. Іноді мені в голову приходять такі погані думки, що краще про них нікому не розповідати.
2. Запори у мене бувають рідко.
3. Часом у мене бувають такі напади сміху і плачу, з якими я нічого не можу вдіяти.
4. Часом мені так і хочеться вилятися.
5. У мене часто болить голова.

6. Іноді я говорю неправду.
7. Раз на тиждень або частіше я без будь-якої видимої причини раптом відчуваю жар у всьому тілі.
8. Буває, що я пропускаю передовиці в газетах.
9. Буває, що я серджуся.
10. Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось доб'юся в житті.
11. Буває, що я відкладаю на завтра те, що можна зробити сьогодні.
12. Я охоче беру участь у всіх зборах та інших громадських заходах.
13. Найбільш важка боротьба для мене - боротьба із самим собою.
14. М'язові судоми і тіпання у мене бувають дуже рідко.
15. Іноді, коли я погано себе почуваю, я буваю дратівливим.
16. Я досить байдужий до того, що зі мною буде.
17. В гостях я тримаюся за столом краще, ніж удома.
18. Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де повинний.
19. Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж гарне, як і у більшості моїх знайомих.
20. Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинний нанести пошкодження самому собі або будь-кому іншому.
21. В дитинстві у мене була така компанія, де всі намагалися завжди і у всьому стояти один за одного.
22. Під час гри я волю вигравати.
23. Після декількох років депресії більшу частину часу я почуваю себе добре.
24. Зараз моя вага постійна (я не повнішаю і не худну).
25. Мені приємно мати серед моїх знайомих значущих людей, це немов надає мені ваги у власних очах.
26. Я був би досить спокійним, якби у кого-небудь з моєї сім'ї були неприємності внаслідок порушення закону.
27. З моїм розумом коїться щось недобре.
28. Мене турбують сексуальні питання.

29. Коли я намагаюсь щось сказати, то нерідко помічаю, що у мене тремтять руки.
30. Руки у мене такі ж спритні і прудкі, як і раніше.
31. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
32. Вважаю, що я людина приречена.
33. Бували випадки, коли мені було важко втриматися від того, щоб будь-що не поцупити у кого-небудь або де-небудь, наприклад, у магазині.
34. Буває, що я з ким-небудь трошки попліткую.
35. Я бачу часто сни, про які краще нікому не розповідати.
36. Бувало, що при обговоренні деяких питань я, особливо не обмірковуючи, погоджувався з думкою інших.
37. У школі я засвоював навчальний матеріал повільніше, ніж інші.
38. Моя зовнішність мене загалом вдовольняє.
39. Я цілком впевнений у собі.
40. Раз на тиждень або й частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.
41. Хтось керує моїми думками.
42. Я кожного дня випиваю незвично багато води.
43. Буває, що неприємний або навіть непристойний випадок викликає у мене сміх.
44. Найщасливішим я завжди буваю, коли я один.
45. Хтось намагається впливати на мої думки.
46. Я любив казки Андерсена.
47. Навіть серед людей я завжди відчуваю себе самотнім.
48. Іноді мені в голову приходять такі негарні думки, що про них краще нікому не розповідати.
49. Мене легко збентежити.
50. Я легко втрачаю терпіння з людьми.
51. Часто мені хочеться померти.
52. Бувало, що я кидав почату справу, тому що боявся, що не справлюся з нею.
53. Майже кожного дня трапляється що-небудь, що лякає мене.

54. До питань релігії я відношуся байдуже, вони мене не турбують.
55. Напади поганого настрою бувають у мене рідко.
56. Я заслуговую суворого покарання за свої вчинки.
57. У мене були дуже незвичні містичні переживання.
58. Мої переконання і погляди непохитні.
59. У мене бували періоди, коли внаслідок хвилювання я втрачав сон.
60. Я людина нервова і легко збуджувана.
61. Мені здається, що нюх у мене такий же, як у інших (не гірший).
62. Усе в мене виходить погано, не так, як потрібно.
63. Я майже завжди відчуваю сухість у роті.
64. Більшу частину часу я відчуваю себе стомленим.
65. Іноді я відчуваю, що близький до нервового зриву.
66. Мене дуже дратує, що я забуваю, куди кладу речі.
67. Я дуже уважно ставлюсь до того, як я вдягаюся.
68. Пригодницькі романи мені подобаються більше, ніж романи про любов.
69. Мені дуже важко пристосуватися до нових умов життя, роботи. Перехід до будь-яких нових умов життя, роботи, навчання здається дуже важким.
70. Мені здається, що зі мною особливо часто поводяться несправедливо.
71. Я часто відчуваю себе несправедливо ображеним.
72. Моя думка нерідко не співпадає з думкою оточуючих.
73. Я часто відчуваю почуття стомленості від життя і мені не хочеться жити.
74. На мене звертають увагу частіше, ніж на інших.
75. У мене буває головний біль і запаморочення внаслідок переживань.
76. Часто у мене бувають періоди, коли мені нікого не хочеться бачити.
77. Мені важко прокинутися в призначений час.
78. Якщо в моїх невдачах будь-хто винний, я не залишу його безкарним.
79. У дитинстві я був вередливим і дратівливим.
80. Мені відомі випадки, коли мої родичі лікувалися у невропатолога і психіатра.
81. Іноді я приймаю заспокійливі ліки.

82. Чи є у Вас судимі родичі ?

83. Чи мали Ви приводи до міліції ?

84. Чи залишались Ви в школі на другий рік ?

Ключ

Шкала надійності	Шкала нервово-психічної нестійкості	
Ні (-)	Так (+)	Ні (-)
1 4 6 8 9 11 15 17 18 22 25 31 34 36 43	3 5 7 10 16 20 26 27 29 32 33 35 37 40 41 42 44 45 47 48 49 50 51 52 53 56 57 59 60 62 63 64 65 66 67 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84	2 12 13 14 19 21 23 24 28 30 38 39 46 54 55 58 61 68

На основі обстеження виставляється оцінка за 10-бальною шкалою.

Методика визначення групи нервово-психічної стійкості

Сума інформативних відповідей за шкалою нервово-психічної стійкості	Оцінка результатів за 10-бальною шкалою	Група нервово-психічної стійкості (Н.П.С.)	Прогноз
5 і менше 6	10 9	1. Висока нервово-психічна стійкість	Сприятливий
7-8 9-10	8 7	2. Добра нервово-психічна стійкість	Сприятливий

11-13	6		
14-17	5	3. Задовільна нервово-психічна стійкість	Сприятливий
18-22	4		
23-28	3		
29-32	2	4. Незадовільна нервово-психічна стійкість	Несприятливий
33 і більше	1		

Малюнковий тест "Я і моя дитина" Г. Філіпової

Мета методики: виявлення особливостей переживання вагітності й ситуації материнства, сприйняття себе та дитини, ставлення до дитини, визначення її цінності. Використання цієї методики засноване на її великій діагностичній і прогностичній цінності, особливо у поєднанні з іншими методиками. При інтерпретації потрібно враховувати наявність на малюнку матері й дитини, зміст образу дитини та її вік, наявність спільної діяльності матері з дитиною, психологічну дистанцію, а також характеристику загального стану (благополучний стан, невпевненість у собі, тривожність, ознаки конфліктності й ворожості) за формальними ознаками малюнка, що прийняті у психодіагностиці (якість лінії, розташування на аркуші, деталі малюнків і т.д.). За цим показником можна виділити такі групи: сприятлива ситуація – 1; незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності – 2; тривога і невпевненість у собі – 3; конфлікт з вагітністю або ситуацією материнства – 4.

1. Сприятлива ситуація

Формальні ознаки. Хороша якість лінії; малюнок розташований у центральній частині аркуша; його розміри відповідають прийнятим у психодіагностиці (відображають нормальний стан без ознак тривоги й невпевненості у собі); за наявності розгорнутого сюжету (з додатковими, окрім фігур матері й дитини, деталями: обстановка кімнати, будинок, дерева та ін.) малюнок займає велику частину аркуша; відсутність стирань, закреслень, перемальовувань, малювання на зворотному боці аркуша; відсутність тривалих

обговорень (як і що малювати) або відмовок (я не вмію), а також пауз у процесі малювання більше 15 секунд; позитивні емоції різної міри вираженості в процесі малювання.

Змістові ознаки. Наявність на малюнку своєї фігури та дитини; відсутність заміни свого образу та дитини на рослин, тварин, неживі об'єкти, символи; відповідність фігур матері й дитини; відсутність інших людей; додаткові предмети і деталі одягу не займають головну частину малюнка, їхня кількість, міра промальовування, розміри не подавляють фігуру дитини; наявність спільної діяльності матері та дитини; наявність тілесного контакту (мати тримає малюка на руках або за руку); дитина не прихована (у ліжечку, колясці, пелюшках або животі матері) і не ізольована (малюк, якого мати тримає на руках, загорнутий у пелюшки – нормальна ознака); промальоване обличчя дитини; всі фігури намальовані лицем до глядача; вік дитини наближається до малюкового прогресивно з першого до третього триместру, після пологів – дитина справжнього віку.

2. Незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності

Формальні ознаки. Наявність незначних ознак тривоги й невпевненості в собі за якістю лінії; недостатньо великий малюнок; розташування у нижній частині аркуша або ближче до одного з кутів; мало штрихувань.

Змістові ознаки. Наявність на малюнку матері й дитини без заміни образів; фігура малюка дуже велика або маленька; наявність чоловіка, інших дітей; велика кількість додаткових предметів, їх великий у порівнянні з фігурами матерів і дитини розмір; дитина у колясці або на ішому рухливому об'єкті (наприклад, на санках, у кріслі-гойдалці, на іграшці-гойдалці тощо), при цьому мати тримає малюка за руку або за деталь об'єкта, в якому перебуває дитина, фігура й обличчя дитини промальоване; всі фігури повернені лицем до глядача, або в профіль; спільної діяльності може не бути; вік дитини під час вагітності в межах раннього, до кінця вагітності наближається до дитячого, після пологів – у справжньому віці.

3. Тривога та невпевненість у собі

Формальні ознаки. Погана якість лінії; малюнок дуже дрібний, розташований внизу аркуша або в кутку; багато штрихувань.

Змістові ознаки. Наявність на малюнку себе і дитини без заміни образів; фігура дитяти дуже велика або дуже маленька; велика кількість додаткових об'єктів, ретельне промальовування деталей одягу; недостатнє промальовування своєї фігури та дитини, схематизація; відсутність спільної діяльності; контакт з малюком може бути за типом 1 і 2, або поряд з дитиною без контакту (при цьому дитина не ізольована), можлива наявність простягнутих один до одного рук без прямого контакту; наявність на малюнку декількох членів сім'ї, своєї матері; велика кількість додаткових предметів, їх великий порівняно з фігурами матерів і дитини розмір, вони займають практично весь аркуш; вік дитини під час вагітності в межах дошкільного, до кінця вагітності наближається до раннього або дитячого, після пологів – у справжньому віці.

4. Конфлікт з вагітністю або ситуацією материнства

Формальні ознаки. Відмова від малювання; перевертання, згинання аркуша; наявність стирань, перемальовувань, закреслень; великі плями чорного кольору; неадекватне використання розмірів аркуша (дуже дрібно або "не поміщаються" важливі частини малюнка, передовсім фігура матері і дитини).

Змістові ознаки. Відсутність на малюнку матері і/або дитини; заміна образу дитини і/або матері на рослину, тварину, символ; відсутність спільної діяльності й контакту з малюком; дитина захищена (у пелюшках, колясці, ліжечку, животі матері); дитина ізольована за допомогою предметів, що відділяють її від матері або повністю ізольована без контакту з матір'ю (до ліжечка, візочка, на килимку, на гойдалках тощо); велика просторова дистанція між фігурами матері й дитини; фігури, намальовані спиною; відсутність у фігурах обличчя, рідше – тіла; велика кількість додаткових предметів, їх великі у порівнянні з фігурами матері й дитини розміри, вони займають практично весь аркуш; вік дитини дошкільний, рідше ранній дитячий,

до кінця вагітності не знижується, або навіть збільшується, після пологів – дитина більш старшого, рідко – більш молодшого віку, ніж насправді.

АНКЕТА

Анкетні дані паспортна частина

Прізвище, ім'я, по батькові : _____

Вік : _____

Сімейний стан : заміжня, неодружена

Освіта : середня, середньо-спеціальна, незакінчена вища, вища (Ваш варіант)

Соціальна група : домогосподарка, студентка, робітниця, службовець, підприємець (Ваш варіант)

Планували вагітність : так, ні

Чи є вже діти : _____

Скільки дітей : _____

Який триместр вагітності : _____

Ставлення до вагітності : суб'єктне, амбівалентне, об'єктне (Ваш варіант)

Умови й особливості перебігу вагітності : _____

Умови проживання : власне житло, зйомне житло, гуртожиток, проживання з близькими родичами (Ваш варіант)

Список публікацій здобувача за темою дисертації :

Статті у наукових фахових виданнях:

16. Коренева Ю. П. Психологічні аспекти ранньої вагітності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2015. № 3 (38). С. 184–193.
17. Коренева Ю. П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. *Теоретичні і прикладні проблеми психології / за заг. ред. Н.Є. Завацької*. Луганськ : Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 2016. № 1 (39). С. 100–109.
18. Коренева Ю. П. Психологічні особливості перебігу вагітності у пізньому репродуктивному віці: емпіричний ракурс. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. 2017. № 3 (43) березень. С. 259–262.
19. Коренева Ю.П. Несприятливий сімейний мікроклімат як чинник тривожності, фрустрованості й підвищеної невротизації вагітних жінок / Ю.П. Коренева // *Arena nauki. Kwartalne miedzynarodowe czasopismo naukowe*. – 2018. – № 1 (4). – С.33 – 40.
20. Коренева Ю.П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми / Ю.П. Коренева // *Психологічні перспективи*. – Луцьк, 2018. – № 32. – С. 149 – 161.

Статті у матеріалах науково-практичних конференцій та інших виданнях:

21. Коренева Ю.П. Вікова динаміка сімейної напруженості та дестабілізації шлюбу / Ю.П. Коренева // *Психогенеза особистості: норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського*. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. – С. 129 – 134.
22. Коренева Ю.П. Необхідність психолого-педагогічної освіти батьків в сучасному суспільстві / Ю.П. Коренева // *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Ключові питання наукових досліджень у сфері*

педагогіки та психології у ХХІ ст.» (29-30 січня 2016 року, м. Львів). – Львів, 2016. – С. 33 – 35.

23. Коренева Ю.П. Психологічні особливості феномену помилкової вагітності / Ю.П. Коренева // Психогенеза особистості: норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 98 – 104.

24. Коренева Ю.П. Психологічний зміст тривожності у жінок під час вагітності / Ю.П. Коренева // Матеріали Х Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи досліджень» (17-18 травня 2016 року, м. Луцьк). – Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2016. – Т. 1. – С. 441 – 443.

25. Коренева Ю.П. Психологічний стан вагітної жінки / Ю.П. Коренева // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (2-3 вересня 2016 року, м. Київ). – К. : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2016. – С. 88 – 92.

26. Коренева Ю.П. Психологічне ставлення до материнства в період вагітності / Ю.П. Коренева // Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми практичної психології» (10-11 листопада 2016 року, м. Глухів). – Глухів, 2016. – С. 82 – 86.

27. Коренева Ю.П. Особливості фрустрації у жінок під час вагітності / Ю.П. Коренева // Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Генеза буття особистості» (20 грудня 2016 року, м. Київ). – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017. – С. 86 – 87.

28. Коренева Ю.П. Ускладнені психостани вагітних жінок різного віку : медіально-рефлексійний тренінговий підхід / Ю.П. Коренева // Психогенеза особистості : норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2017. – С. 87 – 93.

29. Коренева Ю.П. Особливості психологічного ставлення до материнства у вагітних жінок різного репродуктивного віку : емпіричний ракурс / Ю.П. Коренева // Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи досліджень» (16-17 травня 2017 року, м. Луцьк). – Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2016. – С. 613 – 615.

30. Коренева Ю.П. Фрустрація і деякі аспекти психологічного здоров'я сім'ї / Ю.П. Коренева // Психогенеза особистості: норма і девіація / За заг. ред. Я.О. Гошовського. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2018. – С.111-115.

Відомості про апробацію результатів дисертації :

Основні положення і результати дисертаційної роботи були апробовані на: *міжнародних науково-практичних конференціях*: «Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах» (Київ, 2015 р.), «Генеza буття особистості» (Київ, 2016 р.), «Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя» (досвід Волинської психологічної школи до 15-річчя факультету психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки) (Луцьк, 2016 р.), «Молода наука Волині : пріоритети та перспективи досліджень» (Луцьк, 2016-2017 рр.), «Організація інклюзивного навчання дітей з нейрофізіологічними порушеннями» (Рівне, 2017 р.), «Соціальна адаптація людей літнього віку в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога» із циклу «Психологічні складові сталого розвитку суспільства : пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності» (Луцьк, 2017 р.), «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (Луцьк, 2018), «Міждисциплінарний супровід дітей групи ризику : міжнародний досвід» (Луцьк, 2018), «Психогенеza особистості : ревіталізаційний ракурс» (Луцьк, 2018); *науково-практичних конференціях з міжнародною участю*: «Фетальний алкогольний синдром (ФАС): діагностика, нейроповедінкові аспекти, корекційні програми» (Львів, 2017 р.), «Психолого-педагогічні та медичні технології супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання» (Луцьк, 2017 р.); «Професійна підготовка фахівців до роботи з дітьми з порушеннями розвитку : організація інклюзивного навчання дітей з нейрофізіологічними порушеннями» (Луцьк, 2017 р.); *всеукраїнських науково-практичних конференціях*: «Актуальні проблеми практичної психології» (Глухів, 2016 р.), «Правові, освітні та соціальні аспекти інклюзії дітей із особливими освітніми потребами» (Львів, 2016), «Фестиваль практичної психології на Світязі» (Луцьк, 2016 р.), «Психолого-педагогічні особливості розвитку особистості в освітньому просторі» (Мукачеве, 2017 р.), «Проведення експертизи дослідно-експериментальної роботи над освітнім проектом «Інноваційні підходи до психолого-педагогічного супроводу

інклюзивної освіти» (Луцьк, 2018); *всеукраїнському навчальному проєкті* «Перинатальна психологія та репродуктивна психосоматика» (Одеса, 2017-2018 рр.); *науково-практичних семінарах з міжнародною участю*: семінар консула «Аутизм-Європа» Інни Сергієнко «Проблеми та досягнення в сфері аутизму в світі та Україні» (Луцьк, 2015), «Феноменологія депривації: психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс» (Луцьк, 2015–2018 рр.), «Партиципація: психотехнології активізації особистісного ресурсу» (Луцьк, 2016 р.), «Сучасні інноваційні тенденції в освіті, навчанні та психолого-педагогічному супроводі дітей з особливими потребами: Інклюзивна освіта – канадський досвід» (Луцьк, 2018); *науково-практичних семінарах*: «Сучасні тенденції професійного самовизначення дітей з вадами психофізичного розвитку» (Луцьк, 2016 р.), «Типологія девіантної поведінки: діагностика та корекція» (Луцьк, 2017–2018 рр.), «Особливості психолого-педагогічної корекції та фізичної терапії дітей з особливими освітніми потребами» (Луцьк, 2018); *засіданнях «круглих столів»*: «Теоретико-методичні засади навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами» (Луцьк, 2015 р.), «Діагностика та корекція девіантної поведінки сучасної молоді» (Луцьк, 2016 р.), «Соціалізація дітей з особливими потребами через презентацію успішного особистісного досвіду» (Луцьк, 2016 р.); засіданнях наукової ради і кафедри педагогічної та вікової психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки.



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

просп. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел. (0332) 24-10-07, факс (0332) 72-01-23
e-mail: post@eenu.edu.ua, web: <http://www.eenu.edu.ua>, код ЄДРПОУ 02125102

28.02.2019/ № 03-28/01/449

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи аспірантки
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
Кореневої Юлії Петрівни за темою «Тривожність і фрустрованість як
чинники невротизації вагітних жінок різного віку» (спеціальність 19.00.01 –
загальна психологія, історія психології)

Результати дисертаційної роботи Кореневої Ю.П., присвяченої вивченню психологічних особливостей тривожності, фрустрованості й невротизації вагітних жінок різного віку, запроваджені в навчальний процес професійної підготовки студентів різних факультетів університету.

Ключові положення концептуальних теоретико-емпіричних поглядів дисертантки використовуються викладачами факультету психології та соціології на заняттях із соціальної, загальної, вікової, спеціальної та перинатальної психології. Окремі результати дослідження застосовуються для занять із магістрантами й аспірантами, зокрема в курсах «Перинатальна психологія», «Техніки психоемоційного антивигорання», «Психологічна допомога різним категоріям осіб», «Психогенеза особистості в нормі та девіації».

Ректор
доктор біологічних наук, професор



Вірна Жанна,
033-224-93-92

I. КОЦАН



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

вул. Ужгородська, 26, м.Мукачево, 89600, телефон/факс (03131) 2-11-09
E-mail: www.msu.edu.ua, info@msu.edu.ua, код ЄДРПОУ 36246368

28.02.19 № 239

Д О В І Д К А

*про впровадження результатів дисертаційної роботи аспірантки
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
Кореневої Юлії Петрівни за темою «Тривожність і фрустрованість як
чинники невротизації вагітних жінок різного віку»
зі спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології*

Основні теоретико-емпіричні здобутки дисертації Кореневої Ю.П., в якій цілісно й різнобічно висвітлено специфіку тривожності, фрустрованості та невротизації вагітних жінок різного віку, запроваджені в навчально-виховний процес фахової підготовки студентів Мукачівського державного університету.

Запропонований дослідницею валідний пакет психодіагностичних методів і тренінгова програма використовуються викладачами гуманітарного та педагогічного факультетів у процесі лекційних та семінарських занять, а також студентами упродовж проходження різних форм практики.

Узагальнені теоретичні здобутки та методичний інструментарій обговорені на засіданні кафедри психології Мукачівського державного університету (протокол №9 від 26.02.2019 р.).

**Перший проректор Мукачівського
державного університету, д.е.н., проф.**



Гоблик В.В.



МОЗ УКРАЇНИ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА МИКОЛАЄВА
МІСЬКИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК № 1

roddom1.nikolaev@ukr.net

м. Миколаїв, вул. 2 Екіпажна (Володарського), 5, тел. (0512)37-43-55

Р/р 35419001044127 в ГУДКСУ у Миколаївській обл. МФО 826013 ЄДРПОУ 05483138

№ 48/1 від 16.09.2019р.

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційної роботи аспірантки
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
Кореневої Юлії Петрівни за темою «Тривожність і фрустрованість як
чинники невротизації вагітних жінок різного віку»
за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Коренева Ю.П. брала активну участь у проведенні психодіагностичної роботи з вагітними жінками різного віку, які були на обліку й обстежувалися в нашому міському пологовому будинку. Дисертантка, плідно здійснюючи експериментально-психологічне дослідження, також сприяла в консультативному плані зниженню негативних психоемоційних станів у жінок, зумовлених перебігом вагітності.

Дослідниця користувалася авторитетом у медперсоналу і пацієнтів, застосовувала гуманістичні методи міжособистісної професійної взаємодії.

Головний лікар



Є.П. Волохов



ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
аспірантки

Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
Коренської Юлії Петрівни за темою **«Тривожність і фрустрованість як
чинники невротизації вагітних жінок різного віку»**

за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Ключові концептуальні лінії дисертації Коренської Ю.П., присвяченої проблемам тривожності, фрустрованості і невротизації майбутніх матерів, запроваджені в консультативно-оздоровчу діяльність нашого закладу.

Лікарі і психологи активно використовували запропоновані дослідницею науково-психологічні технології у профілактичній та консультаційній роботі з майбутніми матерями, зокрема в ракурсі надання допомоги у вирішенні важливих особистісних і міжособистісних проблем та налагодженні професійного супроводу й корекції девіантного материнства.

Головний лікар



В.М.Алейніков

15.01.2019, № 24/1

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційної роботи аспірантки
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
Кореневої Юлії Петрівни за темою «Тривожність і фрустрованість як
чинники невротизації вагітних жінок різного віку»

за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Результати дисертації Кореневої Ю.П., в якій досліджено психологічні особливості тривожності і фрустрованості як чинників невротизації вагітних жінок різного віку, запроваджені в оздоровчу діяльність нашого перинатального центру «Психея».

Перинатальні психологи й медики використовують у роботі з вагітними жінками розроблені й апробовані дослідницею положення генетично-психологічного медіально-рефлексійного тренінгового підходу.

Укладений Кореневою Ю.П. пакет валідного психодіагностичного інструментарію і розроблені нею тренінгово-релаксаційні техніки активно застосовуються в консультативній роботі з жінкам, які перебувають на різних етапах вагітності.

Президент Асоціації «Психея», доктор
психології (PhD), член Асоціації
акушерів-гінекологів України,
перинатальний психотерапевт (МИПУ)

Шпатаковська Г.В.

