

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології

На правах рукопису

ПРОЖОГА НАТАЛЯ БОГДАНІВНА

**ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
ТРІЄСТУ ВАГІТНОСТІ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
(код) (назва спеціальності)

Освітня програма Психологія
(назва)

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник: Пашко А.О.
канд. Психол.наук, доцент



РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

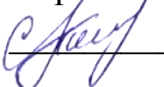
Протокол засідання кафедри психології

№ 7 від 26.12.2024

Завідувач кафедри психології

 Людмила ПРИСНЯКОВА

Нормоконтроль

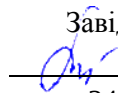
 Наталія СЕРГІЄНКО

Дніпро, 2025

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології
 **Людмила ПРИСНЯКОВА**
« 24 » травня 2024 року

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

ПРОЖОГА НАТАЛЯ БОГДАНІВНА

1. Тема роботи: «Трансформація емоційної сфери в залежності від трієсту вагітності».
2. Науковий керівник роботи: Пашко А.О. канд.психол.наук, доцент
Затверджені наказом вищого навчального закладу від « » 202 року №
3. Строк подання роботи на кафедру: 12.02.25р.
4. Мета кваліфікаційної роботи: Виявлення показників змін емоційної сфери жінок та з'ясування особливостей психологічного супроводу в період вагітності
5. Завдання кваліфікаційної роботи
 - 1) Аналіз джерел з питань психоемоційної сфери жінки під час вагітності;
 - 2) Виявити динаміку індивідуально – психологічних особливостей та тривожність жінок;
 - 3) Здійснити підбір методик, які адекватні меті та гіпотезі дослідження;
 - 4) Провести емпіричне дослідження, здійснити аналіз отриманих результатів та з'ясувати особливості психологічного супроводу жінок ;
 - 5) Сформулювати висновки та розробити корекційну програму по урегулюванню емоційної сфери вагітних жінок.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1.	Вступ	Жовтень	виконано
2.	I Розділ	Листопад	виконано
3.	II Розділ	Грудень	виконано
4.	III Розділ	Січень	виконано
5.	Робота в цілому	Лютий	виконано

Науковий керівник



ПАШКО А.О,

Здобувач вищої освіти



ПРОЖОГА Н.Б.

Дата видачі завдання 13 .02. 2025р.

АНОТАЦІЯ

Особливості психічного стану жінок у період вагітності протягом багатьох років привертають увагу психологів. При цьому відзначається як емоційно негативна роль вагітності, так і позитивна.

Як і за всіма часами інтенсивної зміни, вагітність ставить перед нами нові, часом зовсім непрості завдання. Сам факт її настання часто примушує випробувати цілу бурю емоцій, в якій важко розібратися. Емоції приходять зовсім різні, суперечливі, навіть якщо жінка вагітність планувала, передчувала і чекала. Часто в поданні вагітність буває щасливим часом, позбавленим турбот і проблем, а в реальності виявляється, що разом з її настанням і трепетною радістю приходить і тривога, страх зміни життя, стосунків у сім'ї і з чоловіком, жаль про щось недоробленому. Проблема материнства і, зокрема, такого важливого етапу підготовки до материнства як вагітність у науковій літературі представлена не дуже повно, увагу їй стало приділятися тільки в останнє десятиліття і розгляд цієї проблеми можна знайти в обмеженій кількості авторів (Філіппова Г.Г., Мещерякова, С.Ю., Брутман В.І., Л. Стоун, Л. Де Маус, Е. Шортер, Д. Полиць, Ф. Ар 'єса, Дж. Каган, М. С. Радіонова, Е. Бадінтер, В.А. Вагнер, Н. А. Тіх, Е. Еріксон, Д. Віннікот, М. Малер).

Об'єкт дослідження: психоемоційна сфера жінки в період вагітності.

Предмет дослідження: трансформація емоційної сфери в залежності від трієсту вагітності.

Гіпотеза: припущення про вплив індивідуально – типологічних особливостей на тривожність вагітних жінок.

Мета: Виявлення показників змін емоційної сфери жінок та з'ясування особливостей психологічного супроводу в період вагітності.

Завдання дослідження:

6) Аналіз джерел з питань психоемоційної сфери жінки під час вагітності;

- 7) Виявити динаміку індивідуально – психологічних особливостей та тривожність жінок;
- 8) Здійснити підбір методик, які адекватні меті та гіпотезі дослідження;
- 9) Провести емпіричне дослідження, здійснити аналіз отриманих результатів та з'ясувати особливості психологічного супроводу жінок ;
- 10) Сформулювати висновки та розробити корекційну програму по урегулюванню емоційної сфери вагітних жінок.

Методи і методики дослідження:

- а) Теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення результатів наукових досліджень літературних джерел);
- б) Емпіричні методики (спостереження, бесіда, психодіагностика при допомозі наступних методик: Методика САН (Методика і діагностика самопочуття, активності і настрою); Методика діагностика самооцінки психічних станів (по Г.Айзенку); Шкала Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності); Методика експрес – діагностика неврозу (К.Хека і Х. Хесса); Тест на рівень суб'єктивного контролю (Тест УСК) Дж.Роттера);
- с) Математично – статистичні (мат.очікування та дисперсія).

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих показників в практичній діяльності психолога у медичних закладах, що допоможе в урегулюванні емоційної сфери вагітних жінок. Отримані результати можуть застосовуватися у клінічній психології (як науковій дисципліні) та спецкурсах, які викладаються у ВНЗ України.

Новизна роботи полягає у новому підході до психологічного супроводу вагітних жінок та підготовки до пологів.

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів-теоретичного, емпіричного, корекційної програми, висновки, списку літературних джерел та додатків.

ANNOTATION

Peculiarities of the mental state of women during pregnancy have attracted the attention of psychologists for many years. At the same time, both the emotionally negative role of pregnancy and the positive one are noted.

As in all times of intense change, pregnancy confronts us with new, sometimes quite difficult, tasks. The very fact of its occurrence often makes you experience a whole storm of emotions, which is difficult to understand. Emotions come completely different, contradictory, even if the woman planned, anticipated and waited for the pregnancy. Often in the imagination, pregnancy is a happy time, devoid of worries and problems, but in reality it turns out that along with its onset and tremulous joy comes anxiety, fear of a change in life, relationships in the family and with the husband, pity about something unfinished. The problem of motherhood and, in particular, such an important stage of preparation for motherhood as pregnancy is not very fully presented in the scientific literature; attention began to be paid to it only in the last decade and consideration of this problem can be found in a limited number of authors (Filippova G.G., Meshcheryakova, S.Yu., Brutman V.I., L. Stone, L. De Maus, E. Shorter, D. Politz, F. Arieza, J. Kagan, M. S. Radionova, E. Badinter, V. A. Wagner, N. A. Teh, E. Erickson, D. Winnicott, M. Mahler).

Study object: psycho-emotional area of a woman during pregnancy.

Study subject: transformation of the emotional sphere depending on the stage of pregnancy.

Hypothesis: assumption about the influence of individual typological characteristics on anxiety in pregnant women.

Purpose: To identify indicators of changes in the emotional sphere of women and to clarify the characteristics of psychological support during pregnancy.

Study tasks:

- 1) Analysis of sources on issues of the psycho-emotional sphere of a woman during pregnancy;

- 2) To identify the dynamics of individual psychological characteristics and anxiety of women;
- 3) Select methods that are adequate to the goals and hypothesis of the study;
- 4) Conduct an empirical study, analyze the results obtained and find out the features of psychological support for women;
- 5) Draw conclusions and develop a correction program to regulate the emotional sphere of pregnant women.

Research methods and techniques:

- a) Theoretical (analysis, synthesis, generalization of the results of scientific research of literary sources);
- b) Empirical methods (observation, conversation, psychodiagnostics using the following methods: SAN Methodology (Methodology and Diagnosis of Well-Being, Activity and Mood); Methodology for Diagnostics of Self-Evaluation of Mental States (according to G. Eysenck); Ch.D. Spielberger Scale, Yu.L. Khanin (Self-assessment scale of anxiety level); Express method for diagnosing neurosis (K. Heck and H. Hess);
- c) Mathematically and statistical (expectations and variance).

The practical significance of the work lies in the possibility of using the obtained indicators in the practical activities of psychologists in medical institutions, which will help in regulating the emotional sphere of pregnant women. The results obtained can be used in clinical psychology (as a scientific discipline) and special courses taught at higher educational institutions of Ukraine.

The novelty of the work lies in a new approach to psychological support for pregnant women and preparation for childbirth.

Work structure. The work consists of an introduction, three chapters - theoretical, empirical, correctional program, conclusion, list of references and applications.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	12
1.1 Емоційна сфера та її трансформація під час вагітності.....	12
1.2 Дослідження феномену тривожності у вітчизняній та зарубіжній психології, його прояви на різних стадіях при першій та повторній вагітності жінок.....	36
1.3 Психологічна характеристика періоду розвитку материнської сфери.....	78
1.4 Сутність психологічного супроводу вагітних жінок.....	94
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВАГІТНИХ.....	104
2.1 Методи та методики дослідження.....	104
2.2 Учасники дослідження та їх аналіз.....	107
2.3 Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація.....	108
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНОГО СТИЛЮ ПЕРЕЖИВАННЯ ВАГІТНОСТІ.....	133
ВИСНОВКИ.....	145

ВСТУП

Актуальність теми. Особливості психічного стану жінок у період вагітності протягом багатьох років привертають увагу психологів. При цьому відзначається як емоційно негативна роль вагітності, так і позитивна.

При вагітності у жінки змінюється психіка, її ставлення до оточуючих, вагітна по-особливому реагує на зовнішні і внутрішні подразники. Психіка вагітної жінки заповнена своїми власними відчуттями, вона впливає на функцію нейрогуморальної системи, нейротрофічний метаболізм, а також на синтез ферментів і інші біохімічні показники.

Як і за всіма часами інтенсивної зміни, вагітність ставить перед нами нові, часом зовсім непрості завдання. Сам факт її настання часто примушує випробувати цілу бурю емоцій, в якій важко розібратися. Емоції приходять зовсім різні, суперечливі, навіть якщо жінка вагітність планувала, передчувала і чекала. Часто в поданні вагітність буває щасливим часом, позбавленим турбот і проблем, а в реальності виявляється, що разом з її настанням і трепетною радістю приходить і тривога, страх зміни життя, стосунків у сім'ї і з чоловіком, жаль про щось недоробленому. При цьому жінка продовжує жити своє життя, повну різних переживань, проблем. Ще складніше може виглядати ситуація, коли вагітність несподівана, а сімейна ситуація не так стійка, як могла б бути. Проблема материнства і, зокрема, такого важливого етапу підготовки до материнства як вагітність у науковій літературі представлена не дуже повно, увагу їй стало приділятися тільки в останнє десятиліття і розгляд цієї проблеми можна знайти в обмеженій кількості авторів (Філіппова Г.Г., Мещерякова, С.Ю., Брутман В.І., Л. Стоун, Л. Де Маус, Е. Шортер, Д. Полиць, Ф. Ар'єса, Дж. Каган, М. С. Радіонова, Е. Бадінтер, В.А. Вагнер, Н. А. Тіх, Е. Еріксон, Д. Віннікот, М. Малер).

Об'єкт дослідження: психоемоційна сфера жінки в період вагітності.

Предмет дослідження: трансформація емоційної сфери в залежності від трієсту вагітності.

Гіпотеза: припущення про вплив індивідуально – типологічних особливостей на тривожність вагітних жінок.

Мета: Виявлення показників змін емоційної сфери жінок та з'ясування особливостей психологічного супроводу в період вагітності.

Завдання дослідження:

- 11) Аналіз джерел з питань психоемоційної сфери жінки під час вагітності;
- 12) Виявити динаміку індивідуально – психологічних особливостей та тривожність жінок;
- 13) Здійснити підбір методик, які адекватні меті та гіпотезі дослідження;
- 14) Провести емпіричне дослідження, здійснити аналіз отриманих результатів та з'ясувати особливості психологічного супроводу жінок ;
- 15) Сформулювати висновки та розробити корекційну програму по урегулюванню емоційної сфери вагітних жінок.

Методи і методики дослідження:

- d) Теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення результатів наукових досліджень літературних джерел);
- e) Емпіричні методики (спостереження, бесіда, психодіагностика при допомозі наступних методик: Методика САН (Методика і діагностика самопочуття, активності і настрою); Методика діагностика самооцінки психічних станів (по Г.Айзенку); Шкала Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності); Методика експрес – діагностика неврозу (К.Хека і Х. Хесса); Тест на рівень суб'єктивного контролю (Тест УСК) Дж.Роттера);
- f) Математично – статистичні (мат.очікування та дисперсія).

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих показників в практичній діяльності психолога у медичних закладах, що допоможе в урегулюванні емоційної сфери вагітних жінок. Отримані результати можуть застосовуватися у клінічній психології (як науковій дисципліні) та спецкурсах, які викладаються у ВНЗ України.

Новизна роботи полягає у новому підході до психологічного супроводу вагітних жінок та підготовки до пологів.

Структура роботи. Робота складається із вступу, чотирьох розділів-теоретичного, емпіричного, корекційної програми, висновки, списку літературних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1. Емоційна сфера та її трансформація під час вагітності

Вагітність - дуже особливий час постійної зміни, перетворення. Процес розвитку і зростання дитя відбувається в маминій матці, і сама жінка під час вагітності та пологів змінюється - стає матір'ю, осягає своє жіноче призначення. Цей [процес](#) переходу до материнства відбувається на всіх рівнях: фізичному, ментальному, емоційному, перетворюється [тіло](#) і душа жінки. Гормональний фон вагітності може призвести до частих змін настрою, підвищення тривожності, змінам [лібідо](#), стомлюваності і слізливості, до інших несподіваним емоційним змін. Часом досить багато випробувань приносить жінці її загальна життєва ситуація. Все це, що відбувається всередині та близько вагітної жінки, вимагає найчастіше від неї великої напруги сил. У цей час дуже важлива якість і достатність підтримки, яку отримує жінка, затребуваною може виявитися [професійна](#) допомога [психолога](#), [акушерки](#) або досвідченої жінки, що пройшла досвід виношування і народження дитини.

Вивчення психологічного стану жінок під час виношування дитини (В. І. Брутман, А. Я. Варга, М. С. Радіонова, Г. Г. Філіппова, І. Ю. Хамітова та ін) дозволяє припустити, що у вагітності є власна, притаманна їй динаміка загострення і ослаблення наявних у жінки проблем. У першому триместрі актуалізується, і гостро переживаються проблеми з власною матір'ю та іншими об'єктами прихильності, проблеми відносин з чоловіком. У другому і третьому триместрах з'являється виражене уникнення негативних емоцій, проблеми першого триместру явно послаблюються, актуальними стають [страх](#) перед пологами і своєї некомпетентності в післяпологовому періоді. На початку третього триместру виражений "синдром облаштування гнізда", який проявляється в підвищенні активності, прагненні впорядкувати наявні проблеми. Напрямок активності в цей період на підготовку до пологів і

[післяпологовий період](#) співвідноситься зі сприятливою динамікою перебігу вагітності та цінності дитини, активність, не пов'язана з дитиною, з несприятливою динамікою. До кінця вагітності найчастіше ослаблені страх пологів, своєї некомпетентності, знижується напруга всіх інших проблем. Зворотна ситуація відображає виражену несприятливу динаміку переживання вагітності та цінності дитини [14,с. 62].

Криза першої вагітності на суб'єктивному рівні може супроводжуватися негативним емоційним станами. У їх число входять дратівливість, емоційна нестійкість, особлива чутливість до стресогенних факторів, неясність життєвої перспективи, [відчуття](#) самотності. Зіткнувшись з цією кризою, нерідко жінка намагається не помічати, як змінилося її життєва ситуація, хоча при цьому може відчувати себе нещасною, відчувати депресію і розчарування. Повна відсутність негативних емоцій, безтурботне переживання вагітності може бути симптомом відмови від зусиль з подолання кризи. Жінки, які ігнорували труднощі, перебільшуючи позитивні почуття під час вагітності, згодом не вірили в себе як в матір, у них погіршилися подружні відносини, важче протікали [пологи](#), вони більш негативно ставилися до годівлі грудьми, їхні діти були гірше розвинуті, ніж інші.

Зміна у самосвідомості жінки багато в чому обумовлені дією [еволюційно](#) вироблених біологічних [механізмів](#) формування материнського ставлення до дитини (прихильності). Важливу роль у формуванні прихильності у матері відіграє особливу роль "парацептивний" досвід (тобто досвід, пов'язаний з [відчуттям](#) матір'ю рухів плоду, що викликає у майбутньої матері відчуття "зрідненою" з власною дитиною). ([Основи психології](#) сім'ї та сімейного [консультування](#))

Розглядаючи вагітність, можна виділити основні відмінні характеристики цього періоду. На наш погляд, зміни зачіпають три рівня людського життя: [фізіологічний](#), [психофізіологічний](#) і [психологічний](#). Розглянемо психологічний рівень зміни.

Психологічні зміни під час вагітності виявляється у так званому синдромі вагітності. Стосовно до вагітності, синдром - це нове психогенне стан, обмежений певним періодом часу, який починається не в день [зачаття](#), а при усвідомленні жінкою свого нового положення і закінчується не пологам, а в момент пігмаліонізації своєї дитини. Синдром вагітності переживається жінкою на [несвідомому](#) рівні, має певні часові [межі](#) і характеризується такими симптомами

На першому етапі найчастіше випробовується афект усвідомлення себе вагітною. У рамках цього симптому, як правило, виявляється наступне відмінність: чим вище у вагітної жінки соціальний та інтелектуальний рівень, чим більш вона незалежна і [професійно](#) успішна, тим більше питань про сенс дітонародження буде поставлено нею перед собою, тим важче їй буде наважитися стати матір'ю.

Наступним етапом розвитку синдрому вагітності є рефлексивне прийняття нового власного образу: "Я - в положенні". Цей етап характеризується визнанням [фізіологічних](#) змін у своєму організмі. Реальні [біологічні](#) та нейроендокринні зміни, що супроводжують вагітність, можуть робити глибокий психологічний вплив на очікують матерів.

Так як ці зміни носять інтенсивний [характер](#) на початку вагітності, і потрібен якийсь час для адаптації до них, ймовірно, що емоційні переживання жінки протягом першого стресу, характеризується такими проявами, як нудота, блювання, запаморочення, [головний біль](#) і порушення апетиту.

Особливої уваги заслуговує симптом емоційної лабільності, який, в тій чи іншій мірі властивий для всього періоду вагітності. Під цим симптомом мається на увазі емоційна дезадаптивності, яка проявляється у [коливаннях](#) фону настрою. У деяких жінок зростає пасивність і з'являється відчуття вищої задоволеності і насолоди. У інших в цей час настає легка [депресія](#) і посилюється фізична активність, можливо, тому що вагітна намагається заперечувати нове відчуття власної пасивності. Коливання настрої можуть виражатися в різному ступені внутрішньої напруги: у [відчуттях](#) нудьги, в

повільності, у зростаючому невдоволенні собою, в вербалізованих почутті пригніченості.

З моменту усвідомлення і внутрішнього і прийняття себе вагітною у жінки виявляється симптом суперечливого ставлення до вагітності. Дослідники відзначають, що в цей час спостерігаються [характерні](#) швидкі [коливання](#) настрою і [воскресіння](#) колишніх тривог, афектом, в якому одночасно присутні радість, оптимізм, надія і насторожене очікування, [страх](#), печаль. Тут і побоювання, і [страхи](#), пов'язані з майбутніми пологами, що доходять до паніки "винесу я пологи?"; І невпевненість у своїх [здібностях](#) народити і стати повноцінною матір'ю, і страх за здоров'я майбутньої дитини, стурбованість перед погіршенням матеріального становища своєї сім'ї, перед можливим обмеженням особистої свободи, і нарешті, переживання своєї тілесної [метаморфози](#) і пов'язаної з цим сексуальної непривабливості.

Далі виникає [характерна](#) для вагітності психічна перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням в нього образу дитини. У цей момент майбутньою матір'ю переживається симптом нового життя в собі. Цей етап найчастіше настає тоді, коли жінка починає відчувати перші ворухіння плоду. Дитина своїми рухами ніби змушує визнати себе окремим людською істотою зі своїм власним життям, якій [мати](#) керувати не може. У міру зростання плоду, чуттєвий компонент цих [відчуттів](#) стає більш яскравим, набуває відтінку предметності. Жінка в цей період зазвичай починає трактувати поведінку майбутнього немовляти: "прокинувся", "веселиться", "турбується" і т.п. Наділена змістом вагітність надихає майбутню матір, створює [відповідний](#) афективний фон, яким вона одухотворяє свого майбутнього немовляти, його присутність викликає почуття ніжності, забарвлюється в теплі емоційний тону. Деякі жінки настільки занурені у ці переживання, що в їх поведінці також починають з'являються риси дитячості. Вони стають більш сензитивним і вселяють, безпорадними і розм'якшеними. Як вважають дослідники, в цей період вагітності зазвичай виникає внутрішній діалог матері з дитиною. Особливу емоційний стан сприяє формуванню образу дитини, який

включається в самосвідомість жінки. Цей [образ](#) наповнюється особливим чуттєво - смисловим змістом, який можна охарактеризувати як "соединство", "зріднені". Симптом прийняття нового життя в собі являє собою вершину синдрому вагітності, будучи своєрідним [індикатором](#) сприйняття, переробки та оцінки жінкою досвіду цього психофізіологічного стану. Він характеризується насувається відповідальністю за долю дитини, снами, мріями та фантазіями про нього.

Таким чином, описаний вище синдром, є типовим для періоду вагітності у всіх жінок. Разом з тим, його симптоми в конкретних випадках можуть бути представлені з різним ступенем вираженості в кожному конкретному випадку. Найбільш яскраво вищевказані симптоми, посилені страхом перед невідомим, проявляються протягом першої збереженої вагітності.

Виходячи з вищесказаного, можна з повною впевненістю вважати вагітність якісно новим станом організму і психіці жінки. Більше [того](#), цей стан є переходом до одного з найважливіших періодів в житті жінки періоду, коли гармонія в родині багато в чому (якщо не повністю) буде залежати від її вміння бути матір'ю. Тому основним показником успішного закінчення вагітності, на наш погляд, є придбання жінкою нової якості материнства.

1.1.1. Зміни в емоційній сфері вагітних, як варіант трансформації емоційної сфери

Усі дослідники, які звертаються до вивчення психологічних аспектів вагітності, так чи інакше відзначають наявність у вагітних і породіль низки змін у психіці, що мають специфічний характер. Не тільки міркування, які залучаються для пояснення відбуваються трансформацій, але й опису змісту цих змін і що дається їм оцінка сильно, а іноді й полярно різняться і залежать від приналежності авторів до тієї чи іншої теоретичної та методологічної платформи.

Найбільший загальний аналітичний погляд на роботи з цієї тематики дозволяє побачити, що підходи до опису і пояснення психологічних

трансформацій, що відбуваються з жінкою в період вагітності, можна розділити на три групи. У першій групі досліджень основний акцент робиться на емоційні прояви, які відносяться до психопатології і підлягають лікуванню або корекції. Ці роботи виконані в основному в руслі медицини і відображають традиційний медичний підхід до вагітності.

Друга група дослідників визнає існування психопатологічних емоційних проявів у період вагітності (і аналізує їх в традиціях медичного підходу), але акцентує свою увагу на інших психологічних феноменах, які отримують позитивну оцінку. У цій групі робіт актуальні психологічні зміни при вагітності розглядаються як відображення в свідомості глибинних змін, змістом яких є перебудови на мотиваційному та смисловому рівні психіки, пов'язані з формуванням нової самоідентичності або становленням в психіці жінки таких психологічних утворень, як «материнське ставлення» або «готовність до пологів або материнства».

В окрему групу можна виділити роботи, присвячені вивченню відображення в психіці тілесних трансформацій, пов'язаних з вагітністю.

Не претендуючи на повне і всебічне уявлення результатів, отриманих в цих роботах, проілюструємо існуючі погляди на зміст і динаміку психічних змін в період вагітності деякими даними, а також проаналізуємо використовувані пояснювальні схеми, їх відображення в практиці медичної та психологічної допомоги вагітним жінкам і їх евристичну цінність.

Спочатку вагітність і пологи належали веденню медицини, і в цій науці накопичено величезну кількість даних, що описують зміни в психіці, які супроводжують протікання вагітності. Їх зміст представлено в основному в психопатологічних термінах. Наведемо деякі дані, що характеризують емоційні зміни на різних етапах нормально протікає вагітності. За даними Кочнева М.А. (1992), для першого триместру вагітності характерним вважається поява коливань настрою від радісного до різко зниженого, може з'явитися плаксивість, дратівливість, помисливість, підвищена сугестивність, апатія, страхи щодо майбутнього. Дані про емоційний стан вагітних жінок у другому

триместрі суперечливі. Одними авторами відзначається, що у первісток в цей період відбувається деяка нормалізація психічного стану, підвищується працездатність (Кинтаро П.Я. з співавт., 1984), інші ж вказують на більш високий рівень невротизації, розлади настрою з легким субдепресивного компонентом, розлади тривожного ряду (Лєсков Г.А. та ін, 1992). Закінчення гестаційного періоду характеризується підвищенням рівня тривоги і занепокоєння. За даними Кречетова А.Б. і Абрамченко В.В. (1968), на цьому етапі з'являється страх перед пологами; побоювання за долю майбутньої дитини. За даними інших авторів, рівень тривоги на початку і в кінці вагітності достовірно не відрізняється, але в третьому триместрі зростає рівень депресивних розладів.

У медицині існує безліч досліджень, що показують, що фізіологічна вагітність може супроводжуватися вираженою патологією емоційної сфери. Поширеність нервово-психічних порушень при вагітності залишається не до кінця вивченою і варіює серед різних контингентів вагітних. За даними різних авторів, частота прикордонних нервово-психічних розладів у період вагітності у вигляді депресії, деперсоналізації, фобій і нав'язливих станів, коливається від 7 до 30% (Кречетов А.Б., Абрамченко В.В.; Марфіна Н.А. ; Бледін К.Д., Брайс Б.). Поширеність психічних порушень різна в залежності від соціально-економічного статусу і інших соціально-демографічних характеристик. За даними зарубіжних досліджень (цит. за Марфін Н.А.), серед бідних верств населення депресивні порушення періоду вагітності зустрічаються в 25%, і в два рази рідше серед вагітних, що відносяться до середнього класу. У 16% вагітних діагностуються афективні розлади, причому у більшості з них (67%) початок афективних порушень припадає на 3-й триместр вагітності [36,с. 43-46]. У роботі Північного А.А. з співавт. стверджується, що до 45% вагітних виявляють психічні порушення різного ступеня тяжкості і до 40% жінок отримують різноманітні психотропні препарати. Специфічною особливістю психічних порушень при вагітності автори вважають їх «маскуватися» характер: на перший план і в скаргах, і при об'єктивному дослідженні виступає

сомато-вегетативна симптоматика; прикордонна психічна патологія, в тому числі ендogenous спектру, в більшості випадків ховається під маскою тієї чи іншої патології вагітності, особливо загрози переривання вагітності, і вегето-судинної дистонії. Багато авторів виділяють преневротическіе стану у вагітних, вважаючи, що ця стадія не обов'язково переходить в розвинену форму неврозу і заслуговує того, щоб бути виділеною в щось самостійне (Анфіногенова Н.Г. з співавт.) [1,с.23].

Ситуація ускладненої вагітності традиційно вважається благодатним ґрунтом для виникнення психічної патології. За результатами медичних досліджень, патологія вагітності надає вдруге - психогенне вплив на психологічний стан майбутніх матерів. У вагітних з пізнім токсикозом мають місце прогресуючі в динаміці вагітності різні вісцеро-вегетативні і психо-емоційні порушення, які кваліфікуються в термінах неврозоподібних розладів (за даними Акімової К.В., у 76% вагітних групи ризику пізнього токсикозу і у всіх вагітних з пізнім токсикозом), неврасте-і псіхастеноподібних станів (по Мамієва О.Б., у 70,1% вагітних), невротичних реакцій (в 23,7% випадків, за даними Марфін Н.А.), основних форм неврозів (21,7%, там же)[36,с. 34]. При цьому з наростанням тяжкості пізнього токсикозу відбувається ускладнення психопатологічної симптоматики від астеничного синдрому до неявно вираженим афектних зі зміною полярності (від депресії до гіпоманії). Прикордонні психічні стани, з переважанням невротичних, зареєстровані у 83,9% жінок зі звичним невиношуванням вагітності (Серікова О.І.). У хворих «блювотою вагітних» в 95,8% випадків є неврастеніоподібних і псіхастеноподібних, а також вегето-судинні порушення (Воронін Ю.Т.) [19,с.17].

Пояснення вищеописаних феноменів, пропоновані в рамках «медичного» підходу, зводяться, як правило, до тим, що відбувається під час вагітності нейро-гуморальним зрушень. Здавна вважається, що напруга фізіологічних систем при вагітності служить провокуючим моментом початку або загострення психічних захворювань: за даними Крепеліна, на вагітність

припадає 1,5-3% всіх психічних захворювань, Альцгеймер описав 65 випадків психозу у зв'язку з вагітністю, відзначаючи, що аборт в таких випадках не призводить до поліпшення (Хорошко В.К.). Або ж в якості причини настільки виражених емоційних змін і порушень висувається особлива сензитивність періоду вагітності, вразливість психіки вагітних для раніше не були психотравмуючими різних подій, її особлива сприйнятливості до різних впливів (Молохов А.Н.; Анфіногенова Н.Г. з співавт. та ін.) Однак причини подібної сензитивності знову-таки зводяться до організмическим факторам.

1.1.2. Особливості емоційно-сислової сфери вагітних жінок, які мають досвід незавершеної вагітності (викидні)

Яким чином наявність негативного досвіду першої вагітності (викидня) впливає на особливості емоційно - сислової сфери вагітних жінок при повторній вагітності.

Під незавершеною вагітністю ми будемо розуміти викидень, який був наслідком проблем зі здоров'ям жінки або дитини.

Статистично відзначається збільшення жінок, нездатних виконати репродуктивну функцію у зв'язку із станом здоров'я, або тих, у яких вагітність не закінчується народженням дитини. Такий групі жінок слід приділяти велику увагу з метою стабілізації їх емоційного і загального психологічного стану, тому що вагітність у цих жінок була бажаною і викидень з наявністю цього факту є найбільш болючим.

Говорячи про материнство, слід докладніше зупинитися на вивченні вагітності. Даний життєвий етап для будь-якої жінки є періодом трансформації її особистісної, професійної, сексуальної, гендерної, тілесної та інших ідентичностей. Разом з тим, це період припливу психофізіологічних сил, які можуть і повинні бути спрямовані на народження здорової дитини та особистісне психосексуальне дорослішання самої жінки - майбутньої матері.

Вагітність є природний, що вимагає підвищеної уваги, не тільки біологічний, а й соціальний процес, який передбачає духовне піднесення жінки в інтересах дитини і всього суспільства.

Вагітність розглядається як критичний період життя жінки, як криза розвитку, що характеризується глибокими психологічними і соматичними змінами. Філіппова Г.Г. визначає вагітність як гострий перехідний період, що супроводжується кризовими переживаннями, які суттєво перебудовують свідомість жінки і її взаємовідношення з миром. Особливо стресовий Г.Г. Філіппова вважає першу вагітність. Вона є критичною точкою в розвитку жіночої ідентичності, перехід до якої сприяє внутрішньої і зовнішньої інтегрованості і набуття нового соціального статусу [55, с.22 - 37, 56, 47].

В.І.Брутман розуміє материнство як процес вибудовування смислових меж між матір'ю і дитиною. Таким чином, основним новоутворенням материнства є зміна смислової сфери жінки, яка визначає переживання материнства як динамічного процесу, реалізующегося в системі материнсько-дитячої взаємодії. Очікування і народження дитини є для жінки не просто новою соціальною ситуацією, що вимагає реалізації специфічних поведінкових актів, але і запускає процес переживання. В.І.Брутман розглядає вагітність як гострий перехідний період, який нерідко супроводжується кризовими переживаннями. У ході вагітності істотно змінюється свідомість жінки і її взаємини зі світом [14, с. 79-87, 15].

О.С. Васильєва та Є.В. Могилевська визначають вагітність як екзистенційну ситуацію, що зачіпає всі життєві підстави жінки, обумовлюючи глибокі зміни самосвідомості, ставлення до інших і світу, вважають її « життєвим подією », що дотримують умови для особистісних змін і перебудови суб'єкта цієї події [22, с.20 - 22, 23, с. 32 - 39].

У нашому дослідженні ми ставимо перед собою мету розглянути індивідуально-психологічні особливості вагітних жінок, які мають досвід незавершеної вагітності (викидень). Ми припускаємо, що викидень для жінки є травмуючим подією, і повторна вагітність буде більш емоційно забарвлена,

жінки будуть з тривогою відноситися до течії вагітності, переживати за результат пологів. Їх діяльність буде спрямована на запобігання негативного досвіду першої вагітності.

Вагітність - один з етапів становлення материнської сфери. На етапі взаємодії з власною дитиною відбувається безпосередня реалізація матір'ю своїх функцій. Перше, що відбувається, це - ідентифікація вагітності. Це дуже короткий проміжок часу, який ще до виникнення перших змін у фізичному стані жінки безпосередньо пов'язаний з усвідомленням себе вагітною. У звичайних випадках виникнення перших підозри вже провокує певні переживання. Зміст та інтенсивність цих переживань безпосередньо відображає значення цієї вагітності для матері і багато особливостей її материнської сфери. Бажана вагітність, планована, чи був у жінки негативний досвід вагітності. Дані параметри, як ми припускаємо, будуть визначати стиль переживання вагітності.

Поняття «переживання» сходять корінням до інтроспективної психології, класичної психології свідомості. При цьому межі поняття розмиті, що дозволяє наповнювати його різним вмістом, включаючи культурно-історичний контекст (Л.С.Виготський [21]), предметну область психології (С.Л.Рубинштейн [58]), категоріальний апарат теорії діяльності (Ф. Е.Васілюк [77,с - 78]).

За Василюку, переживання - особлива діяльність, спрямована на перебудову психологічного світу, на встановлення змістового відповідності між свідомістю і реальністю. Діяльність по переживання виникає в ситуації, в якій неможливо реалізувати внутрішні необхідності життя суб'єкта. Таким чином, можна стверджувати, що переживання - "боротьба проти неможливості за створення можливості в ситуації життєвих мотивів "[77, с - 46].

Материнство, будучи якісно новою ситуацією розвитку жінки, запускає процес інтеграції її власних життєвих завдань і завдань розвитку дитини в її світ. На перших порах цей процес найчастіше некерований з боку жінки. Він викликає потік нових різноманітних переживань, який заповнює внутрішнє психологічний простір матері. Сміслові переживання материнства стає тим утворенням, яке дозволяє жінці керувати процесом інтеграції суперечливих

переживань, супроводжуючих розвиток її відносин з дитиною, і здійснювати осмислений вибір батьківської позиції і стратегії батьківської поведінки.

Вагітність, спираючись на теорію Ф.Е.Василуком [77,с.- 34], можна розглядати як критичну ситуацію, яка може бути і як стресовій та фрустраційної, так і конфліктною і кризовою. Тому переживання вагітності є переживання критичної ситуації, що відбувається з вищевикладеного механізму. У нашій роботі ми розглядаємо вплив досвіду незавершеною вагітності (викидня) на емоційн -сміслову сферу вагітної жінки при повторній вагітності. Ми припускаємо, що перша вагітність, яка не закінчилася народженням дитини, формує у жінки страх, що і в цей раз може статися викидень, уявлення про можливі ускладнення вагітності набувають значимий зміст, виникає підвищена тривога за результат вагітності.

У нашій роботі ми будемо використовувати поняття переживання, введене С.Л.Рубинштейном [77,с.- 13], так як його теорія орієнтована не лише на діяльність, але і на процес споглядання.

Переживання, по С.Л.Рубинштейну [77,с.-14] це будь, випробовуване суб'єктом, емоційно забарвлення стану, безпосередньо представлене в його свідомості і яка виступає для нього як подія з його власного життя.

Вагітність, виступаючи як подія з життя жінки, набуває емоційне забарвлення. Ступінь усвідомленості емоційного переживання вагітності залежить від значимості цієї події для життя жінки.

Ми припускаємо, що жінки, у яких був негативний досвід першої вагітності, при повторній вагітності матимуть зовсім інші емоційні прояви. Про це говоритиме виражене тривожний стан, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, незадоволена потреба у відносинах повних взаєморозуміння. Також ми можемо говорити про емоційної нестабільності, в поєднанні із залежністю від оточуючих, недовірливістю, стомлюваністю ранимістю, вразливістю з наявністю порушення та занепокоєння. У даної групи жінок переважає тривожний стиль переживання вагітності і наростання тривоги з наближенням пологів, занепокоєння з бажанням прискорити події. Це, як ми

припускаємо, пов'язано з тим, що вагітність у цих жінок проходить зі страхом і бажанням запобігти попередній негативний досвід вагітності.

Смислова сфера при повторній вагітності буде обмежена даними станом. Вагітність займатиме провідне положення в ієрархії смислів, вона буде особистісно значима для жінки і тим самим, визначати систему життєвих сенсів.

Смислове переживання материнства розглядається як психологічне новоутворення у сфері самосвідомості жінки, яка прийняла на себе батьківську роль. Воно проявляється як внутрішня діяльність смислового вибудовування материнської позиції, яка може бути проаналізована через внутрішній діалог матері.

Смислове переживання вагітності - це динамічний процес, в якому не відбувається змістовна трансформація смислів (ядерні смисли залишаються незмінними), однак відбувається розширення мережі смислових зв'язків за рахунок включення нових елементів унікальної ситуації.

Проблемі смислового переживання материнства присвячено безліч теоретичних і прикладних досліджень. Аналіз власне психологічних робіт дозволяє виділити два основних напрямки досліджень. Перше присвячене обговоренню якостей, поведінки матері, їх впливу на розвиток дитини.

Нам видається більш перспективним напрямком аналізу материнства, яке акцентує увагу на ідеї суб'єктивності матері і дитини незвідності їх, до нерозчленованій. Найбільш яскраво ця ідея втілена в концепції материнства Г.Г.Філіпповой, яка розробляється на основі методології еволюційно-системного підходу [55,56]. У цій концепції виділяються онтогенетические етапи розвитку материнської сфери, зміст якої представлено потребностно-мотиваційним, операціональним, ціннісно - смисловим блоками. Материнство розглядається при цьому не тільки як умова для розвитку дитини, але і як особлива потребностісна-мотиваційна складова психології жінки, що формується протягом усього життя.

Переживання вагітності включає фізичне і емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності, переживання симптоматики вагітності, динаміки переживання симптоматики по триместрах вагітності, переважний фон настрою по триместрах вагітності, переживання першого ворухіння, переживання ворухінь протягом усієї другої половини вагітності, зміст активності жінки в третій триместр вагітності.

За характером переважаючого переживання багато дослідників ділять період вагітності на три етапи:

- 1) прийняття жінкою рішення про збереження або штучне переривання вагітності,
- 2) початок руху плоду,
- 3) підготовка до пологів і появи дитини в будинку.

Під стилем переживання вагітності Г.Г.Філіппова розуміє «фізичне та емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності та її динаміки по триместрах, переважний фон настрою, переживання ворухінь плода, зміст активності жінки»[55,56с.64-82]. Використовуючи методи спостереження, феноменологічного опису поведінки, проєктивних методик, вона описала варіанти стилів переживання вагітності :

- Адекватний (до нього входить ідентифікація вагітності без сильних і тривалих і тривалих негативних емоцій, соматичні відчуття «відмінні від статків не вагітності», інтенсивність яких середня, добре виражена);
- Тривожний (у матерів з даним стилем переживання вагітності ідентифікація вагітності тривожна, з страхом, неспокоєм, які періодично поновлюються);
- Ейфоричний(всі характеристики даного типу носять неадекватну ейфоричну забарвлення, відзначається некритичне ставлення до можливих проблем вагітності та материнства, немає диференційованого ставлення до характеру ворухіння дитини; зазвичай до кінця вагітності з'являються ускладнення);
- Ігнорує (при такому типі переживання вагітності ідентифікація вагітності занадто пізня, супроводжується почуттям досади або неприємного подиву);

- Амбівалентний (загальна симптоматика цього стилю подібна з тривожним стилем, особливістю є різко протилежні за фізичним та емоційним відчуттям переживання ворушіння ; характерно виникнення больових відчуттів);
- Відрікається (ідентифікація вагітності супроводжується різкими негативними емоціями; вся симптоматика вагітності яскраво виражена і негативно фізично і емоційно забарвлена).

Ми припускаємо, що викидень буде особливо травмуючим подією в житті жінки, так як відбувається незалежно від бажання жінки, є наслідком проблем зі здоров'ям жінки або дитини. Жінки, у яких був негативний досвід першої вагітності (викидень), при повторній вагітності матимуть зовсім інші емоційні прояви. Про це говоритиме виражене тривожний стан, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, незадоволена потреба у відносинах повних взаєморозуміння. Також ми можемо говорити про емоційної нестабільності, в поєднанні із залежністю від оточуючих, недовірливістю, стомлюваністю ранимістю, вразливістю з наявністю порушення та занепокоєння. У даної групи жінок переважає тривожний стиль переживання вагітності і наростання тривоги з наближенням пологів, занепокоєння з бажанням прискорити події. Це, як ми припускаємо, пов'язано з тим, що вагітність у цих жінок проходить зі страхом і бажанням запобігти попередній негативний досвід вагітності. І про це буде говорити її поведінку, прагнення усунути всі фізичні навантаження і загострення уваги на своїх тілесних відчуттях.

Переважаючий тривожний стиль переживання вагітності виражає основні характеристики жінок, які мають негативний досвід першої вагітності, а саме це проявляється в тому, що ідентифікація вагітності в цьому випадку тривожна, з острахом, неспокоєм, які періодично поновлюються; живіт занадто великих або занадто маленьких по терміну вагітності розмірів; соматический компонент сильно виражений за типом хворобливого стану; емоційний стан в перший триместр підвищено тривожне або депресивний, у другому триместрі не спостерігається стабілізації, повторюються депресивні або тривожні епізоди, в третьому триместрі це посилюється; активність у третьому триместрі пов'язана

зі страхами за результат вагітності, пологів, післяпологовий період; перше ворухіння відчувається рано, супроводжується тривалими сумнівами, або, навпаки, чіткими спогадами про дату, годині, умовах, переживається з тривогою, переляком, можливі хворобливі відчуття; подальші ворухіння часто пов'язані з тривожними відчуттями, тривогою з приводу здоров'я дитини і себе, характерна спрямованість на отримання додаткових відомостей, патронаж.

Жінки, які відчувають підвищену тривогу під час вагітності за стан майбутньої дитини, тим не менш, виявляють його низьку цінність, психологічно не впевнені в благополучному результаті вагітності, не націлені на майбутнє материнство. Тривожні вагітні надалі проявляють себе менш успішними в ролі матері, ніж жінки з оптимальним типом переживання вагітності. Вони погано знають причини плачу, недостатньо залучені у взаємодію з дитиною, мало тактильно контактують з ними, рідше розповідають про те, який хороший дитина, менше з ним розмовляють, рідше намагаються встановити контакт невербальними методами спілкування.

Смислова сфера при повторній вагітності буде обмежена даними станом. Вагітність займатиме провідне положення в ієрархії смислів, вона буде особистісно значима для жінки і, тим самим, визначати систему життєвих сенсів.

Смислова сфера даної групи жінок буде звернена в минуле, у зв'язку з наявністю негативного досвіду першої вагітності буде мати місце інтерпретація та аналіз ситуацій, які могли призвести до викидня, з метою уникнути повторне негативна подія при повторній вагітності. Чим ближче при повторній вагітності жінка наближається до моменту переривання вагітності, тим більше зосереджена вона буде на внутрішніх відчуттях, тим більше місце в її смислової сфері буде відводити даному стану. На перший план будуть виходити думки про негативний минулому досвіді, інтерпретації причин, які привели до викидня, концентрації на соматичних відчуттях.

Психологічна готовність до материнства формується під впливом нероздільних біологічних і соціальних факторів, з одного боку, має

інстинктивну основу, а з іншого боку, виступає як особливе особистісне утворення. Г.Г.Філіппова вказувала на те, що мотиваційна основа материнського поведінки людини формується протягом усього життя, відчуючи вплив як сприятливих, так і несприятливих факторів. Рівень психологічної готовності до материнства визначається сумарним ефектом дії цих факторів до того моменту, коли жінка стає матір'ю [46 - 52].

С.Ю.Мещерякова виділила групи факторів, що вказують на психологічну готовність до материнства: у першу групу факторів психологічної готовності до материнства належать особливості комунікативного досвіду жінки в її ранньому дитинстві. Безумовно, важливим етапом у становленні материнського поведінки є період від зачаття до народження дитини. У цей час в організмі і психіці жінки відбуваються глобальні зміни, що готують її до материнства, виробляється ставлення жінки до свого ще не народилася [35, с.18 - 27].

Ми розглядаємо психологічну готовність до материнства як специфічне особистісне утворення, в основі якого лежить осмисленість образу майбутньої дитини у свідомості жінки. При цьому ми спираємося на класифікацію, що виділяє три типи готовності до материнства: позитивну, негативну і конфліктну.

У нашому дослідженні ми припускаємо, що психологічна готовність до материнства тісно пов'язана з переживанням вагітності, яке представлене емоційним і змістовим компонентом. Переживання вагітності включає: фізичне і емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності, переживання симптоматики вагітності, динаміку переживання симптоматики по триместрах вагітності, переважний фон настрою по триместрах вагітності, переживання першого ворухіння, переживання ворухінь протягом усієї другої половини вагітності, зміст активності жінки в третій триместр вагітності.

Вагітність переживається як одна з подій життя жінки. Під час вагітності активність спрямована на перебудову її психологічного світу у зв'язку з встановленням змістового відповідності між нею та її майбутньою дитиною. Сам процес переживання, допомагає жінці, впоратися з критичною життєвою

ситуацією. Адже, як правило, вагітність спричиняє зміну відносин з оточуючими. Переживання прагне до досягнення психічної рівноваги.

Якщо жінка в процесі вагітності буде відчувати негативні емоції, високий рівень тривожності, страх, то дані фактори будуть чинити істотний вплив на готовність до материнства.

Таким чином, ми припускаємо, що переживання вагітності та індивідуально - особистісні особливості будуть суттєво впливати на психологічну готовність до материнства, так як це комплексне поняття, яке включає в себе різні чинники.

Жінки, в анамнезі яких був викидень, при повторній вагітності потребують психологічної підтримки та стабілізації емоційного стану. Так як це особливе життєве подія, яка накладає відбиток на подальше ставлення жінки до наступної вагітності та пологах.

Викидень є наслідком проблем зі здоров'ям жінки або дитини, що призводить до незапланованого переривання вагітності, факт втрати дитини буде істотно впливати на осмисленість і переживання при повторній вагітності, на готовність стати матір'ю. Наявність негативного досвіду першої вагітності, при повторній вагітності, формує у жінки страх, що і в цей раз вона не зможе народити дитину, побоювання за майбутнього малюка, підвищену тривожність, уявлення про можливі ускладнення вагітності набувають найбільш значимий зміст, формується побоювання за результат вагітності.

Смислове переживання вагітності - це динамічний процес, в якому відбувається розширення мережі смислових зв'язків за рахунок включення нових елементів унікальної ситуації вагітності та викидня.

Розглядаючи емоційний компонент переживання вагітності, ми припускаємо, що наявність негативного досвіду першої вагітності (викидня), при повторній вагітності, формує у жінки страх, що і в цей раз вона не зможе народити дитину, побоювання за майбутнього малюка, підвищену тривожність, уявлення про можливі ускладнення вагітності набувають найбільш значимий зміст, формується побоювання за результат вагітності. Про це говоритиме

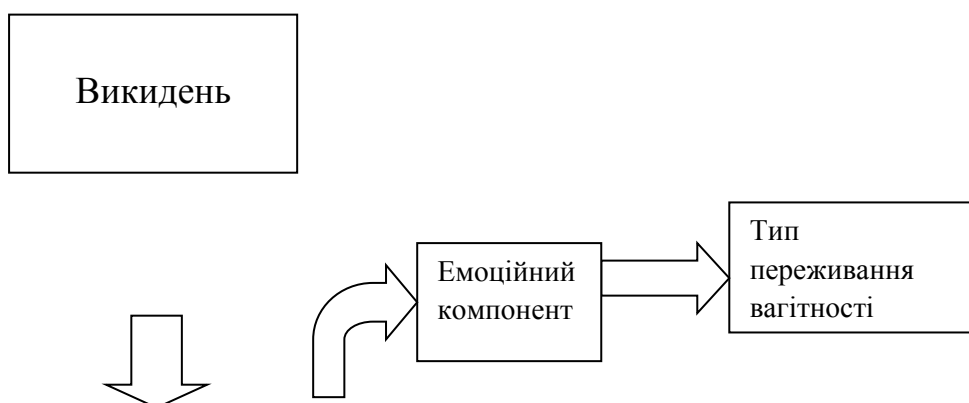
виражене тривожний стан, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, незадоволена потреба у відносинах повних взаєморозуміння. Також ми можемо говорити про емоційної нестабільності, в поєднанні із залежністю від оточуючих, недовірливістю, стомлюваністю ранимістю, вразливістю з наявністю порушення та занепокоєння. Як ми припускаємо, у даної групи жінок переважатиме тривожний стиль переживання вагітності і наростання тривоги з наближенням пологів, занепокоєння з бажанням прискорити події.

Осмисленість вагітності тісно пов'язана з рівнем тривожності, що впливає на формування типу переживання вагітності.

Період вагітності ми розглядаємо в трьох складових: емоційний компонент, когнітивний компонент, поведінковий компонент.

Емоційний компонент. У різних жінок вагітність протікає по-різному. Все залежить від стану вагітної жінки, від її характеру, душевної урівновешанності, стосунків у сім'ї і маса інших причин, які на перший погляд можуть здатися незначними, але які, тим не менш, можуть надати на вагітну помітний вплив. Має значення і те, як сама жінка ставиться до свого становища. Зрозуміло, що жінка, що живе в щасливому шлюбі і що хоче народити, ставиться до своєї вагітності не так, як жінка, постійно сваряться з чоловіком або завагітніла поза шлюбом.

У будь-якому випадку вагітна жінка повинна бути спокійна, намагатися викликати у себе позитивні емоції (це можна зробити, прослуховуючи свої улюблені музичні записи, прочитуючи свої улюблені книги), не піддаватися зміні настрою, яке у вагітних жінок дійсно не буває стабільним, зображено на рисунку 1.



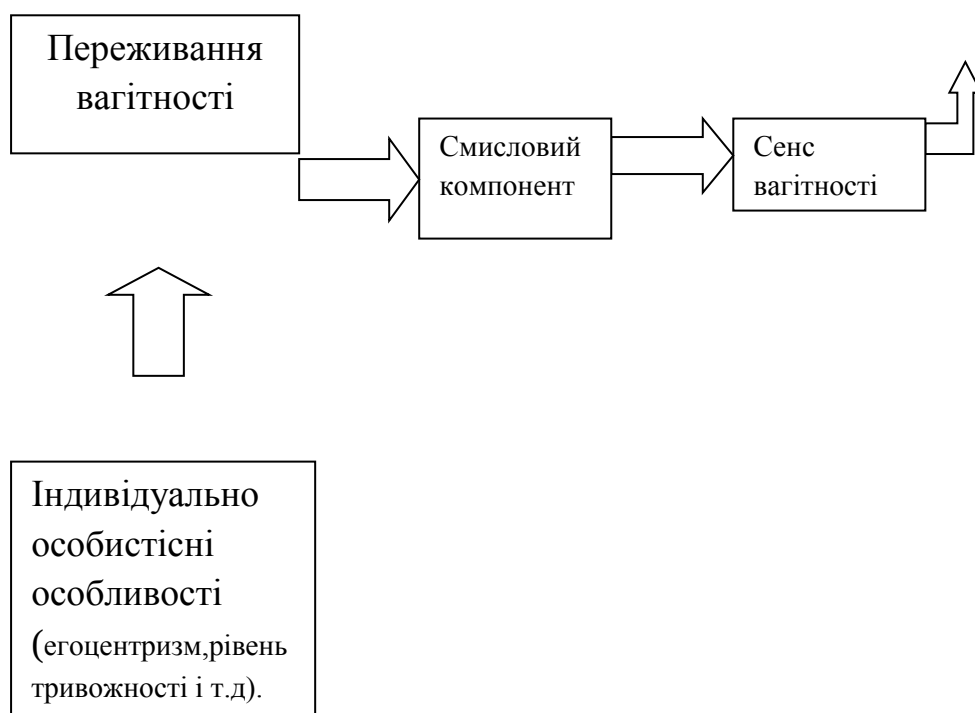


Рисунок 1. – Концептуальна модель дослідження

До четвертого місяця вагітності деяка психічна нестійкість і тривога поступаються, як правило, місце спокійній врівноваженості, однак може знову виникнути почуття страху і тривоги перед майбутнім очікуванням болю, якими супроводжуються пологи.

Дуже багато чого для створення гарного настрою у жінки, що знаходиться на останніх місяцях вагітності, можуть зробити чоловік та інші родичі, друзі. Жінка повинна підійти до дня народження своєї дитини в спокійному стані і впевненою в щасливому результаті вагітності, з відчуттям що вона відтепер не може уявити своє майбутнє існування без дитини.

Загальновідомо, що під час вагітності варто понервувати, або випробувати велику радість, як тут же можна очікувати реакцію плода. Так,

дитина, дитина, ще перебуваючи в утробі матері, відчуває її почуття і емоції. Він може сприймати плач, горе, тобто весь спектр почуттів відтворений мамою.

Не народилася дитина сприймає за допомогою емоцій матері, і ставлення матері до батька. Тому дуже важливо перебувати в постійному емоційному контакті з батьком дитини незалежно від того, перебувають вони в шлюбі чи ні.

Перша ж реакція на настала вагітність у всіх різна. Одна справа - вагітність бажана, інше - вагітність несподівана. Все - несподіванка. Жінка, скажімо, хотіла спочатку закінчити інститут, спробувати себе в професії, на раптом відчуває, що бути матір'ю для неї набагато дорожче. Вона дуже хотіла дитину, але розпочата вагітність раптом усвідомила як перешкода у навчанні, у пристрої сімейного життя(що раніше не здавалося таким вже важливим). Так перше реальне зіткнення з майбутньою дитиною проявляє систему цінностей і змушує усвідомити, що далі вже ваше життя і життя дитини, його і ваші інтереси стануть, єдині і нероздільні.

Реакція на це нерідко суперечлива і складна. Жінку можуть одночасно долати протилежні переживання: досада на викликаються вагітністю обмеження в житті і досада на себе через те, що замість безоглядної поглищеності набранням материнства ви начебто егоїстично хочете ще чогось. Потрібен деякий час, щоб почуття заспокоїлися і перестали сперечатися один з одним. Можливо і так, що спочатку жінка буде любити не так майбутньої дитини, скільки себе як майбутню матір. Та й взагалі це може бути складно полюбити того, кого вона ще не бачила: дитина вже є, і його ще немає в одне і теж час.

Вагітність - ціле життя. Немає двох вагітностей не тільки у різних жінок, але і у однієї і тієї ж, які б точно повторювали один одного. Для жіночого організму це випробування, і в тому, як воно переноситься, позначається весь досвід життя. Набряки, токсикози вагітності, підвищення кров'яного тиску, зміни смак, коливання настрою - все це приносить і тривогу, і фізичні незручності, та обмеження [11 , с.10].

Так чи інакше, але для жінки період вагітності завжди чимось важкий, і ті, у кого вона проходить абсолютно безхмарно, складають швидше виняток, ніж правило. Зазвичай жінки цілком добре справляються з виникаючими труднощами [11].

«Я чекаю дитину » ... навряд чи знайдеться багато слів здатних викликати у жінки стільки ж емоцій. Як тільки вона переконується в тому, що вагітна, її охоплює безліч суперечливих почуттів. Ніколи не буває просто: « Я дуже щаслива» або « Я дуже пригнічена ». Навіть до радості домішується страх перед невідомістю, а до розчарування - гордість майбутньої матері. До цих почуттів домішуються ще й хвилювання перед подією, що тягне за собою значні наслідки, збудження від передчуття нових відкриттів, сум'яття перед невідомістю, якщо це первісток, бажання випробувати материнство, занепокоєння про те, що тіло деформується, боязнь менше подобатися чоловікові і т. д. Але в кожному разі з'являється впевненість, все тепер буде по-іншому [23].

Жінка щаслива і сповнена ентузіазму. Але вона так само схвильована, відчуття того, що незабаром їй належить стати мамою, дещо змінювати у своєму житті, наповнює її новим змістом. Ймовірно, що тепер їй доведеться більш серйозно ставитися до свого здоров'я, чумусь приділяти більше уваги, від чогось відмовлятися [7].

Чутливість дитини до емоційного стану матері та її загальної активності прекрасно збігається із самопочуттям жінки в другому триместрі. Він вважається найбільш комфортним для неї як фізично, так і емоційно. Фізичний стан стабілізується, самопочуття зазвичай гарний, бадьорий, неприємних відчуттів немає. Емоційна сфера відрізняється наявністю стійкого фонового піднесеного настрою і підвищенням лабільності й імпульсивності. Це дозволяє швидко переходити від одного стану в інший, головним чином - з негативного емоційного стану до сталого фонового позитивного. Якщо раніше передбачалося, що жінка в період вагітності повинна відчувати тільки позитивні емоції, то тепер вважається, що позитивним має бути загальний

настрій, а короткочасні негативні емоції необхідні для повноцінного розвитку дитини. Їх інтенсивність і тривалість коригується за рахунок вказаних особливостей емоційного стану вагітної [34].

Оскільки дитина сприймає емоційний стан матері безпосередньо і може утворювати деяку зв'язок між поведінкою матері та її емоційним станом, реально припустити, що вже в другому триместрі є основа для об'єднання переживань від зміни її ритму рухів, голосу, серцебиття і т.п. і безпосередньо гормонального фону, що відбуваються при її емоційних переживаннях. Тут мова повинна йти не про процеси навчання, а про освіту афективно-когнетивних комплексів, складових психофізіологічну основу емоційного забарвлення відчуттів [34].

Когнітивний компонент. Важко уявити, навіть володіючи багатою уявою, який переворот станеться в житті жінки, в житті подружньої пари з появою на світ дитини. В очікуванні його зазвичай будують нові плани, намагаються врахувати вагітність в бюджет сім'ї і тоді постає питання: «Які зміни відбудуться в моєму повсякденному житті, що саме має змінитися? ».

Вляжуться перші хвилювання, і думки про те, що ви чекаєте дитину через деякий час опанує свідомістю жінки. Поступово вона звикає до неї, і житиме нею. Потім вона знайде форму, особа: жінка намагатиметься уявити собі майбутньої дитини, відчувати його в своїх руках, побачить себе в турботах про нього.

Відтепер, де б не була жінка і чим би вона не займалася, її думки будуть постійно звернені до цього крихітному суті, став тепер невід'ємною частиною її організму. Жінка кілька стурбована відповідальністю за майбутньої дитини, можливо, побоюючись, що у неї недостатньо досвіду і що не впорається з доглядом за малюком, а то й зовсім впадає у відчай, наслухавшись розмов про виховання і начитавшись про ту величезну роботу, яка їй належить [7].

Не думати про свою зовнішність жінка не в силах. Фізіологічні зміни настільки сильні, що іноді насилу віриться, що вона зможе повернутися до колишньому габаритам. Додайте сюди розповіді подруг про обвислих грудей,

розтяжках по всьому тілу і целюліті. Таке не присниться просто не може! Точно так само в голові вагітної жінки рояться думки про те, яким батьком буде її чоловік, чи буде допомагати, любити свою дитину. Між іншим, майбутнім батькам, також під час вагітності дружини сняться сни про дружину, сім'ю, дитину, яка незабаром має народитися. Чим ближче пологи, тим гірше сни. І буде краще, якщо в період очікування дитини чоловік і дружина стануть розповідати один одному про своїх думках і снах. Це зближує подружжя, дає можливість розібратися в накопичилися або щойно виникнувших проблемах, розвіяти непотрібні страхи [30].

Часом історії, снящієся майбутньому матерям, приводять їх у жах і по боргу не дають спокою. Такого роду сни не залежать від настрою на вагітність і пологи, і все-таки, по думки лікарів, їм є пояснення. Народження дитини розцінюється жінкою як перехід в зовсім іншу якість, це своєрідна смерть і народження нової людини - матері. Крім того, навіть найжахливіший і неприємний сон - свого року досвід для майбутньої матері. Подібні сновидіння знімають такі негативні емоції, як злість, страх, агресивність, невпевненість, тобто дають вихід тим самим почуттям, які наяву людина намагається в собі придушувати. Випліскуючи весь надлишок негативу у сні, жінка ніби програє сценарій майбутнього життя, всілякі ситуації, в яких може потім виявитися, і це заздалегідь адаптує її до них психологічно. У страшних снів є одна цікава особливість - більшість нічних кошмарів зникають з пам'яті в дуже короткий час.

Поведінковий компонент. Пологи вимагають від жінки величезної напруги сил. Але було б у край нерозумно через вагітність кидати роботу, відмовлятися від ведення господарства і звичних прогулянок, щоб забезпечити повний спокій. Тільки в останні два місяці вагітна повинна бути звільнена від важкої праці, однак легка робота дозволяється. Досвід показав, що пологи притікають швидше і легше у жінок, які до самого кінця вагітності ведуть діяльний спосіб життя. Активний рух, особливо, є для вагітної кращою

підготовкою до того випробуванню її фізичний і моральних сил, яке пов'язане з пологами [10].

Піклуйся про здоров'я дитини, слід починати задовго до його народження. Адже ще до того моменту, коли він з'явиться на світ і заявить про себе, першим криком, «його біографія» налічуватиме і ті кілька місяців, які він провів в утробі матері. А це і є початок його життя - що відчувається тільки самою жінкою і приховане від усіх інших. Тому особливості перебігу вагітності та попередження можливих ускладнень мають велике значення і для мами, і для малюка [10; 13].

Функції матері полягають у тому, щоб радіти життю і тим, що відбувається в її організмі подіям (у першу чергу рухам дитини), але не «вимикатися» з зовнішній життя. Однак ця зовнішня дійсність не передбачає серйозних подій, що провокують стійкий стан дискомфорту і тривоги. Останні можуть виникнути або з причини самопочуття (що в цьому триместрі безпідставно), або внаслідок змін умов життя, в першу чергу соціальних) [34].

Відомо, що якщо жінка сприймає вагітність з радістю, якщо це бажана дитина, то і відчуття від вагітності у неї більш приємні, ніж у жінки, для якої вагітність означає крах усіх надій, перешкоду для досягнення життєвих цілей. Наприклад, при бажаній вагітності ймовірність сильного токсикозу набагато менше, ніж при небажаній вагітності. Неприємні відчуття, які вважаються іноді і зовсім не помічаються. У третьому триместрі неприємних відчуттів від токсикозу жінка з істинно бажаною вагітністю не відчуває ніколи. типовими, особливо для першого триместру (наприклад, нудота, слабкість, позиви до блювоти т.д.), жінкою з бажаною вагітністю переносяться легше.

1.2. Дослідження феномену тривожності у вітчизняній та зарубіжній психології, його прояви на різних стадіях вагітності при першій та повторній вагітності жінок

1.2.1 Тривожність, як феномен вітчизняної та зарубіжної психології

Розуміння тривожності було внесено в психологію психоаналітиками і психіатрами. Багато представників психоаналізу розглядали тривожність як уроджена властивість особистості, як споконвічно властивий людині стан.

Засновник психоаналізу З. Фрейд стверджував, що людина має кілька вроджених потягів - інстинктів, які є рушійною силою поведінки людини, визначають його настрій. З. Фрейд вважав, що зіткнення біологічних потягів із соціальними заборонами породжує неврози і тривожність. Споконвічні інстинкти в міру дорослішання людини одержують нові форми прояву. Проте в нових формах вони наштовхуються на заборони цивілізації, і людина змушена маскувати й придушувати свої потяги. Драма психічного життя індивіда починається з народження і триває все життя. Природний вихід із цього положення З. Фрейд бачить у сублімування " либидиозної енергії", тобто в напрямку енергії на інші життєві цілі: виробничі й творчі. Вдала сублімація звільняє людину від тривожності.

В індивідуальній психології А. Адлер пропонує новий погляд на походження неврозів. На думку А. Адлера, в основі неврозу лежать такі механізми, як страх, боязнь життя, острах труднощів, а також прагнення до певної позиції в групі людей, що індивід у силу яких індивідуальних особливостей або соціальних умов не міг домогтися, тобто чітко видно, що в основі неврозу лежать ситуації, в яких людина в силу тих чи інших обставин, в тій чи іншій мірі відчуває почуття тривоги.

У теорії К. Хорні головні джерела тривоги й занепокоєння особистості кореняться не в конфлікті між біологічними потягами та соціальними заборонами, а є результатом неправильних людських відносин.

У книзі «Невротична особистість нашого часу» К. Хорні налічує 11 невротичних потреб (К. Хорні, 1997):

- Невротична потреба в прихильності і схвалення, бажання подобатися іншим, бути приємним.

- Невротична потреба в «партнері», що виконує всі бажання, очікування, страх залишитися на самоті.
- Невротична потреба обмежити своє життя вузькими рамками, залишатися непоміченим.
- Невротична потреба влади над іншими за допомогою розуму, передбачення.
- Невротична потреба експлуатувати інших, одержувати краще від них. Потреба в соціальному визнанні або престижі.
- Невротичні домагання на особисті досягнення, потреба перевершити інших.
- Невротична потреба в самозадоволенні та незалежності, необхідності ні в кому не потребувати.
- Невротична потреба в любові. Невротична потреба в перевазі, досконалості.

К. Хорні вважає, що за допомогою задоволення цих потреб людина прагне позбутися від тривоги, але невротичні потреби ненаситимі, задовольнити їх не можна, а, отже, від тривоги немає шляхів позбавлення.

У великій мірі К. Хорні близький С. Саллівен. Він відомий як творець «міжособистісної теорії». Особистість не може бути ізольована від інших людей, міжособистісних ситуацій. Дитина з першого дня народження вступає у взаємини з людьми і в першу чергу з матір'ю. Весь подальший розвиток і поведінка індивіда обумовлене міжособистісними відносинами. С. Саллівен вважає, що у людини є вихідне занепокоєння, тривога, яка є продуктом міжособистісних (інтерперсональних відносин).

С. Саллівен розглядає організм як енергетичну систему напруг, що може коливатися між певними межами, станом спокою, розслабленості (ейфорія) і найвищим ступенем напруги. Джерелами напруги є потреби організму і тривога. Тривога викликається дійсними або уявними загрозами безпеці людини.

С. Саллівен так само, як і К. Хорні, розглядає тривожність не тільки як одне з основних властивостей особистості, але і як фактор, що визначає її розвиток. Виникнувши в ранньому віці, в результаті зіткнення з несприятливим

соціальним середовищем, тривога постійно і незмінно присутня протягом усього життя людини. Рятуння від почуття занепокоєння для індивіда стає «центральною потребою» і визначальною силою його поведінки. Людина виробляє різні «динамізми», які є способом позбавлення від страху і тривоги.

Інакше підходить до розуміння тривожності Е. Фромм (Фромм, 1990). На відміну від К. Хорні і С. Саллівен, Е. Фромм підходить до проблеми психічного дискомфорту з позиції історичного розвитку суспільства.

Е. Фромм вважає, що в епоху середньовічного суспільства з його способом виробництва і класової структурою людина не була вільна, але він не був ізольований і самотній, не відчував себе в такій небезпеці і не відчував таких тривог, як при капіталізмі, тому що він не був «відчужений» від речей, від природи, від людей. Людина був з'єднаний зі світом первинними узами, які Е. Фромм називає «природними соціальними зв'язками», що існують у первісному суспільстві. З ростом капіталізму розриваються первинні узи, з'являється вільний індивід, відірваний від природи, від людей, в результаті чого він має глибоке почуття невпевненості, безсилля, сумніви, самотності і тривоги. Щоб позбутися від тривоги, породженою «негативною свободою», людина прагне позбутися від самої цієї волі. Єдиний вихід він бачить у втечі від свободи, тобто втеча від самого себе, у прагненні забути й цим придушити в собі стан тривоги.

Е. Фромм, К. Хорні і С. Саллівен намагаються показати різні механізми рятування від тривоги.

Е. Фромм вважає, що всі ці механізми, в тому числі "втеча в себе", лише прикриває почуття тривоги, але повністю не рятує індивіда від неї. Навпаки, почуття ізольованості підсилюється, тому що втрата свого «Я» становить самий хворобливий стан. Психічні механізми втечі від волі є ірраціональними, на думку Е. Фромма, вони не є реакцією на навколишні умови, тому не в змозі усунути причини страждання і тривоги.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що тривожність заснована на реакції страху, а страх є вродженою реакцією на певні ситуації, пов'язані зі збереженням цілісності організму.

Автори не роблять відмінності між занепокоєнням і тривожністю. І те й інше з'являється як очікування неприємності, яка одного разу може викликати у дитини страх. Тривога або занепокоєння - це очікування того, що може викликати страх. За допомогою тривоги дитина може уникнути страху.

Аналізуючи і систематизуючи розглянуті теорії можна виділити кілька джерел тривоги, які у своїх роботах виділяють автори:

Тривога через потенційного фізичної шкоди. Цей вид занепокоєння виникає в результаті асоціювання деяких стимулів, що загрожують болем, небезпекою, фізичним неблагополуччям. Тривога може бути викликана почуттям провини, яка зазвичай проявляється не раніше 4-х років. У більш старших дітей почуття провини характеризується почуттями самоприниження, досади на себе, переживання себе як недостойного.

Тривога через нездатність оволодіти середовищем. Вона відбувається, якщо людина відчуває, що не може впоратися з проблемами, які висуває середовище. Тривога пов'язана з почуттям неповноцінності, але не ідентична йому.

Тривога може виникнути й у стані фрустрації. Фрустрація визначається як переживання, що виникає при наявності перешкоди до досягнення бажаної мети або сильної потреби. Немає повної незалежності між ситуаціями, які викликають фрустрації й тими, які приводять у стан тривоги (втрата любові батьків і так далі) і автори не дають чіткого розходження між цими поняттями.

Тривога властива кожній людині в тій чи іншій мірі. Незначна тривога діє мобілізуючи до досягнення мети. Сильне ж почуття тривоги може бути «емоційно калічить» і привести до розпачу. Тривога для людини представляє проблеми, з якими необхідно впоратися. З цією метою використовуються різні захисні механізми (способи).

У виникненні тривоги велике значення надається сімейному вихованню, ролі матері, взаєминам дитини з матір'ю. Період дитинства є подальшим розвитком особистості.

Інакше розглядає емоційне самопочуття К. Роджерс (Роджерс К., 1980). Він визначає особистість як продукт розвитку людського досвіду або як результат засвоєння суспільних форм свідомості і поведінки.

Одне з джерел тривожності Роджерс бачить у тому, що є явища, які лежать нижче рівня свідомості, і якщо ці явища носять загрозливий характер для особистості, то вони можуть бути сприйняті підсвідомо ще до того, як вони усвідомлені. Це може викликати вегетативну реакцію, серцебиття, яке свідомо сприймається як хвилювання, тривога, а людина не в змозі оцінити причини занепокоєння. Тривога йому здається безпричинною.

Основний конфлікт особистості й основну тривогу К. Роджерс виводить зі співвідношення двох систем особистості - свідомої і несвідомої. Якщо між цими системами є повна згода, то у людини гарний настрій, він задоволений собою, спокійний. І, навпаки, при порушенні погодженості між двома системами виникають різного роду переживання, занепокоєння і тривога. Головною умовою, попереджає ці емоційні стани, є вміння людини швидко переглядати свою самооцінку, змінювати її, якщо цього вимагають нові умови життя. Таким чином, драма конфлікту в теорії К. Роджерса переноситься від площини "біосоціо" в площину, виникає в процесі життя індивіда між його уявленнями про себе, сформованого в результаті минулого досвіду і даного досвіду, що він продовжує отримувати. Це протиріччя - основне джерело тривожності.

Аналіз основних робіт показує, що в розумінні природи тривожності у зарубіжних авторів можна простежити два підходи - розуміння тривожності як споконвічно властиво людині властивість, і розуміння тривожності як реакцію на ворожий людині зовнішній світ, тобто виведення тривожності із соціальних умов життя.

Однак, незважаючи на, здавалося б, принципове розходження між розумінням тривожності як біологічної або соціальної, ми не можемо розділити авторів за цим принципом. Ці дві точки зору постійно зливаються, змішуються в більшості авторів. Так, К. Хорні або С. Саллівен, які вважають тривогу споконвічною властивістю, «основною тривогою », тим не менш, підкреслюють і її соціальне походження, її залежність від умов формування в ранньому дитинстві.

Навпаки, Е. Фромм, який коштує начебто на зовсім інших соціальних позиціях, у той же час вважає, що тривога виникає в результаті порушення "природних соціальних зв'язків", "первинних уз". А що таке природні соціальні уззи? "- Це природні, тобто не соціальні. Тоді тривога є результатом вторгнення соціального в біологічне. Це ж розглядає З. Фрейд, але тільки замість руйнування природних потягів, на його думку, відбувається руйнування «природних зв'язків».

Таке ж змішання соціального й біологічного в розумінні тривожності ми спостерігаємо в інших авторів. Крім відсутності чіткості в розумінні природи тривожності у всіх авторів, незважаючи на нескінченні приватні розходження, є ще одна спільна риса: ніхто не робить різниці між об'єктивно обгрунтованою тривожністю і тривожністю неадекватної.

Розглянемо проблему тривожності у вітчизняній психології. У психологічній літературі можна зустріти різні визначення поняття тривожності, хоча більшість дослідників сходяться у визнанні необхідності розглядати його диференційовано - як ситуативне явище і як особистісну характеристику з урахуванням перехідного стану його динаміки.

Розрізняють тривожність як емоційний стан і як стійке властивість рису особистості або темпераменту. За визначенням Р.С. Немова «Тривожність - постійно або ситуативно проявляє властивість людини приходити в стані занепокоєння відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях». За визначенням А.В. Петровського: " Тривожність - схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення

реакції тривоги; один з основних параметрів індивідуальних відмінностей. Тривожність звичайно підвищена при нервово-психічних і важких соматичних захворюваннях, а також у здорових людей, що переживають наслідки психотравми, у багатьох груп осіб із відхиленнями в суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості".

Сучасні дослідження тривожності спрямовані на розходження ситуативної тривожності, пов'язаної з конкретною зовнішньою ситуацією, і особистісної тривожності, що є стабільною властивістю особистості, а також на розробку методів аналізу тривожності, як результату взаємодії особистості та її оточення (Петровський, 1990р.)

Г.Г. Аракелов, Н.Є. Лисенко, О.Є. Шотт, у свою чергу, відзначають, що тривожність - це багатозначний психологічний термін, що описують як певний стан індивідів в обмежений момент часу, так і стійка властивість будь-якої людини. Аналіз літератури останніх років дозволяє розглядати тривожність із різних точок зору, що допускають твердження про те, що підвищена тривожність виникає й реалізується в результаті складної взаємодії когнітивних, афективних і поведінкових реакцій, провокованих впливом на людину різними стресами [38, с.- 47].

Тривожність як риса особистості пов'язана з генетично детермінованими властивостями функціонуючого мозку людини, що спричиняються постійно підвищеним почуттям емоційного порушення, емоцій тривоги (Аракелов, 1997).

У дослідженні рівня домагань у підлітків М.З. Неймарк виявила негативний емоційний стан у вигляді занепокоєння, страху, агресії, що було викликано незадоволенням їхніх домагань на успіх. Також емоційне неблагополуччя типу тривожності спостерігалось в дітей з високою самооцінкою. Вони претендували на те, щоб бути " найкращими " учнями, або займати найвище положення в колективі, тобто минулого високі домагання в певних областях, хоча дійсних можливостей для реалізації своїх домагань не мали (Неймарк, 1963)[38, с. - 25].

Вітчизняні психологи вважають, що неадекватно висока самооцінка у дітей складається в результаті неправильного виховання, завищених оцінок дорослими успіхів дитини, захвалювання, перебільшення його досягнень, а не як прояву родженого прагнення до переваги.

Висока оцінка навколишніх і заснована на ній самооцінка цілком влаштовує дитину. Зіткнення ж із труднощами й новими вимогами виявляють його неспроможність. Однак, дитина прагне всіма силами зберегти свою високу самооцінку, так як вона забезпечує йому самоповагу, добрий стосунок до себе. Тим не менш, це дитині не завжди вдається. Претендуючи на високий рівень досягнень у навчанні, він може не мати достатніх знань, умінь, щоб домагатися їх, негативні якості або риси характеру можуть не дозволити йому зайняти бажане положення серед однолітків у класі. Таким чином, протиріччя між високими домаганнями і реальними можливостями можуть привести до важкого емоційного стану.

Від незадоволення потреби в дитини виробляються механізми захисту, що не допускають у свідомість визнання неуспіху, непевності й втрати самоповаги. Він намагається знайти причини своїх невдач в інших людях: батьках, вчителів, товаришів. Намагається не визнають навіть собі, що причина неуспіху перебуває в ньому самому, вступає в конфлікт з усіма, хто вказує на його недоліки, проявляє дратівливість, уразливість, агресивність.

М.С. Неймарк називає це "афектом неадекватності" - " ... гостре емоційне прагнення захистити себе від власної слабкості, якими способами не допустити у свідомість непевність у себе, відштовхування правди, гнів і роздратування проти всього і всіх ". Такий стан може стати хронічним і тривати місяці й роки. Сильна потреба в самоствердженні приводить до того, що інтереси цих дітей направляються тільки на себе.

Такий стан не може не викликати у дитини переживання тривоги. Спочатку тривога обґрунтована, вона викликана реальними для дитини труднощами, але постійно в міру закріплення неадекватності відносини дитини до себе, своїм можливостям, людям, неадекватність стане стійкою рисою його

відносини до світу, і тоді недовірливість, підозрілість й інші подібні риси, що реальна тривога стане тривожністю, коли дитина буде чекати неприємностей у будь-яких випадках, об'єктивно для нього негативних.

Т.В. Драгунова, Л.С. Славина, Е.С. Макслак, М.С. Неймарк показують, що афект стає перешкодою правильного формування особистості, тому дуже важливо його перебороти.

У роботах цих авторів вказується, що дуже важко подолати афект неадекватності. Головне завдання полягає в тому, щоб реально привести у відповідності потреби й можливості дитини, або допомогти йому підняти його реальні можливості до рівня самооцінки, або спустити самооцінку. Але найбільш реальний шлях - це перемикання інтересів і домагань дитини в ту область, де дитина може домогтися успіху й затвердити себе.

Так, дослідження Славиному, присвячене вивченню дітей з афективною поведінкою, показало, що складні емоційні переживання у дітей пов'язані з афектом неадекватності.

Крім того, дослідження вітчизняних психологів показують, що негативні переживання, що ведуть до труднощів у поведінці дітей, не є наслідком вроджених агресивних або сексуальних інстинктів, які "чекають звільнення" і все життя задовольняють над людиною.

Ці дослідження можна розглядати як теоретичну базу для розуміння тривожності, як результат реальної тривоги, що виникає в певних несприятливих умовах у житті дитини, як утворення, що виникають в процесі його діяльності та спілкування. Інакше кажучи, це явище соціальне, а не біологічне.

Проблема тривожності має й інший аспект – психофізіологічний. Другий напрямок у дослідженні занепокоєння, тривоги іде по лінії вивчення тих фізіологічних і психологічних особливостей особистості, які обумовлюють ступінь даного стану.

Велика кількість авторів вважають, що тривога є складовою частиною стану сильного психічного напруження - "стресу".

Вітчизняні психологи, що вивчали стан стресу, внесли в його визначення різні тлумачення.

Так, В.В. Суворова вивчала стрес, отриманий у лабораторних умовах. Вона визначає стрес як стан, що виникає в екстремальних умовах, дуже важких і неприємних для людини.

В.С. Мерлін визначає стрес, як психологічне, а не нервова напруга, що виникає в «украй важкій ситуації».

При всіх відмінностях у тлумаченні розуміння «стресу», всі автори сходяться в тому, що стрес - це надмірна напруга нервової системи, що виникає в досить важких ситуаціях. Ясно тому, що стрес ніяк не можна ототожнювати із тривожністю, хоча б тому, що стрес завжди обумовлений реальними труднощами, у той час як тривожність може проявлятися в їхній відсутності. І за силою стрес і тривожність - становища різні. Якщо стрес - це надмірна напруга нервової системи, то для тривожності така сила напруги нехарактерна.

Можна вважати, що наявність тривоги в стані стресу зв'язано саме з очікуванням небезпеки або неприємності, з передчуттям його. Тому тривога може виникнути не прямо в ситуації стресу, а до настання цих станів, випереджати їх. Тривожність, як стан, і є очікування неблагополуччя. Однак тривога може бути різною залежно від того, від кого суб'єкт очікує неприємності: від себе (своїї неспроможності), від об'єктивних обставин або від інших людей.

Важливим є той факт, що, по-перше, як при стресі, так і при фрустрації автори відзначають у суб'єкта емоційне неблагополуччя, що виражається в тривозі, неспокої, розгубленості, страху, невпевненості. Але ця тривога завжди обґрунтована, пов'язана з реальними труднощами. Так І.В. Імедадзе прямо пов'язує стан тривоги з передчуттям фрустрації. На її думку, тривога виникає при антиципації ситуації, що містить небезпека фрустрації актуалізованої потреби.

Таким чином, стрес і фрустрація при будь-якому їх розумінні включають в себе тривогу. Підхід до пояснення схильності до тривоги з погляду

фізіологічних особливостей властивостей нервової системи ми знаходимо у вітчизняних психологів. Так, в лабораторії Павлова І.П., було виявлено, що швидше за все нервовий зрив під дією зовнішніх подразників відбувається в слабого типу, потім у збудливого типу й найменше піддані зривів тварини із сильним урівноваженим типом згарною рухливістю.

Дані Б.М. Теплова також вказують на зв'язок стану тривоги із силою нервової системи. Висловлені ним припущення про зворотну кореляцію сили й чутливості нервової системи, знайшло експериментальне підтвердження в дослідженнях В.Д. Небиліцин(Теплов,1957). Він робить припущення про більш високий рівень тривожності зі слабким типом нервової системи.

Таким чином, нами були представлені основні положення класиків психології про поняття тривожність, що дозволяє нам ясніше представляти причини і механізми проявів тривожності в особистості дитини. Теоретичне обґрунтування досліджуваного питання дозволяє перейти до практичної частини нашого дослідження.

1.2.2 Поняття и характеристика стресу. Вид та форма прояву стресу. Торія стресу Ганса Селье.

Стрес - неспецифічна реакція організму на фізичний або психологічний вплив, а так само відповідний стан нервової системи організму.

У перекладі з англійської мови слово "стрес " означає " тиск , напругу". Стрес прийнято сприймати як негативне явище, оскільки його викликає якась неприємність. Але насправді існує і позитивний стрес - " аутстрес ", який може бути викликаний приємними подіями. Еустрес - це позитивна реакція організму на пропоновані до нього вимоги. Так само ще виділяють " дистрес "- це емоційно - стресові стани, які характеризуються негативними переживаннями в силу браку наявних ресурсів для реалізації пропонованих вимог.

Стрес для кожної людини індивідуальний і має різне значення для різних людей. Тому дати його визначення дуже важко і виникає питання, чи не є

синонімами "стрес " і "дистрес". У зв'язку з цим в поняття стрес можна включити стомлення, біль, страх, необхідність зосередитися або навіть успіх, провідний зміни всього життєвого укладу. Всі з перерахованих умов можуть викликати стрес, але жодне не можна виділити і сказати, що це і є стрес, тому що цей термін в рівній мірі відноситься і до всіх інших.

Медичні дослідження показали, що організм реагує на будь-який стрес стереотипно, однаковими біохімічними змінами. Стресори, що викликають стрес, різноманітні, але при цьому вони викликають однакову, по суті, біологічну реакцію стресу.

Таким чином, можна зробити узагальнити, що стрес - це неспецифічна відповідь організму на будь-яке пред'явлення йому вимоги, він властивий самої нашого життя, він - невід'ємний компонент існування. Стресу піддаються всі люди і при цьому реакція на стрес у кожної людини різна. Будь-який стрес, яким би він не був, це завжди стан втрати рівноваги. Але в невеликих кількостях стреси навіть корисні організму - вони його постійно вводять в стан активації або тренування.

Види і форми прояву стресу

Стрес і його багатоаспектність у людини настільки велика, що стало необхідним розробити типологію його проявів. Зараз стрес розділяють на два основних види: системний (фізіологічний) і психічний. Чинники, що викликають психічний стрес, деякі автори поділяють на дві великі групи - інформаційний і емоційний. Але даний поділ умовно. Така класифікація побудована на основі характеристик факторів, що викликають стрес. На практиці розділити інформаційні й емоційні стресори вдається дуже рідко. Найчастіше інформаційні та емоційні стресори при стресі нероздільні. Інформаційний стрес завжди супроводжується високим емоційним збудженням і певними почуттями. Тому в більшості робіт психологічний і емоційний стрес ототожнюються.

Інформаційний стрес виникає при ситуаціях, що викликають значні інформаційні перевантаження, коли людина не справляється з переробкою

надходить інформації та не встигає приймати правильні рішення, особливо при високій відповідальності за наслідки прийнятих рішень.

Виникнення емоційного стресу більшість авторів пов'язують з ситуаціями загрози, небезпеки, образи і т.д. Емоційний стрес оброблять на: імпульсивний, гальмівної і генералізований.

Емоційний стрес викликає певні зміни в психічній сфері, в протіканні психічних процесів, емоційні зрушення, порушення рухового і мовної поведінки. Психологічний стрес проявляється у змінах функціональних систем організму, а інтенсивність може варіюватися від незначної зміни емоційного настрою до серйозних захворювань.

В основному стресорної реакції поділяються на поведінкові (порушення психомоторики), інтелектуальні (зміна способу життя), емоційні (професійні зміни) і фізіологічні прояви стресу (порушення соціально-рольових функцій).

Емоційні прояви стресу зачіпають різні сторони психіки, при цьому людина стає більш тривожним, втрачає віру в успіх і може впасти в депресію. У людини, що зазнає стрес, відзначаються емоційні реакції дратівливості, гніву, агресії, аж до афективних станів. Тривалий або повторний стрес призводить до зміни характеру людини, появи в ньому нових рис або посиленню вже наявних.

Таким чином, стрес можна охарактеризувати як стан організму, що виникає в процесі взаємодії індивіда з зовнішнім середовищем, що супроводжується значним напруженням в умовах, коли нормальна адаптивна реакція виявляється недостатньою.

Теорія стресу Ганса Сельє

Ганс Гуго Бруно Сельє (Н. Selye) - лікар за освітою, основоположник вчення про стрес, біолог зі світовим ім'ям, ендокринолог, патофізіолог, директор Інституту експериментальної медицини та хірургії (з 1976 р. Міжнародний інститут стресу) в Монреалі - протягом майже п'ятдесяти років розробляв проблеми загального адаптаційного синдрому і стресу Сельє, творець вчення про гіпофізарно- адреналової системі.

Ганс Сельє народився 26 січня 1907 року в Відні. Ганс здобув освіту на медичному факультеті Німецького університету Празького університету (1922 р.), після чого продовжив навчання в Римі і Парижі. З 1931 року працював в університеті Джона Хопкінса (США), а з 1932 року в університеті Макгілла (Канада). У 1979 році Г.Сельє разом з Алвін Тофлер організував канадський Інститут стресу. У 1926 році Г.Сельє вперше зіткнувся з проблемою стереотипного відповіді організму на будь-яку серйозну навантаження. Він зацікавився тим, чому у хворих, що страждають різними хворобами, так багато однакових ознак і симптомів. При різних захворюваннях і порушеннях нормального стану людини спостерігалися нездужання, втрата апетиту, слабкість, втрата ваги та інші. У ті часи лікарі концентрували увагу на виявленні характерних ознак окремих захворювань і не звертали ніякої уваги на загальні прояви хвороби, які Сельє називав "синдром хвороби". Надалі ця концепція була забута на цілих 10 років. Вимушений емігрувати з передвоєнної Європи за океан, Сельє влаштувався в Канаді, де і сформулював універсальну концепцію стресу.

У 1936 році в журналі від 4 липня в розділі "Листи до редактора" була надрукована коротка замітка дослідника Г. Сельє під назвою "Синдром, що викликається різними ушкоджувальними агентами". Тому звідси і прийнято датувати початок концепції стресу. На противагу стресу, Сельє виділив дистрес як стан, шкідливий для здоров'я. До причин дистресу не можна віднести всі негативні емоції, а всі позитивні розглядати як захист. Сельє задався питанням - чому однакова робота може призвести і до стресу і до дистресу. Так само Г.Сельє першим звернув увагу на зв'язок між почуттям тривоги і процесами, що відбуваються в організмі людини в цей момент.

В університеті Монреаля Г.Сельє проводив дослідження над собою і над щурами. Тваринам створили нестерпні умови життя, тим самим, викликаючи у них почуття стресу як такого, так як в їх крові виділявся адреналін, названий Сельє "гормоном стресу". Він припустив, що сила переживань залежить від емоційної стійкості особистості, життєвого досвіду і спадковості.

У наступних експериментах Сельє було доведено, що стрес є причиною багатьох захворювань - артриту, хвороб серця, астми і супроводжується виділенням великої кількості гормонів, зокрема адреналіну.

Але при цьому він стверджував, що не треба боятися стресу, так як це - обов'язковий компонент життя, і він може не тільки знизити, але й підвищити стійкість організму. При вивченні механізмів стресу Сельє з'ясував роль гормонів в стресорні реакціях і тим самим, встановивши їх участь у неендокринних захворюваннях. У розвитку загального адаптаційного синдрому основну роль Сельє відводить "адаптантним гормонам", так як кожен організм має спадково обумовленим, обмеженим запасом адаптаційної енергії, вичерпання якого визначає зниження опірності і призводить до загибелі.

Відповідно до теорії Г.Сельє основу стресу становлять сукупність фрустрації, тривоги та їх взаємозв'язок з аллопсихической і інтрапсихической адаптаціями. Ознаками стресової напруги є: неможливість зосередитися, часті помилки в роботі, погіршення пам'яті, відчуття втоми, болі в голові, спині, області шлунка, підвищена збудливість, втрата почуття гумору, пристрасть до алкогольних напоїв і збільшення числа викурених сигарет, постійний голод чи пропадажа апетиту.

Щоб зовнішні впливи не викликали дистрес, необхідно формування в особистості якостей - самовладання, дисциплінованість, прагнення до подолання перешкод і т.д.

Можливими реакціями організму на стрес Г. Сельє було виділено наступне:

- 1) Реакція стресу, при якій людина свідомо чи підсвідомо намагається пристосуватися до абсолютно нової ситуації. Потім настає вирівнювання, або адаптація. Людина або знаходить рівновагу в ситуації, і стрес не дає ніяких наслідків, або не адаптується до неї. Як наслідок цього можуть виникнути різні психічні або фізичні відхилення.

2) Пасивність - проявляється у людини, адаптаційний резерв якого недостатній і організм не здатний протистояти стресу. Виникає стан безпорадності, безнадійності, депресії. Але така стресова реакція може бути тимчасовою.

Дві інші реакції активні і підпорядковані волі людини:

3) Активний захист від стресу, коли людина змінює сферу діяльності і знаходить щось більш корисне і придатне для досягнення душевної рівноваги, що сприяє поліпшенню стану здоров'я.

4) Активна релаксація (розслаблення), яка підвищує природну адаптацію людського організму - як психічну, так і фізичну. Ця реакція найбільш дієва.

У своїй теорії Г. Сельє виділив три фази (стадії) стресу.

Перша фаза - стадія тривоги, при якій відбувається мобілізація захисних сил організму і підвищується його стійкість до конкретного впливу. При цьому організм функціонує з великою напругою, але на першій фазі стресу він справляється з навантаженням за допомогою функціональної мобілізації без структурних перебудов. Для більшості людей кінець першої фази характеризується підвищенням працездатності.

Друга фаза (стадія стабілізації, опору) для людини характеризується збалансованим витрачанням адаптаційних резервів організм. Всі параметри, виведені з рівноваги в першій фазі, закріплюються на новому рівні.

Третя фаза - виснаження, виникає, якщо стрес триває довго, у зв'язку з обмеженістю резервів організму. На другий і третій стадіях організм, вичерпавши свої функціональні резерви, включає механізми структурної перебудови, але при їх браку викликає виснаження.

Таким чином, Г.Сельє позначив стрес як сукупність стереотипних запрограмованих реакцій, первинно підготовляють організм до фізичної активності (до опору), що забезпечує умови найбільшого сприяння у боротьбі з небезпекою. Слабкі впливи не призводять до стресу, він виникає тільки тоді, коли вплив стресорів перевершує можливості людини.

1.2.3 Прояви тривожності під час вагітності

Про вагітність зазвичай думають як про період величезної значущості, в якому і через який загострюється величезна кількість емоційних проблем. Зазвичай люди вірять, що симптоми вагітності полягають у відкритій маніфестації індивідуальних труднощів особистості або в реакції невротичної й незрілої жінки на вагітність, таким чином, з цього робиться висновок, що вагітність емоційно негативно позначиться тільки на жінках, які мають невротичні прояви.

Більш адекватним є припущення, що вагітність - це нормальний криза, який присутній у всіх жінок, призводить до різкої втрати стійкості і часто веде до зростання повного дозрівання. Результат цього розвиваючого кризи робить глибокий вплив на ранні дитячо-батьківські відносини.

Вагітність - одна з маючих вирішальне значення, необоротних повторних точок у розвитку. Це русі у напрямку до нової ролі найвищої важливості, порівнянне з такими подіями, пубертат і клімакс. Це крок з зрілості у напрямку до старості: всі з цих кроків у життєвому циклі мають специфічне психосоматичне значення, ці зміни відбуваються в різній мірі і в рівній значущості на соматичному і психічному рівні і ці зміни взаємозалежні, підтримують і пригнічують один одного залежно від випадку.

Що ми бачимо в середній жінці - вираженість підозрілості і примхливості, тенденція віддалитися від соціального довкілля, дратівливість, залежність, деякі проблеми, пов'язані з дієтою, недолік приготувань до немовляти, мінімальні фізичні симптоми, заклопотаність розвитком плоду, напруженість в очікуванні пологів.

Початкове замішання і сумнів, що стосується вагітності у формі «я не можу повірити, що я фактично збираючись мати немовляти» може замінити поведінка, що виражає відмова жінки від її стану вагітності, яке у збільшенні її фізичної активності або недотриманні дієти і виконання пренатальних

приписів. Будь фактична фізична проблема може стати центром глибокого занепокоєння. Занепокоєння щодо нормальності немовляти може зосередиться на ембріональній активності. Побоювання кровотечі, болі, тілесних переживань або отримання анестезії завжди зв'язуються з насуваютьсяпологами.

Таблиця 1.

Динаміка поетапного розвитку вагітності. Етапи психологічного розвитку вагітності

Етапи психологічного розвитку вагітності	Строки вагітності (неділі)	Психічні прояви	Психосоматичні явлення	Соматичні зміни
Установа на вагітність	0-4	Хвилювання, нав'язлива думка "Я-вагітна"	Втома і сонливий стан. Відсутність апетиту; поява властивих вагітним "примх"	Відсутність апетиту; поява властивих вагітним "примх" Зародження нового життя
Афект усвідомлення себе вагітною	4-8	Страх, неспокій, радість (одне або всі явища відразу)	Нудота, надмірне слиновиділення	Щільне прилягання білизни до талії, зміна грудних залоз
Симптом прийняття рішення	8-12	Нестійкість настрою, порівняння з передменструальним	Печія, розлад травлення	Запори, часте сечовипускання

		иявищами		
Симптом нового Я	12-16	Відчуттявнутрі шнього спокою	Періодичніголов ні болі, посилення апетиту	Прояввеннаживо ті іногах, округлення живота
Симптомемоці йноїлабільност і	Весьпе ріодвагі тності	Відчуттянудьги , повільності, зростаючого невдоволення	Емоційніколива нн, що корелюють земоційнимфоно мменструальног оциклу емоційнадезадоп товність	
Симптом суперечливого ставлення до вагітності	8-36 Кульмі нація- 16	Фрустрація при відсутності відчуття - "Я вагітна" . Почуття розбитості, хаосу.Забудьку ватість. Прагнення до самоорганізації	Втома, спорадичні головні болі. Можливі запаморочення, непритомність	Більш рідкісне сечовипускання, збільшення грудей за зменшенням болючих відчуттів, кровоточія ясен.

Симптом прийняття нового життя	16-20	Радість, ейфорія. Фантазії,	Зростання або втрата апетиту.	Перші відчутні рухи плоду
--------------------------------------	-------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

в собі		пов'язані з появою дитини.		
Симптом психологічног о симбіозу матері та плоду	При перших відчущань рухів плоду			
Симптом перинатальної дисморфофоб ии	16 - 42 кульмінація 20 - 25	Часті зміни настрою.	Прискорене серцебиття.	Зміна пігментації шкіри на животі. Болі в спині.
Симптом завищених домагань по відношенню до інших	20-25	Дратівливість, нервозність, плаксивість.	Посилений апетит, печія. Втома, запамороченн я.	Набряки стоп, обличчя, рук. Варикозні вени гомілки.
Симптом відчуття депривації	25 - 36	Підвищена збудливість.	Спазми м'язів нижніх кінцівок	Судоми ніг. Кровоточія ясен. Болі в підчерев'я
Симптом сексуальної неповноцінно сті періоду вагітності	20 - 36	Нетерплячість і збудження.	Бажання якнайшвидшо го розродження. Більш легке	Виділення з піхви. Запори, спорадичні спазми Бракстона –

			(або важкий) досягнення оргазму. Сверблячка живота.	Хікса.
Симптом активізації потреби в незалежності.	30	Бажання створення безпечного місця для себе і майбутньої дитини.		
Симптом " гніздування "				
Симптом нетерпіння	32 - 42	Занепокоєння про майбутнє. Відчуття обридлої вагітності. Посилення боязні материнства.	Збіднене дихання, безсоння. Незграбність.	Посилення активності плода. Приватне сечовипускан ня. Симптом страху перед пологами
Симптом страху перед пологами	С 34		Симптом страху перед пологами	С 34

Коли реакції кризи інтенсивні і постійні незважаючи на розумне увага до них ми повинні бути готовим до можливої психопатології. Раніше існуючі невротичні тенденції і сімейні проблеми часто посилюються у вагітності, і спогади про попередній травмуючий досвід, наприклад, викидні або мертвонародження, можуть знову стати джерелом напруженості. Ми очікуємо знову і часто знаходимо емоційне хвилювання, коли вагітність не бажана або коли передбачувана мати здається особливо вразливою, про що можна судити по наявності розумової хвороби, незрілості, обмеженості інтелектуального рівня або втрати захисної ключової фігури.

1.2.4. Специфіка прояву тривожності при першій та повторній вагітності

Вагітність - процес внутрішньоутробного виношування плоду. Вагітність починається після імплантації заплідненої яйцеклітини в стінку матки. Разом з впровадженням зиготи формується плацента.

У жінок з настанням вагітності припиняються менструації і відбуваються гормональні зміни, що готують організм жінки до тривалого періоду виношування плод. [29, с. 56]

Вагітність викликає глибокі зміни в організмі: збільшення матки відповідно зростанню плоду та ін Супроводжується нерідко розладами з боку психіки, нервової системи, кровообігу, травлення (блювота, запори). Спосіб життя вагітної впливає на нормальний розвиток плоду.

Дослідження другої половини ХХ століття свідчать, що у становленні та реалізації материнської-дитячої взаємодії центральним і визначальним чинником є материнське ставлення. Саме воно лежить в основі всього поведінки матері, тим самим, створюючи унікальну для дитини ситуацію розвитку, в якій формується його індивідуально-типологічні та особистісні особливості [34].

В психології особлива увага приділяється особливостям психіки, детермінованими статевими відмінностями. Дійшовши висновку, що чоловік і

жінка рівноцінні, але не рівнозначні, диференціальна психологія пішла шляхом біліше поглибленого вивчення психології, властивої конкретного підлозі.

Занепокоєння часто додається до чогось реалістичному, наприклад, до фінансових проблем, і може бути виражене через напруженість подібно головного болю, на початку вагітності ми можемо спостерігати збільшене занепокоєння щодо споживання їжі або нудоти. Можуть бути труднощі в ухваленні зміни від юного типу краси до більш материнському.

Коли реакції кризи інтенсивні і постійні незважаючи на розумне увага до них ми повинні бути готовим до можливої психопатології. Раніше існуючі невротичні тенденції і сімейні проблеми часто посилюються у вагітності, і спогади про попередній травмирующем досвіді, наприклад, викидні або мертвонародження, можуть знову стати джерелом напруженості [34].

Перша вагітність час стресу - особливо для молодой жінки, у якої психічну рівновагу, необхідне для того, що б мати справу з безперестанними вимогами безпорадного, залежної людини, ще не встановилося надійно. Одна з найбільш виразних рис, на які треба звертати увагу під час аналізу вагітних, це вік раніше витіснених фантазій в підсвідомості і свідомості і доля цих фантазій після народження реальної дитини. Нелегкі конфлікти, що належать минулим стадіями розвитку, оживають, як це буває в будь-якій кризовій точці розвитку людського життя, і молода жінка повинна заново пристосовуватися до свого власного внутрішнього світу і до зовнішнього об'єктивного світу. В цей час вона потребує емоційної та фізичної підтримки та піклування, щоб у свою чергу, мати можливість допомогти своїй дитині і полегшити йому входження в життя.

Вагітність, особливо перша, - кризова точка в пошуку своєї жіночої ідентичності, бо ця точка з якої немає повернення, незалежно від того, народжується чи в даний строк дитина, чи трапляється викидень або роблять аборт. Вагітність увазі коней існуванню жінки як незалежної окремої істоти і початок неодмінних і безповоротних відносин мати-дитя. Одна з обов'язкових внутріпсихических завдань першовагітних включає внутрішнє, фізичне і

ментальне ємство того, що можна назвати чином її сексуального партнера (Дойч, 1944). Це тягне за собою злиття нових лібідозное і агресивних почуттів з тими, які вже закладені в жінці досвідом дитинства, особливо її стосунками з близькими і ставленням до свого власного тіла.

Для жінки, яка чекає первістка, вагітність доводить її статеву приналежність і видимим образом заявляє зовнішньому світу, що вона складалася в сексуальних відносинах. Психологічно це підтверджує, що вона володіє сексуально зрілим тілом, здатним до репродукції, але це не означає, що вона має одно зріле емоційне Его, здатне до прийняття відповідальності і вимог материнства. На жінку, а можливо і на її оточуючих, лягає додатковий тягар: гормональні зміни, які супроводжують вагітність, приносять з собою незвичні коливання настрою і фізичний дискомфорт.

Для майбутньої матері така величезна зміна, фізична і емоційна, є нормальною критичної перехідною фазою і, отже, супроводжується пожвавленням конфліктів і тривог минулого, які обтяжують його ношу [33]. У психологічній літературі накопичено чимало відомостей, що стосуються психології вагітних жінок. Однак залишається практично неосвітленим питання про те, які чинники впливають на протікання вагітності, який механізм поведінки вагітних жінок. Ця проблема в педагогічній психології теоретично і експериментально залишається досі недостатньо розробленою.

Більшість досліджень розглядають проблему вагітності або в рамках вивчення психології жінок З. Фрейд [57,с.- 14], і А. Фрейд, або втілення жіночого начала в чоловічому несвідомому (аніме), і чоловічого в жіночому (аніmus), які перебувають за К. Юнгом [57,с.- 32] між індивідуальним свідомістю і колективним несвідомим. К. Юнг розглядав їх як регулятори поведінки, які проявляються в снах і фантазіях. Головна функція жінки - функція материнства, що складає по К. Хорні, «ядро заздрісною образи чоловіки на жінку», так як жінка здатна народити і зачати дитину. Г.Г. Філіпова виділяє, що в жінці визнається велика моральна чистота, альтруїзм,

високорозвинене почуття обов'язку, що ґрунтується функцією материнства, яка робить жінку більш пильною, попереджувальною і турботливою [56, с. - 19].

А. Адлер, К. Хорні, В.І. Гарбузов, Е. Фромм єдині в питаннях формування психологічного захисту. Говорячи про процеси міжособистісної захисту, які дозволяють і вагітним жінкам успішно адаптуватися до фрустраційної умов, вони представили варіативність компенсаторного поведінки, виділивши їх ідентифікацію з групою: формування що заміщають прихильностей до інших, що заміщає егоцентричний розвиток, афективну спрямованість на себе і заміщають провокаційні способи отримання уваги [57, с. -67].

Шляхами до подолання зайвих, шкідливих переживань можуть бути, з їх точки зору захисні механізми:

«Опір» - негативне емоційний вплив;

«Заміщення» - як явище переносу негативних емоційно-вольових устремлінь на інші об'єкти.

«Раціоналізація» - шлях, який полягає в маскуванні справжніх мотивів з метою забезпечення внутрішнього конфлікту, пов'язаного з бажанням зберегти почуття власної гідності, запобігти переживання провини, страху, сорому і т.д. Таким образом, автори психоаналітичного і гуманістичного спрямування визначають головну місію жінки в еволюції людства, в її практичній діяльності з виховання наступних поколінь через зміцнення у них моральних начал.

Вагітність, особливо перша, - «кризова точка в пошуку своєї жіночої ідентичності, так як це точка, з якої немає повернення, незалежно від того, народжується чи в належний термін дитина, трапляється викидень або роблять аборт», - так вважає Д. Пайнз [57, с. 38]. Вагітність, з її точки зору, має на увазі кінець існуванню жінки як незалежної окремої істоти і початок неодмінних і безповоротних відносин мати - дитя. Одна з обов'язкових внутріпсихических завдань першовагітних включає внутрішнє, фізичне і ментальне ємство того, що можна назвати її образом свого сексуального партнера. Це тягне за собою злиття нових либидонозної і агресивних почуттів з тими, які вже закладені в

жінці з досвідом дитинства, особливо її відносинами з батьками і сиблінгами і ставленням до свого власного тіла.

Особливий інтерес представляє дослідження психологічного змісту вагітності покладене Е. Дойч. Вона досліджувала зв'язок дитячих переживань і фантазії вагітності у матері самопочуттям, емоційним життям і практичним поведінкою вагітної, тобто те, як «присутність» проявляється в житті і пренатальної спільності.

Е. Дойч детально описала і природу, і зміст конкретних форм «присутності» дитячого досвіду матері в поточній вагітності. Вона спробувала пов'язати «присутність» матері і «присутність» плода. Як уже згадувалося, такою одиницею спільного «присутності» в Докомунікативний періоді може бути симптом. У деяких симптомах помітно присутність ембріона, наприклад, в тілесних (нудота, набряки і т.п.), в інших, наприклад, органічних відбивається перехід «присутності» дитини в «присутність» матері, тобто їх поява передуює відчуттю з боку матері. Такі симптоми як емоційний страх, збудження, пригніченість і т.п. - Відбивають зворотний перехід, оскільки спочатку виникають як якесь дифузне переживання, загальні емоційні занепокоєння.

В. Брутман виділяє центральними у формуванні прихильності до дитини виникнення первинного інтрацептивного відчуття в ході вагітності, що збігається зазвичай з початком ворухіння, яке викликає у майбутньої матері почуття «сродненной» з власною дитиною.

Г. Філіпова [55,с.-23] вважає, що переживання вагітної ворухіння дитини характеризує стиль переживання вагітності і може служити діагностичним показником для виявлення відхилень від адекватної моделі материнства та проектування індивідуально – орієнтованого психологічного втручання. Використовуючи методи спостереження, феноменологічного опису поведінки, полуструктурованого інтерв'ю, проєктивних методик, вона описала варіанти стилів переживання вагітності.

Основою перинатальної психології є теорія перинатальних матриць. Особливо багато для їх вивчення зроблено американським психіатром С. Гроф.

За С. Грофу перинатальні матриці - це стійкі функціональні структури («кліше»), які є базовими для багатьох (якщо не для всіх) психічних і фізичних реакцій на протязі усього подальшого життя людини. Вчення про формування матриць при вагітності та пологах стало вже стрункою теорією, зображено на рисунку 2.

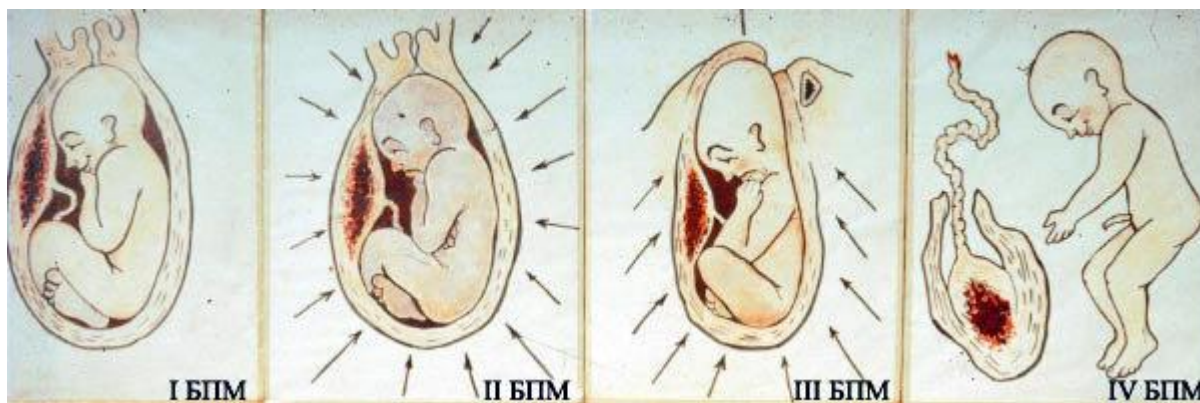


Рисунок 2 – Перинатальні матриці С.Грофу

Перша перинатальна матриця (БПМ -I)

Біологічна основа цієї матриці - досвід вихідного симбіотичного єдності плода з материнським організмом під час внутрішньоматкового існування. У періоди безтурботного життя в матці умови для дитини майже ідеальні, проте деякі фізичні, хімічні, біологічні та психологічні фактори здатні серйозно їх ускладнити. При цьому на пізніх стадіях вагітності ситуація швидше за все буде менш сприятливою - через великих розмірів дитини, посилення механічного здавлювання або функціональної недостатності плаценти.

Приємні і неприємні спогади про перебування всередині матки можуть виявлятися в конкретній біологічній формі. До того ж, за логікою глибинного досвіду люди, налаштовані на першу матрицю, здатні переживати в повному обсязі всі пов'язані з нею бачення і почуття. Безтурботне внутриматочне стан може супроводжуватися іншими переживаннями, для яких теж властива відсутність кордонів і перешкод - наприклад, океанічне свідомість, водні форми життя (кит, риба медуза, анемона або водорості) або перебування у

міжзоряному просторі. Картини природи в її кращих проявах (Мати- природа), прекрасні, мирні і рясні, також характерним і цілком логічним чином супроводжують блаженного стану дитини в утробі. З архетипових образів колективного несвідомого, які доступні в цьому стані, потрібно виділити бачення Царства Небесного або Раю в поданні різних світових культур. Досвід першої матриці включає також елементи космічного єдності чи містичного союзу.

Порушення внутрішньоматкової життя асоціюються з образами і переживаннями підводних небезпек, забруднених потоків, зараженої або ворожої природного середовища, що підстерігають демонів. На зміну містичного розчиненню кордонів приходить їх психотическое спотворення з параноїдальними відтінками.

Позитивні аспекти БПМ - I тісно пов'язані зі спогадами про симбіотическом єдності на грудях у матері, з позитивними СКО і з відновленням в пам'яті ситуацій, пов'язаних зі спокоєм духу, задоволеністю, розкутістю, прекрасними пейзажами. Є схожі вибіркові зв'язку з різними формами позитивного трансперсональної досвіду. І, навпаки, негативні аспекти БПМ - I зазвичай асоціюються з певними негативними СКО та відповідними негативними трансперсональними елементами.

Що стосується фрейдовских еrogenних зон, позитивні аспекти БПМ -I збігаються з таким біологічним і психологічним станом, коли в цих областях немає напруг і всі приватні потягу задоволені. Негативні аспекти БПМ -I мають, мабуть, специфічний зв'язок з нудотою і дисфункцією кишечника, що супроводжується проносом.

Друга перинатальна матриця (БПМ -II)

Цей емпіричний патерн відноситься до самого початку біологічного народження, до його першої клінічної стадії. Тут вихідне рівновагу внутрішньоматкового існування порушується спочатку тривожними хімічними сигналами, а потім м'язовими скороченнями. При повному розгортанні цієї

стадії плід періодично стискається матковими спазмами, шийка матки закрита і виходу ще немає.

Як і в попередній матриці, цю біологічну ситуацію можна пережити знову цілком конкретним і реалістичним чином. Символічним супутником початку пологів служить переживання космічної поглищеності. Воно полягає в непереборних відчуттях зростаючої тривоги і в усвідомленні насувається смертельної небезпеки. Джерело небезпеки ясно визначити неможливо, і індивід схильний інтерпретувати навколишній світ у світлі параноїдальних уявлень. Дуже характерні для цієї стадії переживання тривимірної спіралі, воронки або виру, невблаганно що затягують в центр. Еквівалентом такого нищівного вихору є досвід, в якому людина відчуває, як його пожирає страшне чудовисько - наприклад, гігантський дракон, левітан, пітон, крокодил або кит. Також часті переживання, пов'язані з нападом жахливого спрута або тарантула. У менш драматичному варіанті те ж випробування проявляється як спуск в небезпечне підземелля, систему гротів або таємничий лабіринт. Мабуть, в міфології цьому відповідає початок подорожі героя; родинні релігійні теми - падіння ангелів і вигнання з раю.

Деякі з цих образів здадуться дивними для аналітичного розуму, і все ж в них виявляється логіка глибинних переживань. Так, відверто символізує серйозну небезпеку для організму, вільно пливе у водному середовищі, і змушує його безладно рухатися. Сцена пожирання схожим чином перетворює свободу в небезпечне для життя горе, яке можна порівняти з протисківання плода через тазову порожнину. Спрут захоплює, сковує і загрожує організмам, вільно плаваючим в океані, а павук заманує, вистачає і знищує комах, перш вільно пурхали в необмеженій повітряному просторі.

Символічним вираженням що виявилася повністю першій клінічній стадії пологів стає досвід відсутності виходу або пекла. Він включає почуття ув'язання або Пойманов в кошмарному клаустрофобічному світі і переживання надзвичайних душевних і тілесних мук. Ситуація як правило представляється нестерпним, нескінченної і безнадійною. Людина втрачає відчуття лінійного

часу і не бачить ні кінця цього катування, ні будь-якого способу уникнути її. Наслідком цього може стати емпірична ідентифікація з ув'язненими в темниці або концентраційному таборі, з мешканцями божевільні, з грішниками в пеклі або з архетипними фігурами, що символізують вічне прокляття, такими як Вічний Жид Агасфер, Летючий Голландець, Сізі, Тантал або Прометей.

Перебуваючи під впливом цієї матриці, індивід вибірково сліпий до всього позитивного в світі, в своєму існуванні. Серед стандартних компонентів цієї матриці болісні відчуття метафізичного самотності, безпорадність, безнадійність, неповноцінність, екзистенціальне відчай і вина.

Що стосується організаційної функції, БМП- II притягує СКО із спогадами про ситуації, в яких пасивна і безпорадна особистість потрапляє у владу могутньої руйнівної сили і стає її жертвою без шансів на порятунок. Тут також спостерігається близькість до трансперсональним мотивами аналогічного властивості.

Відносно фрейдовських еrogenних зон ця матриця пов'язана, мабуть, з станами неприємного напруження і болю. На оральному рівні це голод, спрага, нудота і хворобливі роздратування рота; на анальному рівні - біль у прямій кишці і затримка калу; на уретральном рівні - біль у сечовому міхурі і затримка сечі. Відповідними відчуттями генітального рівня будуть сексуальна фрустрація і надмірне напруження, спазми матки і піхви, біль у яєчниках і хворобливі скорочення, які супроводжують у жінок перше клінічну стадію пологів.

Третя перинатальна матриця (БПМ -III)

Багато важливих аспектів цієї складної матриці переживань можна зрозуміти по її відношенню до другої клінічної стадії біологічних пологів. На цій стадії скорочення матки тривають, але на відміну від попередньої стадії, шийка матки тепер розкрита, і це дозволяє плоду поступово просуватися по родовому каналу. Під цим криється відчайдушна боротьба за виживання, найсильніше механічне здавлювання, часто високий ступінь гіпоксії та задуха. На кінцевій стадії пологів плід може відчувати безпосередній контакт з такими

біологічними матеріалами, як кров, слиз, навколоплідної рідини, сеча і навіть кал.

На емпіричному плані ця схема дещо ускладнюється і розгалужується . Крім справжніх, реальних відчуттів різних аспектів боротьби в родовому каналі в неї включається великий набір явищ, наступних типовою тематичної послідовності. Найважливішими з них будуть елементи титанічної битви, садомазохистские переживання, сильне сексуальне збудження демонічні епізоди, скатологічний залученість і зіткнення з вогнем. Все це відбувається в контексті неухильної боротьби смерті - відродження.

Титанічна аспект абсолютно зрозумілий, якщо врахувати задіяні на цій стадії народження жахливі сили. Ніжна голівка дитини втискується у вузьку тазову порожнину матковими скороченнями, сила тиску яких коливається від 50 до 100 фунтів. Зустрічаючись з цим аспектом БПМ - III, людина відчуває могутні потоки енергії, що посилюються до вибухоподібного виверження. Характерні тут символічні мотиви - шалені сили природи (вулкани, електромагнітні бурі, землетрусу, хвилі припливу або урагани), люті сцени воєн і революцій, технологічні об'єкти високої потужності (термоядерні реактори , атомні бомби і ракети). У більш м'якій формі цей емпіричний патерн включає небезпечні пригоди - полювання, сутички з дикими тваринами, захоплюючі дослідження, освоєння нових земель. Відповідні архетипічні теми - картини Страшного суду, незвичайні подвиги великих героїв, міфологічні битви космічного розмаху за участю демонів і ангелів чи богів і титанів.

Садомазохістські аспекти цієї матриці відображають суміш агресії, якій плід схильний з боку жіночої репродуктивної системи, і його лютою біологічної реакції на задуху, біль і тривогу. Частими темами тут є криваві жертвопринесення, самопожертву, тортури, страти, вбивства, садомазохізм і згвалтування.

Логіка переживань сексуальної складової процесу смерті - відродження не так очевидна. Пояснити її можна на прикладі широко відомих даних про те, що задуху і нелюдські страждання взагалі викликають дивну форму сильного

сексуального збудження. Еротичні мотиви на цьому рівні характеризуються захоплюючої інтенсивністю статевого потягу, механічного та невибіркового по своїй якості, порнографічного та девіантної по природі. У відносяться до цієї категорії переживаннях секс поєднується зі смертю, небезпекою, біологічним матеріалом, агресією, спонуканнями до самознищення, фізичним болем і духовним началом (у наближенні до БПМ -IV).

Той факт, що на перинатальному рівні сексуальне збудження відбувається в контексті смертельної загрози, страху, агресії і біологічного матеріалу, стає ключем до розуміння сексуальних відхилень і інших форм сексопатології. Цю взаємозв'язок ми будемо докладно обговорювати пізніше.

Елементи демонізму на цій стадії процесу смерті - відродження представляють, мабуть, особливу складність і для терапевтів, і для пацієнтів. Моторошні властивості такого матеріалу можуть викликати повне небажання мати з ним справу. Найбільш звичайна тут тематика шабашу відьом (Вальпургієвої ночі), сатанинських оргій або ритуалів Чорної меси і спокуси. Спільним у досвіді народження на цій стадії і в ведьмінські шабаші або Чорної меси є химерне поєднання переживань смерті, збоченої сексуальності, страху, агресії, скатології і спотвореного духовного пориву.

Скатологічний сторона процесу смерті - відродження має своєю природною біологічною основою той факт, що на останніх стадіях пологів дитина може увійти в тісний контакт з фекаліями та іншими біологічними продуктами. Такі переживання зазвичай перевершують все те, що дійсно міг відчувати новонароджений. Це відчуття борсається в екскрементах, що повзає в покидька або вигрібних ямах, що поїдає фекалії, питушого кров і сечу або ж огидні картини розкладання.

Елемент вогню проявляється або у своїй звичайній формі - як ідентифікація з жертвою, відданої на заклання або в архетипической формі очищаючого вогню (пірокатарсис), який руйнує все гниле і огидне в людині, готуючи його до духовного відродження. Цей елемент символізму народження найбільш важкий для розуміння. Відповідним йому біологічним компонентом

може бути, напевно, кульмінаційна надстимуляції новонародженого безладної "пальбою" периферичних нейронів. Цікаво, що аналогічний досвід випадає на долю породіллі, у якої на цій стадії часто виникає відчуття, що її піхву охоплено вогнем. Також слід зазначити, що в процесі горіння тверді речовини перетворюються на енергію; переживанням вогню супроводжується смерть Его, після чого особистість у філософському плані ототожнює себе вже не з твердою матерією, а з енергетичними патернами.

Релігійний і міфологічний символізм цієї матриці особливо тяжіє до тих систем, де прославляється жертвування і жертвність. Часті сцени ритуалів жертвопринесення в доколумбової Америці, бачення розп'яття і ототожнення себе з Христом, поклоніння жахливим богиням Калі, Коатліке або Рангдо. Вже згадувалися в цьому відношенні сцени поклоніння сатані і образи Вальпургієвої ночі. Інша група образів пов'язана з релігійними обрядами і церемоніями, в яких секс поєднується з несамовитим ритмічним танцем - наприклад, фалічні культи, ритуали, присвячені богині родючості, або різноманітні ритуальні церемонії первісних племен. Класичним символом переходу від БПМ - III до БПМ - IV є легендарний птах Фенікс, колишнє тіло якої згорає у вогні, а нове повстає з попелу і злітає до сонця.

Ряд важливих характеристик, притаманних цьому паттерну переживань, відрізняють його від вже описаних патернів стану безвиході. Тут ситуація вже не здається безнадійною, і сам що переживає не безпорадний. Він бере активну участь у цих заходах і відчуває, що страждання має певну спрямованість і мета. У релігійному сенсі ситуація буде більше нагадувати чистилище, ніж пекло. До того ж роль індивіда тут не зводиться виключно до страждань безпорадної жертви. Він - активний спостерігач і здатний одночасно ототожнювати себе з тією і з іншою стороною до такої міри, що іноді важко буває зрозуміти, агресор він чи жертва. У той час як безвихідна ситуація передбачає тільки страждання, досвід боротьби смерті - відродження являє собою кордон між агонією і екстазом, іноді злиття того й іншого. Ймовірно, можна визначити цей тип

переживань як "вулканічний екстаз", за контрастом з "океанічним екстазом" космічного єдності.

Особливі характеристики досвіду пов'язують БПМ -III з СКО, сформованим із спогадів про яскраві чуттєвих і сексуальних переживаннях, про битви та перемоги, про захоплюючі, але ризикованих пригодах, про згвалтування і сексуальних оргіях або про випадки контакту з біологічними продуктами. Ті ж співвідношення існують і для трансперсональної досвіду такого роду.

Що стосується фрейдовських ерогенних зон, ця матриця пов'язана з тими фізіологічними механізмами, які приносять раптове полегшення і релаксацію після тривалого напруження. На оральному рівні це жування і ковтання їжі (або, навпаки, блювота); на анальному і уретральном рівні це дефекація і сечовипускання; на генітальному рівні - сходження до сексуального оргазму і відчуття породіллі на другій стадії пологів.

Четверта перинатальна матриця (БПМ -IV)

Ця перинатальна матриця за змістом пов'язана з третьою клінічною стадією пологів, з безпосереднім появою на світ. У цій останній стадії болісний процес боротьби за народження добігає кінця, просування по родовому каналу досягає кульмінації, і за піком болю, напруги і сексуального збудження слід раптове полегшення і релаксація. Дитина народилася і після довгого періоду темряви вперше стикається з яскравим світлом дня (або операційної). Після відсікання пуповини припиняється тілесна зв'язок з матір'ю, і дитина вступає в нове існування як анатомічно незалежний індивід.

Як і в інших матрицях, деякі відносяться до цієї стадії переживання представляють точну імітацію реальних біологічних подій, що відбулися при народженні, а крім того, - спеціальних акушерських прийомів. Зі зрозумілих причин цей аспект БПМ - IV набагато багатше, ніж конкретні елементи, випробувані в контексті інших матриць. Крім того, специфічні деталі вивільняється матеріалу несвідомого легко піддаються верифікації. Йдеться про подробиці механізму народження, про що використовувалася анестезії, про

спосіб ручного та інструментального допомоги породіллі і про деталі післяпологового досвіду та догляду за новонародженим.

Символічним вираженням останній стадії пологів є досвід смерті-відродження, в ньому представлено закінчення і дозвіл боротьби смерті-відродження. Парадоксально, що, перебуваючи буквально на порозі звільнення, індивід відчуває наближення катастрофи величезного розмаху. У емпіричних сеансах якраз цим часто викликається тверде рішення зупинити потік переживань. Якщо ж переживання тривають, прохід від БПМ - III до БПМ - IV тягне за собою відчуття повного знищення, анігіляції на всіх мислимих рівнях - то є фізичної загибелі, емоційного краху, інтелектуального поразки остаточного морального падіння і вічного індивідуального прокляття трансцендентальної розмірності. Такий досвід "загибелі Его" полягає, судячи з усього, в миттєвому безжальному знищенні всіх колишніх опорних точок в житті індивіда. Пережитий у своїй остаточній і найбільш повній формі [3], він означає безповоротний відмову від філософського ототожнення себе з тим, що Алан Уоттс звичайно називав "Его, одягненим в шкіру".

За досвідом повної анігіляції і "прямого попадання на саме дно космосу" негайно слід бачення сліпучого білого або золотого світла надприродною яскравості і краси. Його можна зіставити з дивовижними явищами архетипових божественних істот, з веселкою або з хитромудрим візерунком павичевого хвоста. У цьому випадку також можуть виникати бачення пробудження природи навесні, освіжаючого дії грози або бурі. Людина відчуває глибоке почуття духовного звільнення, порятунку і спокути гріхів. Він як правило відчуває себе вільним від тривоги, депресії і провини, відчуває очищення і необтяженість. Це супроводжується потоком позитивних емоцій щодо самого себе, інших або існування взагалі. Світ здається прекрасним і безпечним місцем, а інтерес до життя виразно зростає [4].

Символізм досвіду смерті - відродження може бути витягнутий з багатьох областей колективного підсвідомого, так як будь-яка велика культура має відповідні міфологічними формами. Смерть Его буде випробовуватися у зв'язку

з самими різними божествами - руйнівниками - Молохом, Шивою, Уицилопочтли, Калі або Коатліке - або при повному ототожненні з Христом, Озирисом, Адонісом, Дионисом або іншими жертвними міфологічними істотами. Богоявленням може стати зовсім абстрактний образ Бога у вигляді променистого джерела світла або більш-менш персоніфіковане уявлення різних релігій. Так само звичайний досвід зустрічі або єднання з великими богинями - матерями - Дівою Марією, Ізідією, Лакшмі, Парваті, Герой або Кибелой.

Серед відповідних біографічних елементів - спогади про особисті успіхи та закінчення небезпечних ситуацій, про завершення воєн і революцій, про виживання після нещасного випадку або одужання після важкої хвороби.

Що стосується фрейдовських еrogenних зон, БПМ - IV на всіх рівнях розгортання лібідо пов'язана зі станом задоволення, яке настає відразу ж після активності, що полегшує неприємну напругу, - після вгамування голоду, блювоти, дефекації, сечовипускання, оргазму і дітонародження.

Аналіз сучасного стану досліджень в області психології материнства свідчать, що проблема готовності жінки до материнства, а так само динаміки переживання жінки в період вагітності і після пологів залишається недостатньо розробленою.

У комплексних дослідженнях стану жінки під час вагітності пов'язано з успішністю її адаптації до материнства та забезпечення адекватних умов для розвитку дитини, враховуються різноманітні фактори: особистісні особливості, історія життя, адаптація до шлюбу, особливості особистісної адаптації як властивості особистості, задоволеність емоційними взаємовідносинами зі своєю матір'ю, модель материнства своєї матері, культурні, соціальні та сімейні особливості, фізіологічне здоров'я.

Вагітність розглядається як критичний період життя жінки, стадія статевоорольової ідентифікації, особлива ситуація для адаптації. Відзначається, що в цей період актуалізуються незжиті дитячі психологічні проблеми, особистісні конфлікти, проблеми у взаємодії зі своєю матір'ю. У переживаннях вагітності грають роль особливості моделі материнства своєї матері, адаптація

до шлюбу і т.п. У динаміці особистісних змін відзначається інфантилізація, загострення внутрішньоособистісних конфліктів, підвищення залежності, рівня тривожності [33].

Аналіз досліджень з психології материнства свідчать, що отримані в цих роботах результати відображають скоріше загальні індивідуальні особливості жінки, а не специфіку материнської сфери і її формування.

Загальна думка всіх психологів, які мають відношення до вивчення материнства, полягає в тому, що, незважаючи на виняткову важливість його дослідження для розробки проблем психології особистості (розвиток дитини і психологія батьків, в першу чергу - матері), соціальної психології (психологія сім'ї і суспільства), культурологи (культурні моделі материнства і дитинства), воно не забезпечено адекватним теоретичним підходом і методом дослідження.

Представлений короткий огляд сучасного стану досліджень в області психології материнства дозволяє зробити висновок, що існує два основних напрямки вивчення даного явища. Перше продовжує традиції психоаналітичного і етологічного напрямки. З цих позицій традиційно загальну увагу приділено стимулам немовляти, спрямованим на активізацію материнської турботи про нього. При цьому поведінка матері розглядається як комплементарне вродженому поведінки немовляти. Другий напрямок - соціально-культурологічне, в рамках якого вивчаються культурно-історичні механізми материнської поведінки, переживання матері ставляться в залежність від соціальних норм материнства. При цьому проблема готовності жінок до материнства залишається досить проблематичною. Формування готовності жінок до прийняття нової соціальної ролі матері впливає величезна кількість складно взаємодіючих факторів, що змінюють і тим самим підготовляють свідомість і самосвідомість майбутньої матері до прийому дитини ще задовго до його народження. До них відносяться такі фактори, як: репродукція батьківського досвід; особистісні особливості жінок; зміни в емоційному стані під впливом емоційних стресорів, і багато іншого, В останні роки

обговорюється проблема зв'язку формування материнського статусу зі зміною стану свідомості жінок в різні періоди репродуктивного циклу [15, с. - 24].

Не можна заперечувати, що в період вагітності відбуваються істотні зміни свідомості жінки та її взаємовідношення з миром. Необхідною є зміна способу життя, вживання в роль матері. Для багатьох жінок результат вагітності і пологів може бути величезним зрушенням до справжньої зрілості і зростанню самоповаги, для інших, навпаки, це може бути патологічним дозволом потенційно навантажених почуттям провини ранніх материнської-дитячих відносин [21]. Особливо стресовий є перша вагітність, так як вона означає закінчення незалежності первинного цілісного існування і початок «безповоротних» материнської-дитячих відносин, оскільки відтепер психологічну рівновагу матері стає пов'язаним із запитам безпорадного і залежного істоти. Її можна вважати критичною точкою в розвитку жіночої ідентичності. Дослідження дозволяють зробити висновок, що вагітність можна назвати критичним перехідним періодом у житті жінки, в ході якого істотно перебудовується її свідомість і взаємовідношення зі світом. У результаті успішного завершення цього періоду жінка знаходить новий соціальний статус.

Стрес - стан напруги, виникає при невідповідності пристосувальних можливостей величиною діючої на людину навантаження, що викликає активацію і перебудову адаптивних ресурсів психіки і організму. Слово "стрес " прийшло до нас з англійської мови і в перекладі означає " натиск, тиск, напругу". Першим дав визначення стресу канадський фізіолог Ганс Сельє в 1936 році. Стресу властиві множинні зміни в організмі і особистості. Провідною психологічною характеристикою стресу виступає напругу.

Зв'язок між фізичними і психічними розладами часто або не усвідомлюється, або усвідомлюється із запізненням. Людина може відчувати певний дискомфорт, не усвідомлюючи, що його стан є стресовим. Повніше усвідомити стрес часто заважають захисні механізми особистості [15,с. -17].

1.2.5 Психологічна адаптація жінок під час вагітності та після пологів

В даний час все більше уваги приділяється впливу психоемоційного стану жінки на перебіг вагітності і перинатальні наслідки.

У період вагітності жінка стикається з новими адаптаційними завданнями, для вирішення яких потрібна активна особистісна перебудова. Вона повинна поступово прийняти роль матері, навчитися сприймати майбутньої дитини окремо від себе і реалізовувати свої потреби з урахуванням його існування. Для цього необхідно велику увагу приділяти психічному здоров'ю жінки. Основним критерієм психічного здоров'я вважається здатність людини вирішувати важкі життєві ситуації, зберігаючи власний психічний статус. Під час вагітності психічне благополуччя виражається у здатності майбутньої матері адекватно проявляти свою поведінку, регулювати свої психічні стани, адаптуючись до умов кризової ситуації.

Вагітність є критичним етапом у розвитку особистості жінки. Цей період зміни системи цінностей і відносин, а також утворення нових смислів у майбутньої матері доводиться на II триместр вагітності і збігається з появою відчуття ворухінь плода. З початком ворухіння плід стає повноправною частиною системи мати-дитя. Однак повноцінно сприймати свого не народженої дитини здатна жінка з досить високим рівнем особистісної організації.

Процес прийняття ролі матері розглядається як кризовий етап у розвитку особистості, який висуває особливі вимоги до внутрішніх психологічних ресурсів і несе для жінки як потенційні можливості, так і небезпека. В одному випадку спостерігається прогресивний особистісний ріс сприяє становленню материнського про носіння, в іншому - простежуються негативні зміни, що позначається на стані психічного здоров'я матері і майбутньому психічного розвитку дитини. Практично всі вагітні схильні до різких емоційним перепала так як очікування дитини супроводжується фізичними та емоційними зрушеннями.

Важливу роль у подальшій психологічної адаптації жінки після пологів грають ті переживання вагітності, особливо на 25-31 тижні.

Так, виділяють три типи переживання вагітності - адекватний, тривожний і ігнорує.

При адекватному типі переживання формується поступова конкретизація образу дитини і сприйняття його з позитивними емоціями. Разом з тим спостерігаються виражена динаміка психосоматичного стану (у кожному триместрі фізіологічної вагітності), зокрема, зниження активності в I триместрі, загальне розслаблення і очікування зустрічі з дитиною кінця вагітності, чіткі уявлення про післяпологовому періоді і своїй материнській ролі, задоволеність собою і змінами у своєму стані, емоційна близькість зі своєю матір'ю.

При тривожному типі переживання вагітності формується підвищена або знижена цінність дитини для матері внаслідок вираженості за типом хворобливого стану соматичного компонента в I триместрі. Емоційний стан тривожне або депресивний. У II триместрі тривога посилюється, в III - стабілізації не спостерігається. Активність пов'язана зі страхом за результат вагітності та пологів.

При ігнорує типі переживання соматичний компонент або не виражений зовсім, або стан краще, ніж до вагітності. У II триместрі ворушіння плоду супроводжуються неприємними фізіологічними відчуттями. У III триместрі можливі сплески депресивних або афективних станів. Активність направлена на обставини, не пов'язані з плодом.

Для більшості пацієнток наступила вагітність є бажаною, але для деяких це подія виявляється несподіванкою і не завжди приємною. Коли жінка приймає рішення зберегти вагітність, але при цьому не готова до неї, то, як правило, період виношування дитини супроводжується тривогою і сприймається як стресовий фактор. У цих випадках зазвичай відзначається тривожний тип переживання вагітності. При цьому важливу роль у розвитку тривожних станів грають певний фізичний дискомфорт; вимушені зміни способу життя, у спілкуванні в сім'ї, з колегами по роботі; занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини; фінансові труднощі.

Стан емоційної напруги з наявністю тривожності різного ступеня вираженості спостерігається у 40-50% жінок з нормально, що протікає вагітністю. Воно погіршується при появі додаткових психотравмуючих факторів, таких як виникнення ускладнень вагітності, що вимагають госпіталізації, виявлення вроджених вад розвитку плоду, загроза передчасних пологів (УПР) і передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) на 25- 32 -му тижні, спогади про несприятливі в минулому вагітностях і пологах та ін..

Важливим у розвитку тривожних станів при УПР і ПРПО на 25- 32 -му тижні гестації є фізичний дискомфорт, психологічна невідповідність до ймовірних передчасних пологів (зазвичай жінка налаштована виношувати вагітність до 38-40 тижнів), ведуча до вимушених змін у способі життя, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини.

Найбільш часто зустрічаються порушення емоційної сфери у вигляді хвилювання, дратівливості, занепокоєння, відчуття почуття самотності, емоційної напруги як прояви стресу. При відсутності ознак прикордонних нервово-психічних розладів у чверті жінок спостерігаються акцентуації характеру. Як правило, в I триместрі вагітності проявляється загострення особистісних рис: представники дістимний, циклотимності, тривожного, емотивного типів особистості стають більш м'якими, раними, невпевненими у собі; в свою чергу демонстративні, гіпертимні, збудливі, педантичні, екзальтовані - більш вимогливими, агресивними, дратівливими.

У II - III триместрі можуть знову початися емоційні перепади у зв'язку з очікуванням пологів.

Іноді психоемоційні порушення призводять до розвитку депресивних і тривожних розладів. Останні можуть вперше з'явитися під час вагітності при цьому відбувається зміна плинності вже наявних порушень. У цьому випадку в умовах акушерського стаціонару необхідно провести (за бажанням пацієнтки) експериментально-психологічний дослід. У ході його визначають фон настрою, відсутність або наявність, а також ступінь виснаження психічних процесів, рівень емоційної лабільності, відсутність або наявність і ступінь вираженості

емоційний- ного напруги, самооцінку (адекватна, завищена, занижена), тип темпераменту, риси характеру та інші особистісні особливості. Після проведення дослідження та ознайомлення з його результатами психолог вибирає психокорекційні заходи для поліпшення адаптації жінки до вагітності і післяпологовий станом. При необхідності він направляє пацієнтку на консультацію до психотерапевта чи психіатра.

Виявлення депресії у вагітних утруднене, оскільки знижені фон настрою і рівень когнітивних функцій зустрічаються, і нормально протікає вагітність. Стресогенні чинники посилюють вищевикладені ситуації. До одного з таких психотравмуючих факторів відносяться передчасні пологи на 25- 32 -му тижні гестаційного періоду.

Стрес можна визначити як відповідь організму на пред'явлені йому будь-які неспецифічні вимоги під впливом яких виникає необхідність у перебудові чи адаптації. Відповідь організму залежить від сили впливає подразника. Для жінки, яка налаштована виношувати вагітність до 39-40 тижнів, ПРПО або інші клінічні.

1.3. Психологічна характеристика періоду розвитку материнської сфери

1.3.1 Фактори, які впливають на формування прихильності матері до майбутньої дитини

Відносини між матір'ю і дитиною в ранньому віці залежать від взаємодії складної багатокомпонентної системи факторів, кожен з яких відіграє велику роль у реалізації вроджених програм поведінки дитини. У перші місяці життя немовля росте і розвивається в умовах психофізіологічного « симбіозу » з матір'ю. З фізіологічної точки зору, прихильність матері до дитини виникає завдяки материнської домінанті, що формується задовго до народження дитини.

В її основі лежить домінанта гестаційна, згодом перетворюється на домінанту родову, а потім і лактаційну Батуєв А. С.

У немовляти виникненню прихильності сприяє вроджена необхідність зв'язку з людиною, яка забезпечує задоволення його біологічних потреб у теплі, їжі, фізичного захисту, а також у психологічному комфорті, який формує у дитини почуття захищеності і довіри до навколишнього світу. Дитячо - материнська прихильність характеризується наявністю надійних і стійких відносин між дитиною і доглядають за ним дорослими. Ознаками надійної прихильності є наступні:

- 1) об'єкт прихильності може краще за інших заспокоїти дитину;
- 2) дитина звертається за розрадою до об'єкта прихильності частіше, ніж до інших дорослих;
- 3) у присутності об'єкта прихильності дитина рідше відчуває страх.

Здатність до формування прихильності у дитини багато в чому обумовлена спадковим фактором. Однак вона не в меншій мірі залежить від чутливості оточуючих дорослих до потреб дитини і від соціальних установок батьків.

Дитячо - материнська прив'язаність виникає ще внутрішньоутробно, на основі пренатального досвіду. Важливу роль у формуванні материнських почуттів у вагітних жінок грають, згідно Брутману В.І., Радіонової М.С., тілесні і емоційні відчуття, що виникають в процесі виношування майбутньої дитини. Ці відчуття прийнято називати тілесно-емоційним комплексом. Останній являє собою комплекс переживань, пов'язаних з емоційно - позитивною оцінкою тілесної измененности вагітної жінки. У свідомості майбутньої матері намічається тілесно-чуттєва межа між своїм тілом і плодом, що сприяє виникненню образу дитини. При виношуванні небажаної вагітності образ немовляти, як правило, не інтегрується і психологічно відривається. Дитина, у свою чергу, вже в пренатальному періоді здатний сприймати зміни емоційного стану матері і реагувати на нього зміною ритму рухів, серцебиття та ін.

Якість прихильності залежить від мотиваційного аспекту вагітності. В ієрархії мотивів базисним є батьківський інстинкт. Додаткове і суттєве значення мають психосоціальні тенденції - підтвердження своєї спільності з людьми за допомогою здійснення репродуктивної функції. До середовищних і психологічних мотивів належать: забезпечення стійких шлюбно-сімейних відносин, корекція їх порушень, дозвіл особистісних проблем, пов'язаних з відкиданням в батьківській сім'ї, реалізація почуття емпатії Єршова Т.І., Мікіртумов Б.Є. На формування дитячо- материнської прихильності впливають відносини між подружжям. Батьки, які нещасливі у шлюбі до моменту народження дитини, як правило, малочутливі до його потреб, мають невірне уявлення про роль дорослих у вихованні дітей, не здатні встановлювати зі своїми дітьми тісні емоційні стосунки. Ці батьки набагато частіше, ніж ті, хто щасливий у шлюбі, вважають, що їхні діти володіють «важким характером».

Для процесу формування прихильності має значення також ранній постнатальний досвід дитячо- материнських взаємодій. Він можливий завдяки етологічна механізмом імпринтингу (миттєвого запечатлевания). Перші дві години після народження є особливим « сенситивним » періодом для формування прихильності. Немовля перебуває в стані максимальної сприйнятливості до інформації , одержуваної з навколишнього світу.

Виникнення прихильності матері до новонародженого підтверджено численними дослідженнями з впізнавання щойно народили жінками своїх дітей і специфіці раннього дитячо- материнського взаємодії. Спеціальні дослідження діадиного взаємодії дитини і матері показали, що в середньому 69 % матерів здатні впізнавати своїх щойно народжених дітей , торкаючись лише до дорсальній поверхні їх долоні, якщо вони попередньо встигли провести з дитиною не менше однієї години. Діти 2-6 днів життя в ситуації вибору достовірно частіше воліють запах молока власної матері.

Виявлено феномен візуальної синхронізації дитячо- материнської поведінки. Показано, що мати і новонароджений мають виражену тенденцію одночасно дивитися на один і той же предмет, причому домінуючу роль при

цьому відіграє дитина, а мати « підлаштовується » під його дії. Виявлена також здатність новонародженого рухатися синхронно ритму мови дорослого. Показано, що при одночасному погляді в очі один одному рухи голови матері та голови дитини також гармонізовані і зовні нагадують « вальс».

Подібне біологічне перевагу матір'ю своєї дитини, відчуття « свого», «рідного» лежить в основі готовності матері проявляти позитивні почуття до своєї дитини, підтримувати його і піклуватися про неї. Мікіртумов Б.Є., Кощавцев А.Г., Гречаний С.В [37,с. 8].

Існують деякі особливості зорового сприйняття дорослими дітей, що накладають відбиток на емоційне ставлення до них і на виникнення прихильності батьків до дітей. Так, Лоренц К. звернув увагу на те, що риси обличчя немовлят сприймаються дорослими як милі і приємні. Хлопчики і дівчатка старшого віку також позитивно реагують на немовлятьські риси обличчя. Інтерес дівчаток до немовлят різко посилюється з початку пубертатного періоду. Таким чином, обличчя немовляти може служити виборчим стимулом для залучення уваги дорослого, що сприяє становленню батьківсько - дитячої прихильності.

Формування прихильності немовлят до батьків у перші місяці життя спирається на деякі інстинктивні форми поведінки дітей, що інтерпретуються дорослими як знаки спілкування. У теорії прив'язаності Боулбі Дж. такі форми поведінки носять назву « патернів прихильності ». Найбільш важливі з них - це плач і посмішка. Посмішка спочатку носить рефлексивний характер і виникає у відповідь на неспецифічний вплив. Однак дуже швидко, вже з двомісячного віку, вона стає особливим сигналом для дорослих, означає бажання з ними спілкуватися. Плач в перші місяці життя - це специфічний сигнал дискомфорту дитини, який вибірково адресований тим дорослим, які за ним доглядають. У перші місяці життя плач немовляти має характерні відмінності залежно від його причини.

Таким чином, формування прихильності в діаді мати- дитина починається ще в пренатальному періоді. Це залежить від формування тілесно - емоційного

комплексу у матері. При виношуванні ж небажаного дитини його образ не інтегрується в свідомість матері і формується нестійка прихильність.

1.3.2 Співвідношення біологічних і культурних механізмів розвитку материнської сфери

Розглянутий онтогенез материнської потребностно - мотиваційної сфери показує всю складність взаємодії біологічно обумовлених і культурних механізмів розвитку материнського поведінки. Сформовані в еволюції і перетворені людською свідомістю особливості формування у матері потреб і навичок взаємодії з дитиною забезпечують створення еволюційно очікуваних умов розвитку для нього як представника свого виду і як члена конкретної культури (поняття еволюційно очікуваних умов розвитку сформульовано Е.А. Сергієнко). З іншого боку, особливості розвитку дитини створюють еволюційно очікувані умови для формування материнського почуття і поведінки. Збіг цих умов дозволяє двом самотійним суб'єктам виконувати свої завдання у системі загальної взаємодії. Потреби матері і дитини та особливості поведінки кожного з них замикаються в єдиний комплекс, утворюючи систему з двох комплементарних складових, які проте не змішуються і продовжують свій розвиток як самотійні суб'єкти. Збіг завдань життєдіяльності в умовах взаємодії і взаємне забезпечення еволюційно очікуваних умов один для одного мають вигляд еволюційного замикання. При еволюційному замиканні необхідно адекватне забезпечення взаємних функцій, що створюють еволюційно очікувані умови для членів системи. Теоретично ці функції можуть бути здійснені дублерами, і якщо останні їх успішно виконують, то розвиток другого члена системи не порушується. Щодо системи « мати - дитина » функції матері для дитини можуть бути перерозподілені між різними їх носіями, починаючи з запліднення. Успішність виконання материнських функцій залежить від вмісту материнської сфери їх носія, а не від біологічного зв'язку членів системи. Для матері функції дитини також можуть бути замінені

повністю (прийомна дитина) або частково (заміна об'єкта діяльності материнської сфери).

Зміна змісту самих функцій внаслідок різних умов, що впливають на розвиток цих функцій у самих членів системи - як у матері, так і у дитини, веде до наслідків двоякого роду:

Модифікація змісту системи. Модифікація може проявлятися на індивідуальному та культурно- специфічному рівнях. Специфічні особливості кожної культури створюють конкретні, відповідні географічним та історичним вимогам особливості моделі дорослої особистості, дитинства та материнства. Індивідуальні зміни забезпечують варіативність материнської поведінки, яке орієнтоване на індивідуальні особливості конкретної дитини і служить джерелом розвитку майбутнього дорослого члена суспільства, що не виходить за рамки відотіпічних особливостей онтогенезу та існуючих в даній культурі варіантів особистісного розвитку. Критерієм «нормальності » цих модифікацій є загальні емоційне благополуччя дитини, яке дозволяє йому успішно адаптуватися до різноманітних особливостей свого конкретного суспільства.

Дефіцитарність системи. Уявлення про дефіцитарности розвитку в умовах порушення еволюційно очікуваних умов сформульовано Е.А. Сергієнко при аналізі раннього онтогенезу зорової перцепції і закономірностей формування антиципації як механізму регуляції взаємин суб'єкта з світом. При зміні еволюційно очікуваних умов, що порушують хід розвитку взаємодії членів системи « мати - дитина », можуть відбуватися зміни, що ведуть до загального порушення розвитку дитини. Ці зміни можуть зачіпати різні рівні розвитку, їх особливість полягає в тому, що формуються способи взаємодії зі світом менш ефективні, адаптивність до змін у середовищі знижена, еволюційно передбачуваний розвиток окремих функціональних систем та їх зв'язків не досягає оптимального видотипичного рівня. У даному випадку мова йде про дефіцитарности базових структур ставлення до світу , яка виражається в зниженні емоційного благополуччя дитини. Це створює несприятливі умови для його загального психічного розвитку. Відносно матері дефіцитарність

розвитку може бути обумовлена змінами в поведінці дитини (різні форми зміни гештальта дитинства і онтогенетические особливості дітей з фізичною і психічною патологією).

Таким чином, щодо відотіпічних і конкретно- культурних функцій матері, мова повинна йти про індивідуальні та культурні особливості материнської сфери, що створюють умови для модифікації розвитку системи « мати - дитина », які необхідні для відповідності індивідуальним особливостям дитини і постійно змінюється зміст культурно-історичного досвіду В цих умовах необхідна можливість прижиттєвого формування та ситуативного зміни материнської сфери жінки відповідно з конкретними особливостями її культури і самої дитини.

Особливість розвитку материнської сфери жінки в людському суспільстві полягає в тому, що суспільство і сама мати частково усвідомлюють материнські функції, активно включаються до їх виконання і цим можуть змінювати еволюційно очікувані умови для дитини. Це, в свою чергу, веде до зміни поведінки дитини, а значить, і еволюційно очікуваних умов для матері Як у цьому випадку відбувається еволюційне замикання і що з цього виходить, вивчається в руслі різних напрямків психології материнської- дитячої взаємодії. Для дитини крайніми варіантами дефіцитарности розвитку є госпиталізм, ранній дитячий аутизм та інші порушення, а для матері - повна втрата материнського почуття (відмова від дитини без об'єктивної необхідності, післяродова депресія і т.д.).

Усвідомлення материнських функцій веде до впровадження в їх регуляцію як суспільства, так і самої матері. У кожній культурі є цілий інститут материнства, який у якості складової частини включає в себе способи виховання жінки як матері. Ці способи розраховані на те, що частина змістів своїх функцій мати буде усвідомлювати, а частина - ні. Відповідно, в суспільній свідомості також не все функції матері повністю усвідомлюються, частина з них представлена у формі повір'їв, прикмет, забобонів і т.п. Все це разом може бути охарактеризоване як конкретно- культурний «шлях до моделі »

материнства, яке саме по собі є інструмент, створений природою і суспільством для «виробництва» дитини як представника свого виду і своєї культури. У суспільстві постійно відбуваються зміни моделі материнства і дитинства, відповідні зміни в самих суспільних відносинах. Змінюється і ставлення жінки до своєї ролі матері. У сучасних умовах ці зміни настільки стрімкі, що наявний «шлях до моделі » материнства, складаний у суспільній практиці протягом десятків тисяч років і включає в себе способи формування у матері поряд з усвідомлюваними - неусвідомлюваних ні їй самій, ні суспільством материнських функцій, не встигає змінитися відповідним чином. Для прикладу розглянемо такі зміни, що стосуються самої матері і культурних моделей материнства .

Сучасні особливості зміни в материнській потребності - мотиваційної сфері на індивідуальному рівні.

Логіка материнської- дитячої взаємодії вимагає змін у регуляції психічної діяльності матері. Вона повинна частково відмовитися від свідомих способів регуляції своєї діяльності і користуватися інтуїцією і своїми емоціями. Це обумовлено особливостями дитини та унікальністю завдань матері у взаємодії з ним. Можна виділити три основні аспекти цієї взаємодії, що вимагають зміни в її емоційній і інтелектуальній сферах:

Забезпечення матір'ю своїх функцій протягом вагітності, після пологів та в період новонародженості вимагають від неї перебування в специфічному стані, що дозволяє їй природним чином і без явного усвідомлення взаємодіяти з іншим суб'єктом, у якого ще немає не тільки свідомості, але й розвинених, диференційованих способів взаємодії зі світом взагалі. Їй необхідно орієнтуватися на свої емоції, за якими вона відчуває стан дитини. Крім того, їй належить освоювати у спільній з дитиною діяльності способи емоційного спілкування з ним. Концентрація на дитині, здатність змінювати свій стан безпосередньо слідом і унаслідок змін його стану, нечутливість до можливих впливам з боку, уводящим матір від переживання стимуляції від дитини, забезпечують те необхідне відповідність емоцій матері контексту взаємодії, яке

створює для них обох еволюційно очікувані умови. Іншими словами, для матері важливо не прогнозувати наслідки, а бути з дитиною, за словами Н.Б. Кедрової, «тут і тепер». Домінування у свідомості матері уявлення про наслідки її поведінки для майбутньої дитини, завжди пов'язаних з її конкретною моделлю дитини як майбутнього дорослого, «затуляє» безпосередню стимуляцію від самого немовляти, яка і забезпечує умови для прояву та зміни емоцій матері. Звичайно, зовсім без усвідомлення тут не обійтися. Однак відбуваються в вагітності зміни в емоційній сфері жінки забезпечують тонке поєднання емоційної регуляції її діяльності з високим рівнем інтелектуальної інтуїції, необхідної для виконання складної і відповідальної завдання догляду за дитиною.

У вагітності під впливом гормональних змін емоційна сфера жінки стає більш лабільною, імпульсивною. У той же час жінка стає дуже чутливою до порушення емоційного комфорту і прагне уникати неприємних переживань. Лабільність і схильність до позитивних емоцій, пов'язаних зі своїми станами і соматичними переживаннями, дозволяють швидко перемикатися на те, що зараз найбільш приємно, і підтримувати цей стан. Імпульсивність сприяє ситуативному проходженню за стимуляцією від дитини. Підвищена емоційна сензитивність необхідна для емоційної взаємодії з дитиною і безпосереднього переживання його станів. Цікаво, що всі ці характеристики самі по собі відповідають особливостям емоційної сфери дитини. Така «емоційна інфантилізація» у вагітності вже відзначалася вище.

Особливості материнської-дитячої взаємодії вимагають не тільки імпульсивності і переходу на чуттєвий рівень регуляції. Необхідно й відповідне ставлення до матері і дитини членів сім'ї і суспільства в цілому. Цьому сприяють деякі інфантильні риси зовнішнього вигляду і поведінки майбутньої матері, прогресуючі у вагітності. Необхідність захисту, підвищення залежності від членів суспільства у забезпеченні їжею, створення доброзичливої атмосфери, що сприяє благополуччю перебігу вагітності та розвитку відносин матері з дитиною, оцінюються багатьма дослідниками як специфічно людські

особливості материнства. Ще до усвідомлення суспільством всіх тонкощів впливу на матір цих обставин зміна ставлення до вагітної стимулювалося притаманними їй тепер інфантильними рисами як у зовнішньому вигляді (зміна пропорцій тіла та обличчя, кольору і пружності шкіри і т.п.), так і в поведінці (елементи поведінки залежності, вимоги уваги, виразу обличчя і мови). Інфантильні характеристики емоційної сфери також можуть бути віднесені до цих ознак.

У цьому відношенні цікаві зміни в мовному поведінці, пов'язані із загальною інфантилізація поведінки та емоційної сфери. Мова завжди відображає емоційний стан. При поведінці, що імітує дитячі риси, що характерно в ситуації вимоги підтримки і заступництва, мова набуває особливості, близькі по інтонаційному складу, розстановці пауз, зміні граматичної структури і Т.П. до мовлення дитини. Ці ж особливості притаманні мовному поведінці *baby talk*, яке використовується в материнському поведінці. Крім участі у розвитку операціонального складу материнської сфери, ці характеристики мови у вагітності створюють стимульну середовище для розвитку у дитини вибірковості до адекватного мовного поведінки дорослих у взаємодії з ним.

Поступово збільшується протягом вагітності концентрація інтересів матері на дитині, зниження інтересу до інших областей життя в сукупності з переходом на інтуїтивний стиль інтелектуальної регуляції діяльності створюють картину звуження змістів інтелектуальної сфери та обмеження використання дискурсивного мислення. Дослідження В.І. Брутмана і М.С. Радіонової показали також зниження чутливості до логічних суперечностей у вагітних в третьому триместрі. Насправді мова повинна йти не про регрес інтелектуальної сфери, а про концентрацію її на певний зміст і орієнтації на інтуїтивний і евристичний спосіб обробки інформації. Дослідження в психології мислення саме ці особливості дозволяють віднести до творчих здібностей. Загальне підвищення творчого потенціалу відзначається у вагітних,

починаючи з другого триместру (у практиці психологічної підготовки до материнства) [10, с. - 23].

Всі ці особливості усвідомлюються в сучасному суспільстві не тільки оточуючими, а й самою жінкою. Підвищення залежності, втрата самостійності, зміна в емоційній сфері по инфантильному типу, в інтелектуальній діяльності, звуження інтересів і їх концентрація на себе і дитину можуть розцінюватися самою жінкою і суспільством як загальна деградація. Своє власне прагнення перебувати в цьому стані і одержуване від нього задоволення також можуть лякати жінку. Позитивні аспекти цих змін - збагачення суб'єктивного досвіду жінки, її загальний психічний розвиток, освоєння нових форм інтуїтивної регуляції взаємодії зі світом найчастіше недооцінюються.

Таким чином, усвідомлення відбуваються в собі змін і їх інтерпретація можуть ускладнювати природний процес розвитку материнської сфери, знижувати цінність дитини і створювати умови для посилення впливу « внедряющихся » цінностей з інших потребностно - мотиваційних сфер жінки. Сучасні тенденції зміни ролі жінки в сім'ї та суспільстві щодо цього поки не можуть вважатися сприятливими.

Конкретно-культурна модель материнства - як зміст всіх блоків материнської сфери жінки - орієнтована на розвиток у дитини відповідного конкретно- культурного варіанта його соціально- комфортної сфери. Виховання необхідного змісту материнської сфери забезпечено різними засобами в кожній культурі і може бути описано як « онтогенетический шлях до моделі » Цей шлях забезпечує наявність як відотіпічних, так і конкретно- культурних материнських функцій без усвідомлення матір'ю самих цих функцій та їх ролі в розвитку соціально-комфортної сфери дитини, її сфери спілкування і неспецифічних мотиваційних основ його образу світу. Ситуація в сучасному євро- американському суспільстві може бути охарактеризована як « втрата шляху до моделі » материнства, що поєднується з розширенням і появою відкритого змісту самої моделі соціально-комфортної сфери суб'єкта, не забезпеченої відповідною моделлю материнської потребностно - мотиваційної

сфери. В даний час спостерігається тенденція пошуку нового «шляху до моделі», заснована на усвідомленні як потреб материнської сфери, так і особливостей психічного розвитку дитини.

Модель материнства і забезпечення її формування в онтогенезі жінки (шлях до моделі) в кожній культурі досить жорстко виражені і відповідають настільки ж певної моделі розвитку дорослого члена суспільства. М. Мід в цьому зв'язку зазначає, що кількість альтернатив (тобто варіантів особистісних особливостей дорослих членів суспільства, соціальних і сімейних ролей), з якими зіткнеться дитина при вступі в самостійне життя, досить обмежена[33,с.44-57]. У традиційних культурах умови онтогенезу створюють можливість адаптації дитини до більшої кількості варіантів, ніж міститься в його культурі, гак як відбувається перерозподіл материнських функцій, що веде до утворення у дитини множинних прихильностей, їх безперервності і міцності. В умовах сучасного суспільства євро-американського типу навпаки, існує невідповідність збіднення і ригідності формування прихильності дитини в ранньому онтогенезі, з одного боку, і множинності моделей поведінки (соціальних і сімейних), з якими дитина зіткнеться в дорослому житті, - з іншого. Концентрація всіх материнських функцій на матері створює умови для формування прихильності, орієнтованої тільки на один об'єкт. Це не відповідає новим вимогам до особистості як вільної, самореалізується і незалежною. Крім того, звуження об'єктів прихильності і збіднення варіативності материнських функцій (так як все зосереджено в одному суб'єкті - матері) також веде до меншої варіативності розвитку дитини.

У наявності нова модель особистості, не забезпечена відповідною моделлю материнства. Посилує становище розрив міжпоколінних зв'язків, втрата традиційних способів передачі досвіду та оформлення материнської-дитячої взаємодії. Жінка на порозі материнства виявляється необізнаною про елементарні особливості розвитку дитини і своїх функціях у догляді за ним і спілкуванні. Крім того, зменшення кількості дітей у сім'ї веде до того, що часто перше немовля, з яким зустрічається мати, - це її власна дитина. У цих умовах

молоді батьки звертаються до пошуку відсутньої інформації. Крім виникнення потреби в підвищенні своєї батьківської компетентності, відбувається усвідомлення недостатності в емоційних переживаннях, неготовності до виникнення материнських почуттів. Все це веде до спрямованого, усвідомленого розвитку не тільки інформаційних, але і емоційних основ материнської сфери. Її побудова стає завданням самого суб'єкта материнства. Жінка цікавиться тим, що вона повинна відчувати, яку роль це відіграє у розвитку дитини, навіщо їй це треба самій і що треба робити для розвитку цих почуттів. Підготовка до материнства тепер не обмежується веденням вагітності та відомостями про догляд за дитиною і годуванні. У неї входять розвиток емоційної сфери, інтуїції, освоєння способів спілкування з дитиною до народження і т.п. Зрозуміло, цей новий « шлях до моделі» ще тільки починається. Але, можливо, він приведе не тільки до нової моделі материнства і формуванню відповідних змістів материнської сфери жінки, а й виявиться ефективним для виховання дитини, що володіє високим рівнем емоційного благополуччя і здатністю до активної і щасливого життя в нових умовах розвитку суспільства. Відомості про ефективність пологів і післяпологового розвитку взаємодії з дитиною у матерів, які пройшли психологічну підготовку до материнства, підтверджують цю думку. Успішність пологів, благополучна ситуація з грудним годуванням досягають у цих випадках 80 - 90 %, що набагато перевищує середні показники [Н.П. Коваленко, Г.І. Брехман, А.І. Захаров, О.Л. Трояніна, Е.М. Фатєєва та ін].

1.3.3 Онтогенетичні аспекти формування материнства

Вважається, що особливості материнського відносини визначаються не тільки культурним і соціальним статусом жінки, але і її власної психічної історією до і після народження. С.Тrevarthen вважає, що компетентне поведінка матері в розпізнаванні емоційного стану своєї дитини досягає зрілості лише після шляху розвитку, який вона проробляє в дитинстві і підлітковому віці.

Різними авторами виділяються етапи розвитку материнства (як варіантибатьківства) від планування до реалізації в першому і другому поколінні, етапи вагітності, зв'язок вагітності з розвитком особистості, вагітність як стадія розвитку материнства. У перебігу онтогенезу деякі види досвіду (взаємини з власною матір'ю, контакти з немовлятами та виникнення інтересу до них у дитинстві, інтерпретація материнства у зв'язку з подружжям та статевої сферою, а також конкретний досвід взаємодії з дітьми, що мають певні особливості: слабоумство, фізичні недоліки, каліцтва, наслідки нещасних випадків і травм) впливають на зміст ставлення матері до дитини, своєї материнської ролі та інтерпретацію своїх переживань з приводу материнства (І.А. Захаров, С.Ю. Мещерякова, Г.В. Скобло і Л.Л. Баз, Г.Г. Філіппова, G.Levy, W.B. Miller та ін.) [56, с. 87]

Індивідуальний онтогенез материнства проходить кілька етапів, в процесі яких здійснюється природна психологічна адаптація жінки до материнської ролі. Одним з найважливіших вважається період вагітності; зміст якого визначається змінами самосвідомості жінки, спрямованими на прийняття нової соціальної ролі і формування почуття прихильності до дитини. За характером переважаючого переживання він ділиться в свою чергу на етап, пов'язаний з необхідністю прийняття жінкою рішення про збереження або штучному перериванні вагітності, етап, пов'язаний з початком руху плоду, і етап, який визначається підготовкою до пологів і появи дитини в будинку.

Не менш важливим вважається період після народження, в якому відбувається психологічне прийняття дитини як незалежної особистості та адаптація донього. Вивчаючи формування почуття прихильності матері до дитини, В.І. Брушано дає наступну трактування основних етапів вагітності

1. Фаза преднастройки. До вагітності – формування матриці материнського відношення в онтогенезі, на яке впливають досвід взаємодії з матір'ю, сімейні традиції, культурні цінності, що існують у суспільстві. На початку вагітності (з моменту впізнавання і до моменту ворушіння) починається

формування Я - концепції матері та концепції дитини, до кінцящо не наділеного якостями "рідного".

2.Фаза первинного тілесного досвіду: інтрацептивний досвід під час ворущіння, результатом якого буде розділення « Я» і «не Я », що є паростком майбутньої амбівалентностіставлення до дитини, і формування нового сенсу «рідний», «свій», « мій (частинка мене) ». Уперіод після пологів відбувається добудова сенсу «рідного » за рахунок екстрацептивної стимуляції.

Надалі відбувається відділення вітального сенсу «рідний» від соціального сенсу дитини, прицьому останній поступово наростає, а перший, навпаки, стає менш сильним і значущим.

У психоаналітичної традиції відома періодизація розвитку материнського відносини в ході вагітності О. Caplan. Він дає докладний феноменологічний опис психофізіологічних змін, супроводжуючи це психоаналітичними інтерпретаціями :

Стадія 1. Від зачаття до моментурухи дитини, тобто перші 4,5 місяця вагітності. До кінця цієї стадії часто відзначаєтьсярегресія до оральної фази, включаючи такі прояви, як нудота і блювота або, навпаки , пристрась до якоїсь їжі. Жінка також часто ідентифікується з плодом , який в ній.

Стадія 2. Починається з ворущіння дитини , коли жінка відчуває його реальність і визнає, щодитина, хоча ще й перебуває в утробі, повинен бути окремим життям, яку мати не можеконтролювати. Для багатьох жінок рухи дитини супроводжуються зануренням у свійвнутрішній світ.

Стадія 3. Третя і заключна стадія - це тілесний дискомфорт і втому вперіод підготовки до пологів. Принаймні зростання потреби в материнстві, з'являютьсяспогади про суперництво з досвіду самої вагітної Спостерігаються також типові перепадинастрою з приводу майбутнього народження дитини від нетерпіння до незмінною свідомої іпідсвідомої боязні кожної вагітної жінки, що вона може померти при пологах або що їїдитина може народитися ненормальним або отримати травму при пологах.

Після пологів починається звикання до порожнечі в тому місці, де раніше була дитина. Вона повинна знову відчувати себе єдиним цілим, перш ніж настане визнання дитини як окремої людини і в той же час має залишитися почуття, що колись дитина була невід'ємною частиною її тіла. У цей період особливо виразні коливання настрою, емоційна нестійкість, сензитивність, плаксивість. Подібні незвичні коливання настрою виявляються також у підвищеній уразливості, іноді дратівливості, чутливості до свого мінливого вигляду, тязі до стану спокою, що накладає додатковий тягар і на саму жінку і на оточуючих, розуміння і підтримки яких вона особливо потребує. Зміни в емоційній житті матері приводять до змін всієї сімейної взаємини, так що кожна вагітність супроводжується нормативним сімейним кризою і закінчується прийняттям нового члена сім'ї. При цьому мати може бути збентежена тим, що не відчує відразу всеосяжної материнської любові до своєї дитини.

До динаміки змісту материнських уявлень і переживань у вагітності відноситься аналіз снів, страхів, фантазій і т.п. Відзначено, що до третього триместру вагітності посилюється страх пологів, а також конкретизуються аспекти невпевненості, некомпетентності. На початку вагітності ці змісти пов'язані з пізніми періодами розвитку дитини, до кінця вагітності в основному з пологів та післяпологового періоду. Інші дослідження присвячені зміні змісту уявлень і переживань матері, що відбиваються в її описі дитини, в різні фази післяпологового періоду (наприклад, відразу після пологів і через місяць). Виявлено відмінність цих змістів: відразу після пологів у висловлюваннях матері основний зміст пов'язано з фізичними привабливими особливостями дитини, її потребою в турботі, а в місячному віці – з особливостями поведінки у взаємодії, задоволеністю від контакту з ним.

Представлений короткий огляд сучасного стану досліджень в області психології материнства дозволяє зробити висновок, що існує два основних напрямки вивчення даного явища. Перше продовжує традиції психоаналітичного і етологічного напрямки. З цих позицій традиційно більша увага приділена стимулам немовляти, спрямованим на активізацію материнської

турботи про нього. При цьому поведінка матері розглядається як комплементарно вродженому поведінки немовляти. Другий напрямок - соціально- культурологічне, в рамках якого вивчаються культурно-історичні механізми материнської поведінки, переживання матері ставляться в залежність від соціальних норм материнства.

При цьому проблема готовності жінок до материнства залишається досить проблематичною. Разом з тим досвід численних, у тому числі і власних досліджень, в області відхиляється материнської поведінки показує, що на формування готовності жінки до прийняття нової соціальної ролі матері впливає величезна кількість складно взаємодіючих факторів, що змінюють і тим самим підготовляють свідомість і самосвідомість майбутньої матері до прийому дитини ще задовго до його народження. До них відносяться такі фактори, як: репродукція батьківського досвіду; особистісні особливості жінок; зміни в емоційному стані під впливом емоційних стресорів, і багато інших.

В останні роки обговорюється проблема зв'язку формування материнського статусу із змінами стану свідомості жінок в різні періоди репродуктивного циклу.

1.4. Сутність психологічного супроводу вагітних жінок

Підготовка до пологів

Вагітність і народження дитини стають важливою подією в житті кожної жінки. З появою перших ознак зародження нового життя світогляд і свідомість майбутньої мами настільки сильно змінюється, що її перестають дізнаватися навіть близькі та рідні люди. Разом з радісним очікуванням виникають переживання і страх перед пологовим будинком і подальшими турботами про малюка.

Для того, щоб процес появи дитини на світ не став трагедією і не послужив причиною відмови від наступних вагітностей, необхідно якомога раніше почати підготовку до пологів.

Деяким досить почитати книгу про те, як підготувати свій організм до пологів, а хтось звертається до фахівців. Завданням жіночих консультацій, шкіл для майбутніх мам і всієї літератури на цю тему є надання фізичної та психологічної допомоги вагітним. Програма подібних занять передбачає комплексний підхід, поєднуючи заняття з психологом, теоретичні лекції та фізичні вправи, що допомагає не тільки впоратися з сумнівами і страхами, підтримати фізичну форму, але й уникнути небажаних наслідків і ускладнень (розриви, опущення матки) в післяпологовому періоді.

Теоретична і практична підготовка до пологів

Найчастіше переживання з приводу вагітності та пологів з'являються від незнання того, як відбувається процес розвитку і народження малюка. Тому під час вагітності не буде зайвим освоїти теоретичний матеріал з цього питання.

З книг або на семінарах у школах для вагітних можна дізнатися про анатомію жіночого організму, про те, як відбувається підготовка матки до пологів, про всі етапи розвитку плоду і його відчуттях всередині тіла матері. Часто для більшої наочності проглядаються тематичні відеофільми та схеми.

А «репетиція» навичок по догляду за дитиною на спеціальних заняттях з використанням муляжів слугуватиме гарантією того, що не виникне проблем з сповиванням, купанням, одяганням та іншими процедурами, необхідними малюкові.

Фізичні навантаження та вправи при підготовці до пологів

Фізична підготовка до пологів спрямована на підтримку здоров'я майбутньої мами і включає в себе не тільки вправи для різних груп м'язів і дихальну гімнастику, але і масаж з гартують.

Комплекс вправ краще виконувати з фахівцем, який врахує вік, рівень початкової підготовки та наявність супутніх захворювань, встановить

індивідуальний режим фізичних навантажень, надасть своєчасну допомогу при погіршенні самопочуття і не допустить перевтоми вагітною.

Слід припинити заняття, якщо виникла біль у нижній частині живота, підвищився тиск, плід став бурхливо ворухитися, з'явилися виділення, порушилося зір і дихання. А при застуді, загостренні хронічного захворювання, загрозу викидня, кровотечі, низько розташованій плаценті і токсикозі спорт протипоказаний.

Дихальну гімнастику добре можна освоїти на групових заняттях, під рахунок інструктора. Він навчить дихати «по-собачому», повільно і з довгими видихами. Застосовуючи в пологах ці техніки, можна зменшити біль, розслабитися і відволіктися.

А вправи для зміцнення м'язів тазового дна можна виконувати самотійно. Їх ще називають « інтимної гімнастикою Кегеля », яка заснована на скороченні і розслабленні м'язів піхви і ануса.

Почати можна з свідомої затримки сечовипускання, перейшовши на звичайне попеременне скорочення і розслаблення м'язів промежини. Виконувати ці вправи краще з 15-16 тижня вагітності по 25-30 разів на день. Легше навчитися керувати м'язами в положенні лежачи на боці, потім спробувати сидячи на стільці, на корточках, рачки, сидячи по-турецьки і стоячи. При регулярному їх виконанні можна не тільки уникнути розривів під час пологів, але і швидше відновитися в післяпологовому періоді.

Корисними вважаються і вправи на розтяжку. Деякий час (близько 10 хвилин) можна посидіти навпочіпки, по- турецьки, в позі « метелика » і « жаби ». Зменшать брак кисню, поліпшать самопочуття довгі піші прогулянки, заміське повітря, розслабляючий масаж у фахівця і контрастний душ.

Слід пам'ятати, що з другої половини вагітності не можна лежати на спині і виконувати вправи в такому положенні (можлива втрата свідомості). А найголовніше, не треба перевтомлюватися.

Підготовка шийки матки до пологів

Якщо жінка здорова, з гормональною системою проблем у неї немає, то шийки матки «дозріє» до пологів сама. Однак, якщо є ендокринні розлади, швидше за все, доведеться вживати додаткових заходів з підготовки шийки матки до пологів.

Медикаментозна підготовка (за допомогою простагландинів) проводиться в пологовому будинку в тому випадку, якщо плід готовий до пологів, а шийка - ні. Цей препарат досить дорогий, в деяких випадках викликає алергію і надмірне скорочення матки.

Можна спробувати підготувати шийку матки без допомоги ліків. Найкращим способом є статеве життя з 36 тижня вагітності без використання презерватива. У складі сперми є простагландини, що впливають на процес «дозрівання» шийки.

Під час вагітності необхідно вживати більше жирної риби, лляне масло, чорну смородину, пити капсули масла примули вечірньої. У них міститься речовина, що сприяє виробленню простагландинів.

Рекомендації щодо вживання оливкової та інших видів рослинної олії є частково вірними, т. к. У них міститься вітамін Е, який сприяє підвищенню еластичності тканини, а не «дозрівання» шийки матки.

Настій малини більше призначений для підготовки матки до пологів (стимулює скорочення), а не самої шийки.

Психологічна підготовка до пологів

Протягом дев'яти місяців жінку супроводжує не тільки хвилююча почуття очікування, а й страх перед майбутніми пологами. Чи всі пройде гладко? Як же я витримаю цю біль? Чи вистачить малюкові мого молока? Зможу і я його викупати? Ці та багато інших питань крутяться в голові постійно.

Для позбавлення від негативних думок і набуття душевної рівноваги застосовують такі техніки, як візуалізація і аутотренінг. Можна в розслабленому стані уявляти собі радісні хвилини спільного перебування з малюком, безтурботні прогулянки з коляскою, утихомиреного сплячу дитину й інші позитивні «картинки» з майбутнього.

Фахівці радять розвісити в будинку плакати з написами - аффирмаціями (наприклад , «Я повністю готова до пологів ! », « Процес появи мого малюка на світ пройде легко і безболісно !")

Головне, у всіх психологічних установках повинен бути позитивний настрій. Хороший результат принесуть і групові заняття з психологічної підготовки до пологів, в яких беруть участь не тільки майбутні мами, а й їхні чоловіки, адже від підтримки близьких залежить дуже багато. Більшість чоловіків хвилюються і переживають перед появою малюка на світ не менше, ніж їх вагітні дружини.

Психологи радять розслабитися і насолоджуватися своїм цікавим положенням, адже вагітність - не хвороба, а радісне очікування дива і маленького щастя !

Підготовка до пологовому будинку

Ближче до кінця вагітності бажано вибрати пологовий будинок, в якому малюк з'явиться на світ, і отримати консультацію з приводу діючих правил перебування в ньому, а також попросити список - перелік необхідного приладдя для пологів і післяпологового періоду (гігієнічні засоби, одяг для матері і дитини).

Бажано підготувати заздалегідь сумку з усім необхідним (паспорт, гроші, обмінна карта, речі, ліки, особистий посуд і т. д.), адже з почалися переймами думати про це буде неможливо.

Добре, якщо під час вагітності знайшовся час і кошти на всебічну підготовку до пологів. Але навіть якщо були упущені якісь моменти, не варто засмучуватися, адже все приходить з досвідом. З'явився на світ маленький плаче « грудочку » зітре з пам'яті всі страхи і переживання, наповнить щастям і радістю до межі. А найголовніше, у жінки є материнський інстинкт, який прийде на допомогу у важкій ситуації і підкаже правильне рішення.

Психопрофілактична підготовка до пологів, програма зайнять.

ОРІЄНТОВНА ПРОГРАМА КУРСУ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ДО ПОЛОГІВ.

1 - е заняття

Вивчення жіночої анатомії. Розповідь про розвиток плода, про єдину систему мати - плацента - плід. Бесіда про харчуванні, режимі, гігієну під час вагітності.

2 - заняття

Лекція про фізіології і біомеханізми пологів, про важливість участі жінки в пологах. Бесіда про статевому житті під час вагітності. Освоєння техніки самомасажу для зняття психоемоційної напруги. Визначення можливих психологічних проблем за допомогою рісуночних методів арт-терапії (фарбами).

3 - заняття

Лекція про фізіології I періоду пологів, механізми сутичок. Навчання диханню під час сутичок, прийомам релаксації і способам зняття болю. Перегляд відеокaset по темі.

4 – заняття

Лекція про перебіг II періоду пологів. Бесіда про те, що таке потуги, як повинна поводитися майбутня мама в цей період, як розподіляти свої сили в пологах. Обговорення змін, що відбуваються в організмі жінки і в її психіці під час вагітності. Створення психологічного настрою на пологи, на їх благополучний результат.

5 – заняття

Лекція про послідовно і ранньому післяпологовому періодах, про крововтрату в пологах. Тренінг навіку правильних потуг і дихання під час пологів. Бесіда про розвиток дитини в організмі мами. Складання зразкового списку необхідних для майбутнього малюка речей.

6 – заняття

Лекція про підготовку грудей до швидкої лактації, про те, як уникнути маститу. Розповідь про переваги грудного вигодовування. Бесіда про розвиток органів чуття майбутньої дитини. Обговорення участі тата в пологах (як і чим він може допомогти).

7 – заняття

Лекція про догляд за новонародженим, годуванні. Обговорення ролі тата в догляді за малюком. Бесіда про традиційні методи лікування дітей.

8 – заняття

Лекція про післяпологовий контрацепції. Бесіда про відновлення форми після пологів (гімнастика для мам). Профілактика родового стресу.

9 – заняття

Арттерапія. Виконання малюнків, наприклад, на тему « Яким ви бачите своє майбутнє? », «Яким ви уявляєте свого малюка?». Обговорення робіт (в групі або індивідуально).

10 – заняття

Короткий повторення матеріалу попередніх занять, закріплення набутих навичок і прийомів, рекомендованих до використання під час пологів.

Заняття проводяться в теплій, затишній, довірчій обстановці. На кожному занятті обов'язково акцентується увага на створенні позитивного психологічного настрою на пологи, на їх успішний результат.

Незалежно від кількості народжених дітей, невизначеність настання сутичок створює постійно тривожне очікування породіллі. Тут психолог здатний наповнити зону уваги консультованої значущими насиченими подіям, за низкою яких вона і не помітить, як опиниться на родовому столі.

Якщо пощастило зі здоровими умовами для пологів, психолог може не знадобитися зовсім. Його завданням може бути навчальна програма. Завдяки взаємодії з новаторськими технологіями породіллі може розширити діапазон свого сприйняття дійсності. Вагітність виходить чудовим моментом отримати додаткові навички . Якщо перший раз вона народжує в пологовому будинку, то другі пологи завдяки дбайливому супроводу психолога можуть відбутися в рідному просторі. Для дитини це важливо з дуже багатьох причин, і тільки мама здатна подарувати йому таку можливість.

Висновки до розділу 1.

На основі теоретичного аналізу літератури ми зробили висновок, що проблема тривожності і зокрема проблема тривожності у вагітних жінок стає в наш час все більш актуальною. Стан тривожності пов'язане з емоційним дискомфортом, воно ще й найбільш значимий ризик - фактор, що приводить до виникнення психосоматичних захворювань, а нерідко службовець причиною і ендогенної депресії.

Необхідно відзначити, що особливістю сучасної ситуації в нашій країні є зниження рівня народжуваності, підвищується кількість ускладнених вагітностей та пологів, знижується рівень здоров'я новонароджених. Однією з причин даної тенденції є нестабільна соціально-економічна ситуація, яка несприятливо позначається на психічній сфері жінки. Негативні емоції тягнуть за собою зниження якості здоров'я матері, і, як наслідок дитини.

Тривога - це переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з очікуванням неблагополуччя, передчуттям небезпек.

Тривожність - це індивідуальна психологічна особливість, проявляється в схильності людини до частих і інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі його виникнення. Розглядається як особистісне утворення і як властивість темпераменту, обумовлене слабкістю нервових процесів.

Про вагітність зазвичай думають як про період величезної значущості, в якому і через який загострюється величезна кількість емоційних проблем. Зазвичай люди вірять, що симптоми вагітності полягають у відкритій маніфестації індивідуальних труднощів особистості або в реакції невротичної й незрілої жінки на вагітність, таким чином, з цього робиться висновок, що вагітність емоційно негативно позначиться тільки на жінках, які мають будь-невротичні прояви.

Більш адекватним є припущення, що вагітність - це нормальна криза, яка присутня у всіх жінок, призводить до різкої втрати стійкості і часто веде до

зростання повного дозрівання. Результат цієї розвиваючої кризи робить глибокий вплив на ранні дитячо- батьківські відносини.

Вагітність - одна з мають вирішальне значення, необоротних повторних точок у розвитку. Це русі у напрямку до нової ролі найвищої важливості, порівнянне з такими подіями, пубертат і клімакс . Це крок з зрілості у напрямку до старості: всі з цих кроків у життєвому циклі мають специфічне психосоматичне значення, ці зміни відбуваються в різній мірі і в рівній значущості на соматичному і психічному рівні і ці зміни взаємозалежні, підтримують і пригнічують один одного залежно від випадку [37, с. 27].

Що ми бачимо в середній жінці - вираженість підозрілості і примхливості, тенденція віддалитися від соціального довкілля, дратівливість, свержзавісімість, деякі проблеми, пов'язані з дієстю, недолік приготувань до немовляти, мінімальні фізичні симптоми, заклопотаність розвитком плоду, напруженість в очікуванні пологів.

Початкове замішання і сумнів, що стосується вагітності у формі « я не можу повірити, що я фактично збираючись мати немовляти» може замінити поведінка, що виражає відмова жінки від її стану вагітності, яке у збільшенні її фізичної активності або недотриманні дієти і виконання пренатальних приписів.

Будь фактична фізична проблема може стати центром глибокого занепокоєння. Занепокоєння щодо нормальності немовляти може зосередиться на ембріональній активності. Побоювання кровотечі, болі, тілесних переживань або отримання анестезії завжди зв'язуються з насуваються пологами.

Коли реакції кризи інтенсивні і постійні незважаючи на розумне увага до них ми повинні бути готовим до можливої психопатології. Раніше існуючі невротичні тенденції і сімейні проблеми часто посилюються у вагітності, і спогади про попередній травмующем досвіді, наприклад, викидні або мертвонародження, можуть знову стати джерелом напруженості. Ми очікуємо знову і часто знаходимо емоційне хвилювання, коли вагітність не бажана або коли передбачувана мати здається особливо вразливою, про що можна судити

по наявності розумової хвороби, незрілості, обмеженості інтелектуального рівня або втрати захисної ключової фігури.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВАГІТНИХ

2.1. Методи та методики дослідження

З метою виявлення особливостей протікання вагітності, виявлення індивідуально-типологічних розбіжностей в відношенні до вагітності, нами було проведено емпіричне дослідження.

Метою емпіричного дослідження є виявлення розбіжностей в прояві емоцій та почуттів, в тому числі і розбіжності в прояві особистісної та ситуативної тривожності при першій та повторній вагітності жінок.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Підібрати методики для виявлення особистісної та ситуативної тривожності у вагітних жінок.
2. Виявити особливості прояву тривожності у жінок з першої і повторної вагітностями.
3. Розробити рекомендації вагітним жінкам для максимально комфортного протікання вагітності та пологів.

У дослідженні застосовувалися такі методики на виявлення тривожності:

- a) Методика САН (Методика і діагностика самопочуття, активності і настрою);
- b) Методика діагностика самооцінки психічних станів (по Г.Айзенку);
- c) Шкала Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності);
- d) Методика експрес-діагностика неврозу (К.Хека і Х. Хесса);
- e) Тест на рівень суб'єктивного контролю (Тест УСК) Дж.Роттера.

Опис методики: Методика САН (Методика і діагностика самопочуття, активності і настрою). Експрес-оцінка самопочуття, активності і настрою. Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими випробуваного просять оцінити свій стан. Кожна пара являє собою шкалу, на якій випробуваний зазначає ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики свого стану (самопочуття, активність, настрої). Методика проводилась в двох

групах (первородящих та повторнородящих) три рази, протягом 9 місяців вагітності (на перших 3-х місяців вагітності, 4-6 місяць вагітності, 7-9 місяць вагітності), що дозволила нам отримати більш достовірні результати та виявити різницю емоційного стану жінки з I-III триместр.

Опис методики: Виявити рівень самооцінки різних психічних станів (по Айзенку), таких як: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. Опитувальник складається з 40 питань, кожне питання має три варіанти відповіді, який більш підходить учаснику. Опитування проводились протягом 9 місяців вагітності, на різних триєстрах, для більш ефективного дослідження та виявлення індивідуально-типологічних станів вагітних жінок. Які сприяють та впливають на емоційний стан жінок під час вагітності.

Опис методики: Шкала Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності. Методика оцінки тривожності Ч.Спілбергера - в оригіналі звана Test Anxiety Inventory (TAI) - розроблена відомим американським психологом Чарльзом Спілбергера. Направлена на вимірювання особистісної та ситуативної тривожності. Тривожність як властивості особистості і як стан, в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності - природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості. Методика Спілбергера застосовується в консультативній практиці, прикладних дослідженнях, особливо в галузі клінічної психодіагностики. Представлена методика, розроблена Ч. Д. Спілбергером, призначена для одночасної оцінки двох видів тривожності. Шкала була адаптована Ю.Л.Ханіним. Вона включає в себе дві шкали, кожна з яких окремо оцінює особистісну або ситуаційну тривожність.

Даний тест є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).

Дана методика дозволяє зробити перші й істотні уточнення про якість інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативної або постійної, тобто особистісної. Результати методики

відносяться не тільки до психодинамічних особливостей особистості, а й до загального питання взаємозв'язку параметрів реактивності й активності особистості, її темпераменту і характеру. Ця методика є розгорнутою суб'єктивною характеристикою особистості, що зовсім не зменшує її цінності в психодіагностичному плані.

Опис методики: Тест на рівень суб'єктивного контролю (Тест УСК) Дж. Роттера.

Методика являє собою модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера. З його допомогою можна оцінити рівень суб'єктивного контролю над різноманітними ситуаціями, іншими словами, визначити ступінь відповідальності людини за свої вчинки і своє життя. Люди розрізняються по тому, як вони пояснюють причини значущих для себе подій і де локалізують контроль над ними. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний (зовнішній локус) і інтернальний (внутрішній локус). Перший тип проявляється, коли людина вважає, що відбувається з ним не залежить від нього, а є результатом дії зовнішніх причин (наприклад, випадковості або втручання інших людей). У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своїх власних зусиль. Розглядаючи два полярних типу локалізації, слід пам'ятати, що для кожної людини характерний свій рівень суб'єктивного контролю над значущими ситуаціями. Локус же контролю конкретної особи більш менш універсальний стосовно до різних типів подій, з якими їй доводиться стикатися, як у випадку удач, так і у випадку невдач.

В цілому людям з екстернальним локусом контролю більшою мірою притаманне конформне і поступливий поведінка, вони воліють працювати в групі, частіше пасивні, залежні, тривожні і не впевнені в собі. Люди з інтернальним локусом активніші, незалежні, самостійні у роботі, вони частіше мають позитивну самооцінку, що пов'язано з вираженою упевненістю в собі і терпимістю до інших людей. Таким чином, ступінь інтернальності кожної

людини пов'язана з його відношенням до свого розвитку й особистісному зростанню.

Опис методики: Методика експрес-діагностика неврозу (К.Хека і Х. Хесса).

Діагностика ймовірності неврозу у випробуваного. Методика дає лише попередню та узагальнену інформацію. Остаточні висновки можна робити лише після докладного вивчення особистості. Методика активно використовується в психотерапевтичній практиці.

Дані методики дають змогу виявити особистісні прояви та отримати середні значення у вигляді тенденцій.

2.2. Учасники дослідження та їх аналіз

База дослідження: «КЗ» Дніпропетровського обласного перинатального центру зі стаціонаром Дніпропетровської обласної ради. В дослідженні прийняли участь 60 жінок у віці з 20 до 35 років на різних термінах вагітності. Діагностика проводилась в перебігу 9 місяців вагітності, у I-триместрі, II-триместрі та III-триместрі, що дозволило нам підвищити достовірність отриманих результатів.

Соціально- психологічна характеристика вагітної жінки :

Діагностика дослідження проводилась в двох випробовувальних групах(I група, де жінки не мають досвід вагітності та перших пологів та II група, де жінки мають не перший досвід вагітності та пологів). Діагностика дослідження проводилась в трьох етапах на різних стадіях вагітності.

З метою виявлення відмінностей в емоціональному стані вагітних жінок під час всього періоду вагітності, всі учасники були об'єднані в 2 групи:

- I) жінки з першою вагітністю,
- II) жінки з повторною вагітністю.

З метою виявлення вікових особливостей емоційного стану, учасники були об'єднані в три вікові підгрупи: 1) 20-25, 2) 26-30, 3) 31-35 років.

Таблиця 2.1

Загальна кількість вікових підгруп, які беруть участь у дослідженні

Вікові підгрупи	I	II	Σ
1) 20-25	26 жінок	5 жінок	31
2) 26-30	3 жінки	20 жінок	23
3) 31-35	1 жінка	5 жінок	6
Загальна кількість	30 жінок	30 жінок	60

На підставі вище зазначеної таблиці. 2.1, ми можемо визначити, що в дослідженні тривожності вагітних жінок, створюють не тільки індивідуально-типологічні якості але й досвід, який залежить від вікових критеріїв та при повторній вагітності.

2.3. Аналіз результатів дослідження та їх інтерпретація

2.3.1 Діагностика самопочуття, активності та настрою за методикою САН

Методика САН проводилась в три етапи вагітності в двох групах. В ході якої ми виявили різницю перенесення та реальне відношення до вагітності і пологів жінок, які народжують вперше та повторно. Та порівняли результати діагностики, що привели до виникнення та впливу різних факторів, як індивідуально-типологічних, вікових та соціальних, дивитися рисунок 2.1, 2.2.

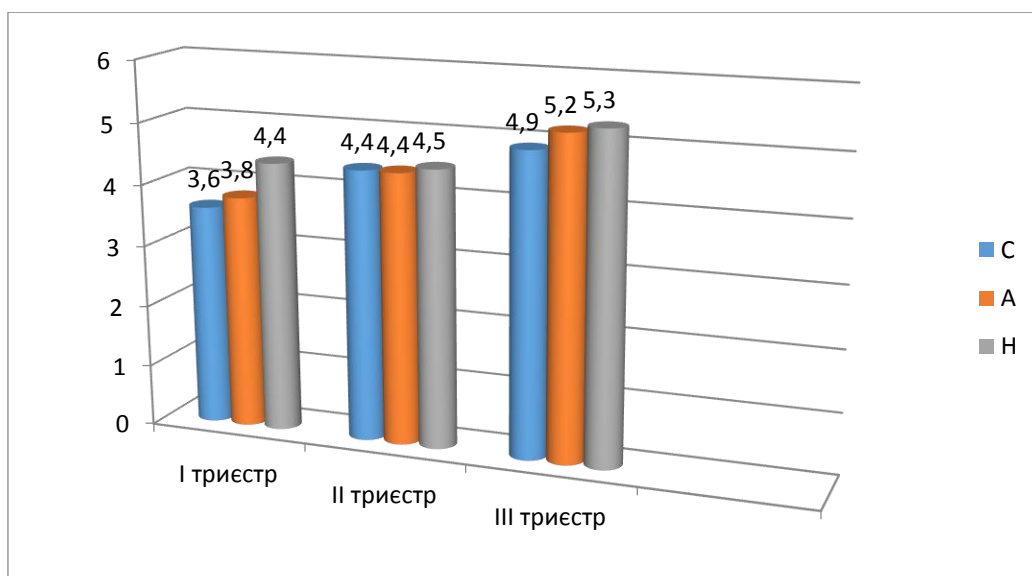


Рисунок 2.1 – Середні показники зміни САН по групі I

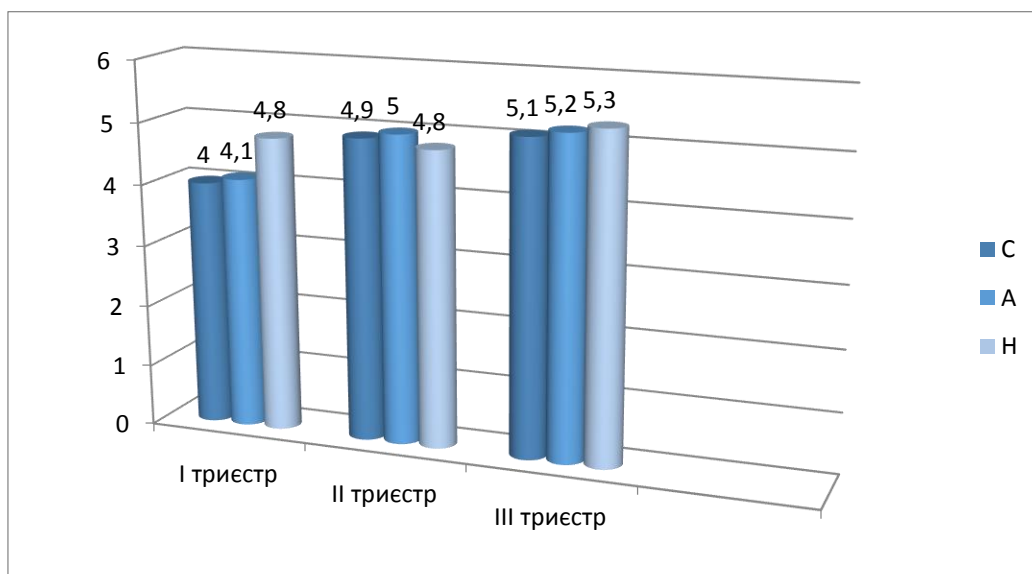


Рисунок 2.2 – Середні показники зміни САН по групі II

За даними показниками в обох групах можна сказати, що спостережуються різниці між показниками по трьом триместрам вагітності. Це свідчить про те, що жінки двох груп мають вплив індивідуально-типологічних ознак на рівень тривожності. Також можна засвідчити, що показники за шкалами самопочуття, активність та настрої мають низькі показники в I триместрі та вищі показники в III триместрі. Які засвідчують в обох групах про те, що жінки відчують більш емоційні переживання при перших трьох

місяців вагітності. II триместр значно менший в першій групі та в вищій в другій.

Таким чином, досвід вагітності та більш врівноважений емоційний стан в другій групі має менший ризик виникнення тривожності ніж в першій групі.

Провівши дослідження, ми отримали наступні результати, представлені в таблиці 2.2, 2.3.

Таблиця 2.2

Показники за віковими категоріями та виявлення Δ по I групі

Група, вік	I триместр		II триместр		III триместр	
I група (20-25)	C3,49	$\Delta 2,21$	C4,39	$\Delta 0,12$	C 4,98	$\Delta 0,35$
	A 3,82		A4,41		A 5,21	
	H 5,7		H4,51		H 5,33	
I група (26-30)	C3,96	$\Delta 0,57$	C4,73	$\Delta 0,2$	C4,0	$\Delta 1,3$
	A3,93		A4,53		A5,3	
	H4,5		H4,6		H5,3	
I група (31-35)	C 4	$\Delta 1,5$	C 5,4	$\Delta 1$	C5	$\Delta 0,6$
	A 4,1		A4,6		A4,8	
	H 5,5		H4,4		H5,4	

Таблиця 2.3

Показники за віковими категоріями та виявлення Δ по II групі

Група, вік	I триместр	$\Delta 0,68$	II триместр	$\Delta 0,22$	III триместр	$\Delta 0,12$
II група (20-25)	C 4,08		C 5		C 5,22	

	A 4,16		A 5,18		A 5,32	
	H 4,76		H 4,96		H 5,34	
II група (26-30)	C 4,11	$\Delta 0,7$	C 5	$\Delta 0,21$	C 5,09	$\Delta 0,2$
	A 4,245		A 4,9		A 5,26	
	H 4,81		H 4,79		H 5,29	
II група (31-35)	C 3,88	$\Delta 0,94$	C 4,78	$\Delta 0,16$	C 5,28	$\Delta 0,25$
	A 4,02		A 4,92		A 5,06	
	H 4,82		H 4,94		H 5,03	

В таблиці 2.1, 2.2 представлені показники за трьома шкалами в різних віковій категорії та виявлення Δ . За даними показниками, ми можемо побудувати графіки, щоб більш точно виявити зміни в різних вікових категоріях та на різних стадіях вагітності. Та порівняти I та II групу за трьома шкалами та за віковими критеріями.

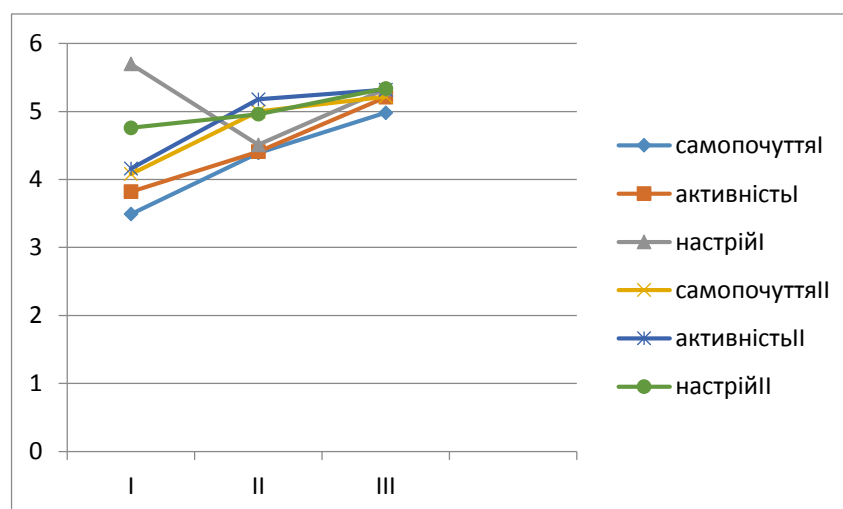


Рисунок 2.3 – Середні показники по I та II групі у віці 20-25 років

На графіку представлено порівняння двох груп у віці 20-25 років. Можно відзначити, що шкали (самопочуття, активність, настрій) мають зміни з I по III триместр. У першій групі 26 жінок, в другій 5. За нашими показниками, можна зазначити, що показники САН жінок першої групи, менші ніж жінок, які вже мали досвід породілля.

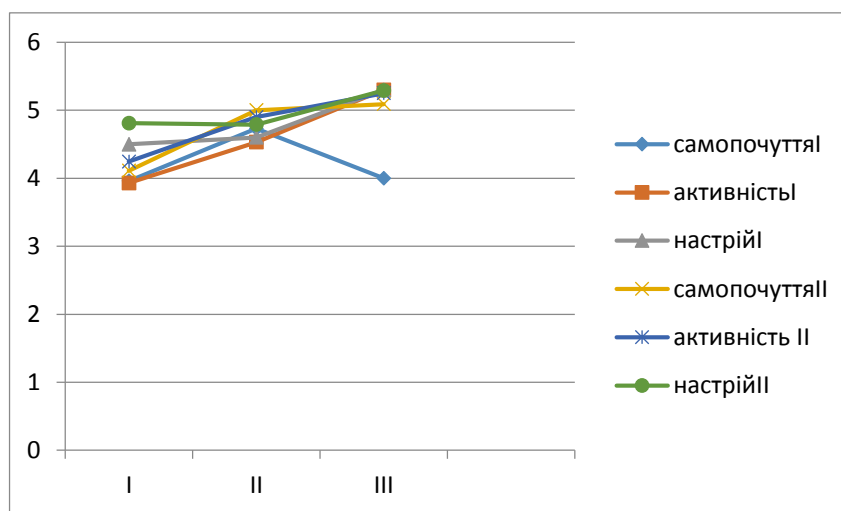


Рисунок 2.4 – Середні показники по I та II групі у віці 26-30 років

На графіку представлено порівняння двох груп у віці 26-30 років. Де чітко спостерігаються зміни в настрої першої групи у другому та третьому триместрі, настрій значно поліпшується, ніж це було у першому триместрі. Це може свідчити про те, що жінки, які народжують вперше, більш емоційно переживають свою першу вагітність ніж жінки другої групи, які вже мали досвід вагітності та пологів.

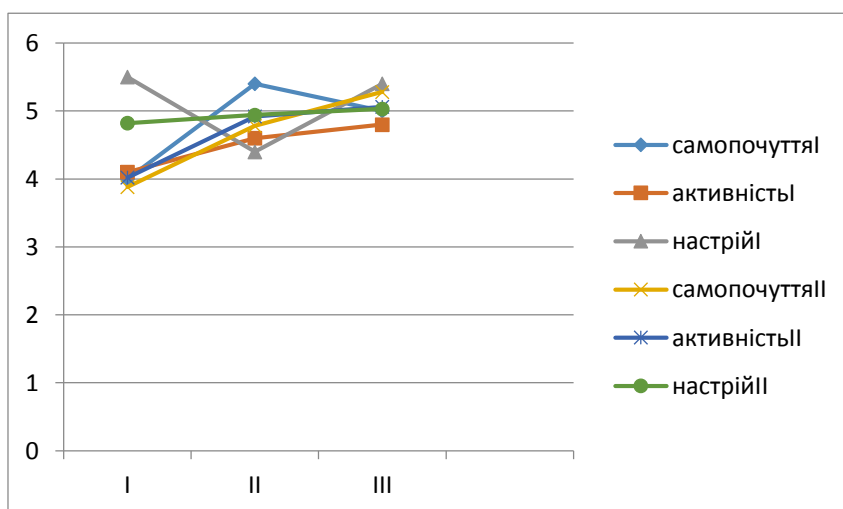


Рисунок 2.5 – Середні показники по I та II групі у віці 31-35 років

Роблячи висновок за цим графіком, чітко відсліджується нестабільність настрою в другому триместрі та самопочуття на перших трьох місяців вагітності та останніх в першій групі. В другій групі низький рівень самопочуття з порівнянням першою групи. Це може бути той наслідок несподіваної вагітності у віці 31-35 років, які побудили до змін в самопочутті на перших місяців вагітності.

Таким чином, підсумковим висновком за методикою САН є що рівень підвищеної тривожності, який відзначається у більшості в першій групі при перших трьох місяців вагітності та останніх. Це свідчить про те, що жінка, яка не мала досвід вагітності та породілля, більш емоційно переживає цей період ніж жінки другої групи. Також I триместр, проходить гостріше ніж інші два, це може бути пов'язане зі змінами, фізичними, психологічними та тими страхами перед невідомим. В другій групі за показниками жінки мають або вищі параметри, або більш-менш рівні за показниками першої групи. Таким чином, ми можемо виділити, що більш виражені такі показники, як самопочуття та настрої, який більш не стабільний в першій групі, а саме у жінок, які не мали досвід вагітності та пологів.

2.3.2 Діагностики самооцінки психічних станів (по Айзенку).

Результати експериментального дослідження діагностики самооцінки психічних станів (по Айзенку).

Дана методика проводилась в двох групах, протягом трьох періодів вагітності для більш досконалого виявлення самооцінки психічних станів жінки. Та провели аналіз між двома групами жінок, які мають досвід породілля та не мають. Та виявили різницю між ними.

Провівши дослідження, ми отримали наступні результати, представлені в таблиці 2.4, 2.5.

Таблиця 2.4

Середні показники за трьома триместрами вагітності по групі І

Вікові підгрупи	Тривожність			Фрустрація			Агресивність			Ригідність		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
20-25	9	8	8,9	9,4	7,9	9,5	9,6	7,9	9,5	9,1	7,4	9,7
26-30	11,7	10	11,3	11,3	10	11,7	12	9,3	10,3	11,7	9,7	11,3
31-35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

За вище вказаними показниками, ми будемо наступну таблицю, в якій будуть зазначені зміни між I та III триместрами.

Таблиця 2.5

Зміни показників за I та III триместром по групі І

Вікові підгрупи	Тривожність			Фрустрація			Агресивність			Ригідність		
	I	III	Δ	I	III	Δ	I	III	Δ	I	III	Δ
20-25	9	8,9	-0,1	9,4	9,5	0,1	9,6	9,5	-0,1	9,1	9,7	0,6

продовження табл.2.5

26-30	11,7	11,3	-0,4	11,3	11,7	0,4	12	10,3	-1,7	11,7	11,3	-0,4
-------	------	------	------	------	------	-----	----	------	------	------	------	------

За даною таблицею виявлено, що:

20-25-Т, А (-0,1)↓ ; Р ↓(0,6); Ф ↑(0,1);

26-30-Т, Φ (0,4)↑; А (-1,7)↓; Р (-0,4)↓;

31-35- не беремо до уваги, за цим віком одна жінка.

Таким чином, ми спостерігаємо зміни самооцінки психічних станів по першій групі, залежно від триместру та рівня тривожності у жінок. Середні значення показників за другою групою у таблиці 2.6, 2.7.

Таблиця 2.6

Середні показники за трьома триместрами вагітності по групі II

Вікові підгрупи	Тривожність			Фрустрація			Агресивність			Ригідність		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
20-25	6,6	6	7,6	5,8	6,2	6,8	6	6,6	7,4	6	5,8	8,4
26-30	8,45	7,3	8,65	8,2	7,3	8,45	7,8	7	8,2	7,45	6,6	7,85
31-35	9,4	7,6	9,4	8,8	7,4	9,8	9,4	8,2	9,6	9,8	8,2	9,8

Будуємо наступну таблицю, в якій будуть зазначені зміни між I та III триместрами.

Таблиця 2.7

Зміни показників за I та III триместром по групі II

Вікові підгрупи	Тривожність			Фрустрація			Агресивність			Ригідність		
	I	III	Δ	I	III	Δ	I	III	Δ	I	III	Δ
20-25	6,6	7,6	1	5,8	6,8	1	6	7,4	1,4	6	8,4	2,4
26-30	8,45	8,65	0,2	8,2	8,45	0,25	7,8	8,2	0,4	7,45	7,85	0,4
31-35	9,4	9,4	0	8,8	9,8	1	9,4	9,6	0,2	9,8	9,8	0

За даною таблицею виявлено, що:

20-25-Т,Ф (1); А (1,4)↑, Р (2,4)↑;

26-30-Т,Ф (0,2) (0,25); А,Р (0,4)↑;

31-35-Ф (1); А (0,2)↑; Т,Р (0)↑.

За показниками двох груп, ми виявили вікові аспекти та зміни психологічних станів та порівняли показники двох груп жінок.

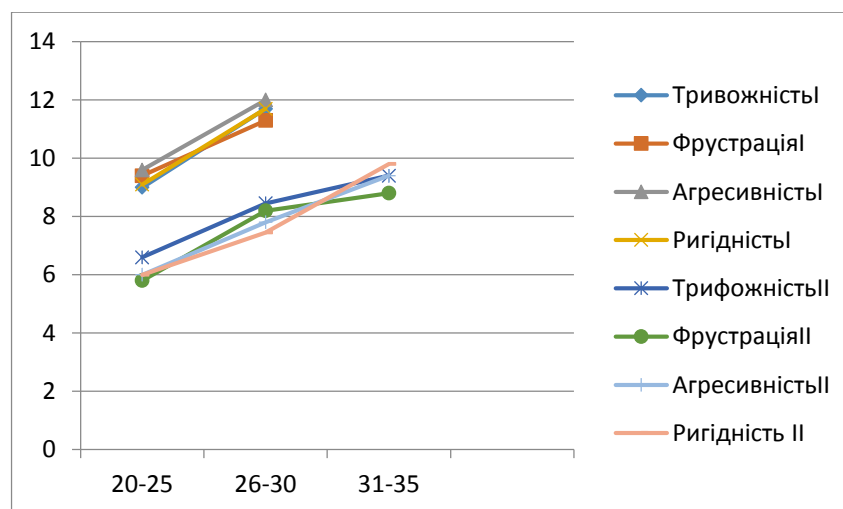


Рисунок 2.6 – Середні показники за першим триместром по I та II групі

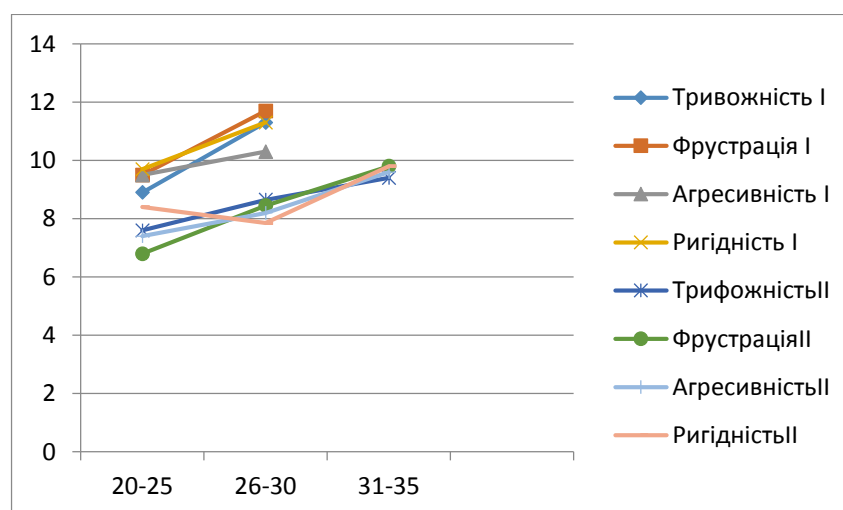


Рисунок.2.7 – Середні показники за третім триместром по I та II групі

Таким чином, аналізуючи показники за двома групами, спостерігається наступне: у першій групі більш високі показники за психологічним станом

жінок, які не мали досвід вагітності. Прояв запальності, образливості більш тривожні, прояви агресивності. При чому спостерігається це, у жінок другої та третьої категорії, та середні показники рівня у першій віковій категорії. В другій групі вищих показників по самооцінці психічних станів не спостерігається. Це говорить про те, що жінки переживають повторну вагітність спокійно та вже морально підготовленими. Психічний стан позитивний та не несе загрозу психічних зривів.

2.3.3. Шкала самооцінки рівня тривожності

Результати емпіричного дослідження, шкала Ч.Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності).

За результатами дослідження були виявлені такі показники у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Середні значення I групи жінок за трьома віковими підгрупами

№ підгрупи за віком	Тр	То	Коефіцієнт
I	37,7	36,2	0,96
II	31,3	32,7	1,04
III	-	-	-

В третій підгрупі у віці 31-35 років тільки одна жінка, тому її показники ми не беремо до уваги.

За вище вказаними середніми показниками за трьома віковими підгрупами, ми будуємо графік.

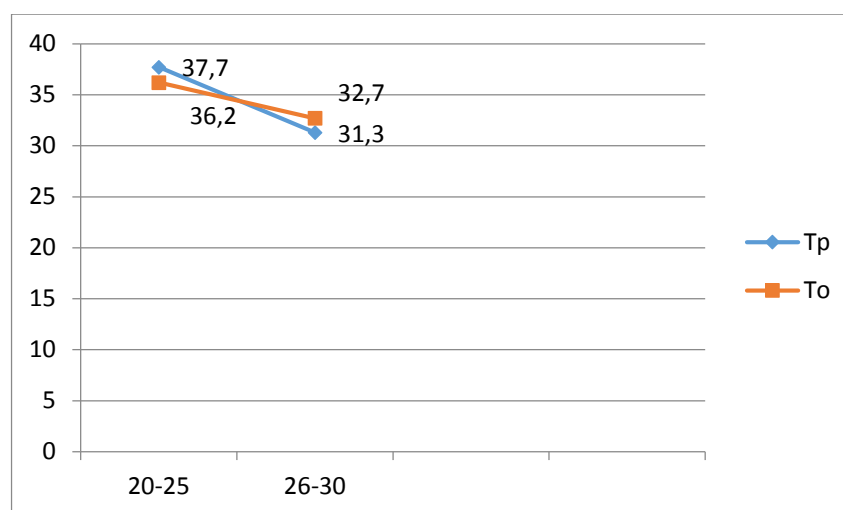


Рисунок 2.8 – Середні значення за віковою вибіркою, рівня тривожності та вікових параметрів

Таким чином, у віці 20-25 років, $Tr\ 37,7 \geq Tл\ 36,2$, це може бути пов'язаним з соціальними страхами, які виникають перед невідомим та неочікуваним. У віці з 26-30 років, $Tл\ 32,7 \geq Tr\ 31,3$, це говорить про те, що жінки цього віку більш тривожно підготовлюються до майбутніх пологів. Це може бути пов'язаним з труднощами, які виникають при вагітності.

За результатами дослідження були виявлені середні значення за трьома віковими підгрупами в другій групі жінок, які мають досвід вагітності. Та виявлен коефіцієнт, $K=To:Tr$, дивитися в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Середні значення II групи жінок за трьома віковими підгрупами

№ підгрупи за віком	Tr	To	Коефіцієнт
I	27	30,6	1,13
II	28	27,5	0,99
III	30,8	28,2	0,92

За вище вказаними показниками, будемо графік за трьома віковими підгрупами.

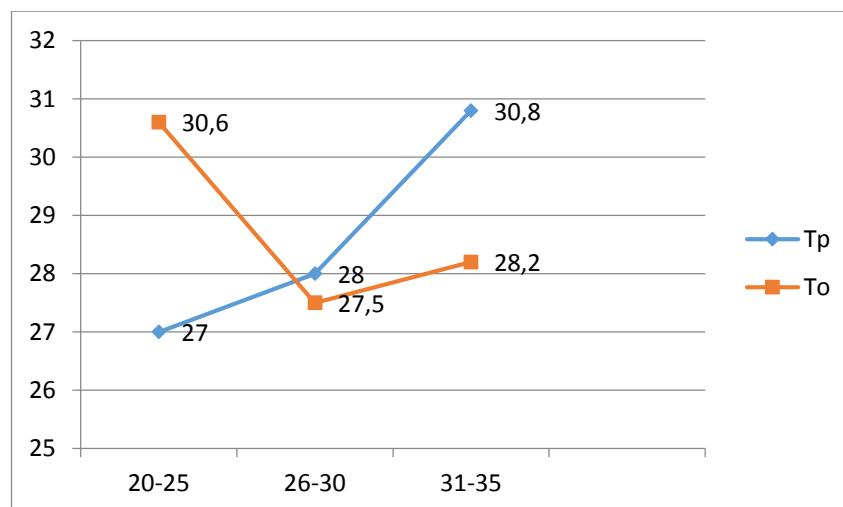


Рисунок 2.9 – Середні значення за віковою вибіркою, рівня тривожності та вікових параметрів

Таким чином $27 \leq 28 \leq 30,8$ – у віці з 20-25 років, оцінка ситуації нижче ніж в інших вікових категоріях, це може бути сприяння виникнення страху, більш емоційне переживання останніх трьох місяців, страх лікарень та обслідувань, тобто спричинення страху більш соціального, ніж особистого. Особистісна тривожність проявляється в першій віковій категорії.

Якщо порівняти дві групи жінок, то ми можемо сказати, що перша група більш уразлива, т. я не має досвіду вагітності та проявляється страх перед невідомим, що спричиняє різні конфлікти. Як особистісні так і соціальні.

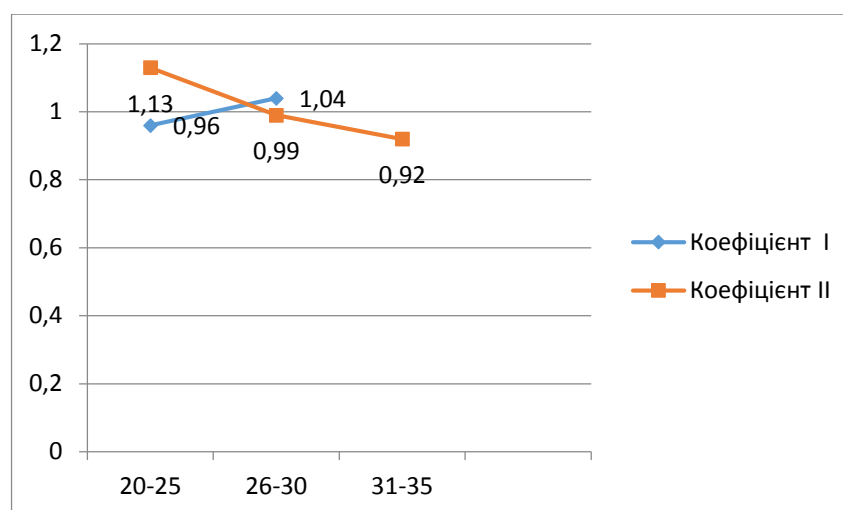


Рисунок 2.10 – Коефіцієнт за середніми показниками та віковими категоріями

Таблиця 2.10

Рівень тривожності I та II групи у %

Перша вагітність		Повторна вагітність	
Тр	То	То	То
20%	40%	80%	83,33%
63,33%	43,33%	20%	16,67%
16,67%	16,67%	-%	-%

Відповідно до результатів дослідження для І групи:

Низький рівень реактивної тривожності має: 20%; 6-жінок;

Помірний рівень реактивної тривожності має: 63,33%; 19-жінок;

Високий рівень реактивної тривожності має: 16,67%.5-жінок.

Низький рівень особистісної тривожності має: 40%; 12-жінок;

Помірний рівень особистісної тривожності має: 43,33%; 13-жінок;

Високий рівень особистісної тривожності має: 16,67%.5-жінок.

Відповідно до результатів дослідження для II групи:

Низький рівень реактивної тривожності має: 80%; 24-жінки;

Помірний рівень реактивної тривожності має: 20%; 6-жінок;

Високий рівень реактивної тривожності має: 0%.

Низький рівень особистісної тривожності має: 83,33%; 25-жінок;

Помірний рівень особистісної тривожності має: 16,67%; 5-жінок;

Високий рівень особистісної тривожності має : 0%.

На підставі вище зазначених результатів, будуюмо діаграми у % відношенні за двома групами жінок. Дані рисунки показують, який % жінок має низький, помірний та високий рівень реакційної та особистісної тривожності для І групи. Дивитися рисунок 2.11, 2.12.

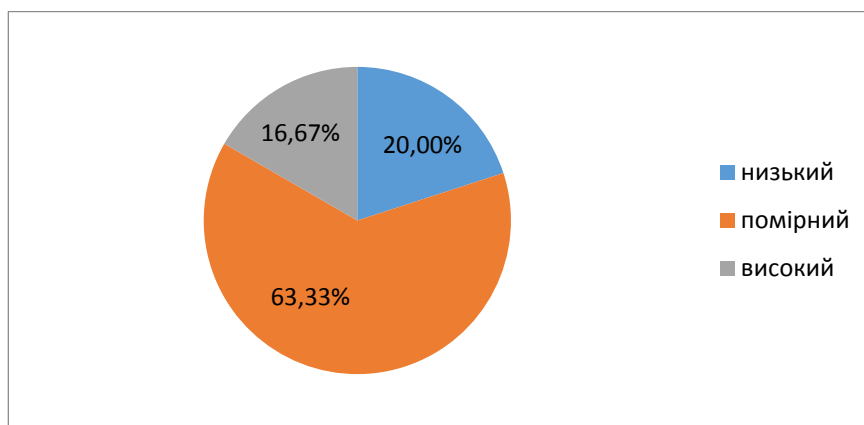


Рисунок 2.11 – Рівень реакційної тривожності жінок І групи у %

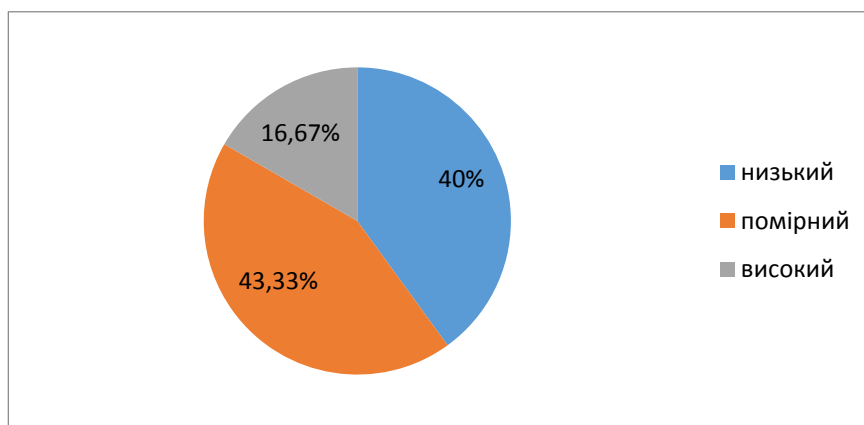


Рисунок 2.12 – Рівень особистісної тривожності жінок І групи у %

На рисунках 2.13, 2.14, 2.15 та 2.16 зображені показники коефіцієнту за методикою Ч.Д. Спілбергера та середнім рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та рівнем ригідності за методикою Айзенка.

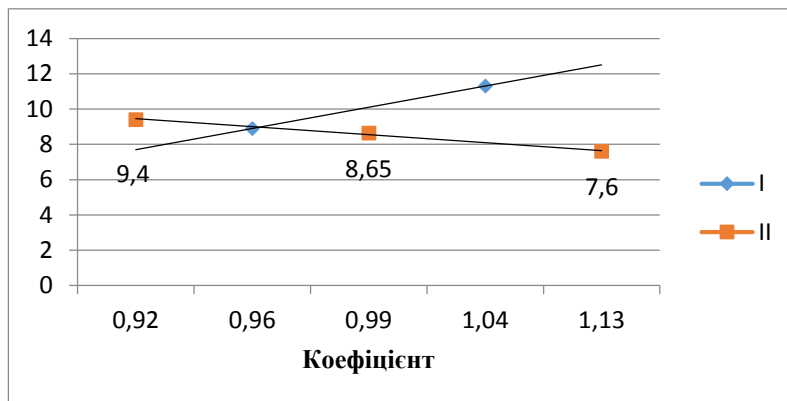


Рисунок 2.13 – Показники за рівнем коефіцієнту Ч.Д Спілбергера та середнім рівнем тривожності по Айзенку

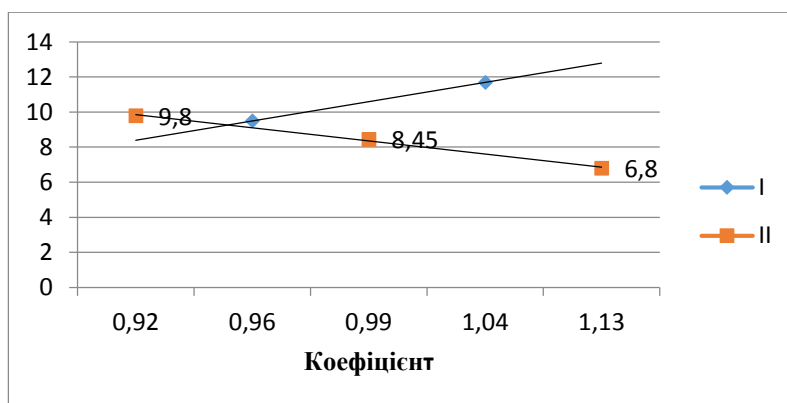


Рисунок 2.14 – Показники за рівнем коефіцієнту Ч.Д Спілбергера та середнім рівнем фрустрації по Айзенку

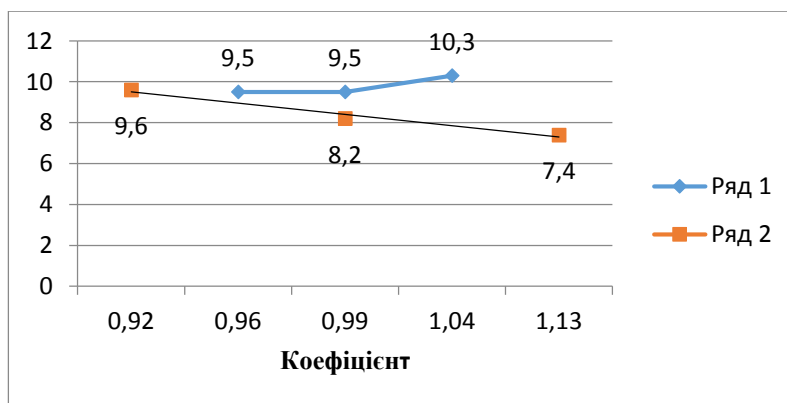


Рисунок 2.15 – Показники за рівнем коефіцієнту Ч.Д Спілбергера та середнім рівнем агресивності по Айзенку

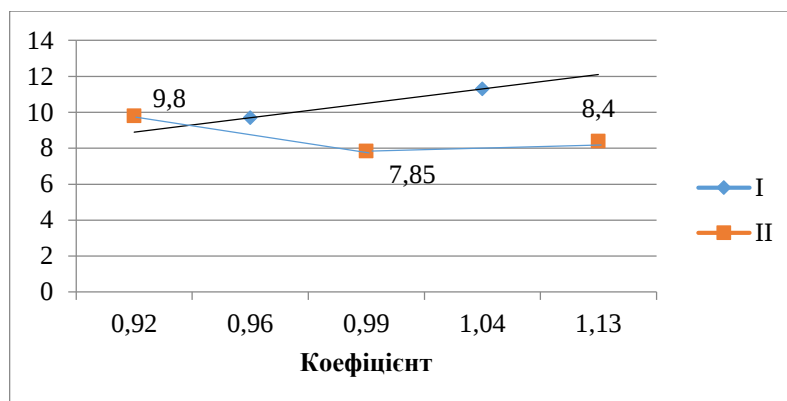


Рисунок 2.16 – Показники за рівнем коефіцієнту Ч.Д Спілбергера та середнім рівнем ригідності по Айзенку

Таким чином, роблячи висновок за даними показниками по методиці Ч.Д. Спілбергера та за Айзенком, порівнявши самооцінку станів з коефіцієнтом тривожності. Ми бачимо чітку різницю двох груп жінок і можемо сказати, що рівень тривожності дійсно сприяє на зміну самооцінки психічних станів жінок.

При зіставленні даних показників отримані наступні результати для дослідження показників по II групі.

За даними показниками, був виявлен рівень реакційної та особистісної тривожності жінок другої групи у %, дивитися рисунок 2.13, 2.14.

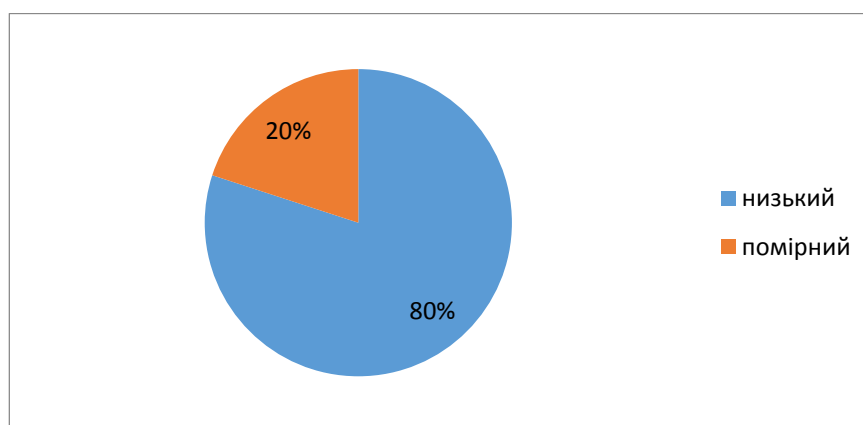


Рисунок 2.13 – Рівень реакційної тривожності жінок II групи у %

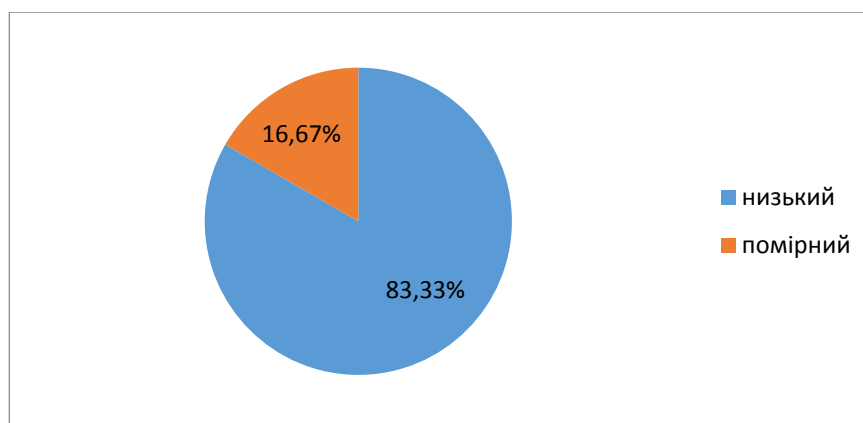


Рисунок 2.14 – Рівень особистісної тривожності жінок II групи у %

Підводячи підсумок, ми чітко виділяємо, що в першій групі Тр та То має 16,67%, в той час, як в другій групі високого рівня тривожні жінки не мають. Також підрахувавши кількість жінок відносно кожного рівня тривожності, ми бачимо, що в першій групі більш тривожно відносяться до фізичних та психологічних змін, які відбуваються з жінкою в період вагітності. Та відбуваються яскраві переживання, щодо майбутніх пологів та дитини.

2.3.4 Діагностика дослідження за методикою експрес-діагностики неврозу (К.Хека і Х. Хесса)

За результатами дослідження були виявлені такі показники:

Таблиця 2.11

Середні значення за трьома віковими підгрупами та з I–III триместор по групі I

Вікова підгрупа	I	II	III
20-25	16,61	14,03	14,61
26-30	15,33	13,33	13,67
31-35	-	-	-

Таким чином, ми виявили середні показники за трьома віковими групами, протягом трьох періодів вагітності жінки по першій та другій групі, дивитися рисунок 2.15, 2.16.

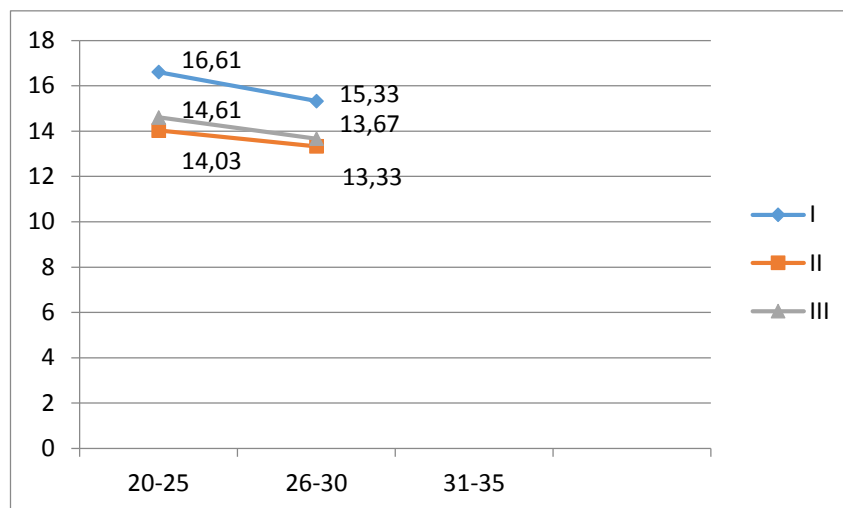


Рисунок 2.15 – Середні значення за трьома віковими підгрупами та з I – III триместр по групі I

Таблиця 2.12

Середні значення за трьома віковими підгрупами та з I – III триместр по групі II

Вікова підгрупа	I	II	III
20-25	12,2	11	9,8
26-30	15,25	13,4	11,75
31-35	15,2	13,6	12,6

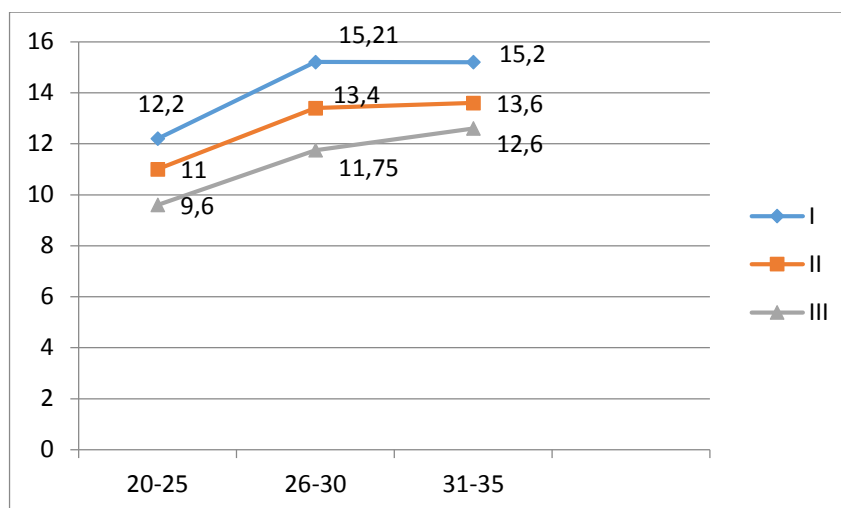


Рисунок 2.16 – Середні значення за трьома віковими підгрупами та з I – III триместр по групі II

Таким чином, за даними показниками, ми можемо дати загальну оцінку рівня неврозу по I та II групі у %.

Таблиці 2.13

Рівень стану неврозу за результатами дослідження у % для I групи

Рівень неврозу	Результати у %		
	I	II	III
Стан нормальний	66,67%	76,67%	66,67%
Погранічний	33,33%	23,33%	30%
Висока ймовірність неврозу	-%	-%	3,33%

Таблиця 2.14

Рівень стану неврозу за результатами у % для II групи

Рівень неврозу	Результати у %
----------------	----------------

продовження табл.2.14

	I	II	III
Стан нормальний	83,33%	93,33%	86,67%
Погранічний	16,67%	0,67%	13,33%
Висока ймовірність неврозу	-%	-%	-%

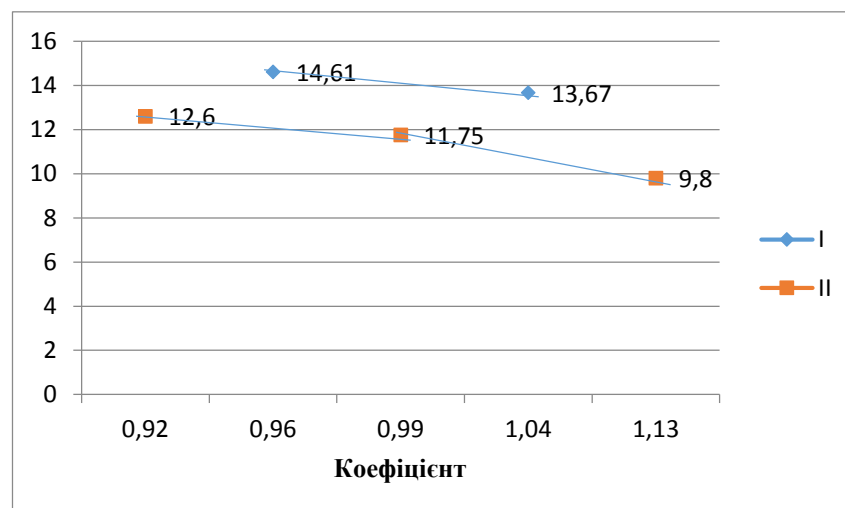


Рисунок 2.17 – Показники за коефіцієнтом тривожності та рівнем неврозу по I та II групі

За даним рисунком ми бачимо, що коефіцієнт тривожності впливає на рівень неврозу та його прояви в різній віковій категорії жінок в першій та другій групі та чітко спостерігається значна різниця між двома групами. Та рівень тривожності та неврозу має своє місце в першій групі жінок, які не мали досвід вагітності та пологів.

Підводячи підсумок, чітко спостерегається різниця двох груп за їх рівнем неврозу. Який залежить від вікових аспектів жінок, індивідуально-типологічних та досвіду, який спостерігається у другій групі при повторних пологах.

2.3.5 Діагностика суб'єктивного контролю за методикою Дж. Роттера

Рівень суб'єктивного контролю детермінує внутрішню або зовнішню спрямованість випробовуваних по відношенню вагітності, його життєдіяльності

і є показником самосвідомості, певним чином впливаючи на адекватність, висоту і стійкість самооцінки і самоставлення.

Таблиця 2.15

Середні показники інтернальності та екстернальності по групі І

Вікові підгрупи	Середні значення	
	I	E
20-25	18,6	19,1
26-30	17,5	-
31-35	-	-

Таблиця 2.16

Середні показники інтернальності та екстернальності по групі ІІ

Вікові підгрупи	Середні значення	
	I	E
20-25	18,4	-
26-30	18,7	16,75
31-35	19,6	-

Таким чином, за даними таблиці 2.15, 2.16 по двом емпіричним групам, спостерігається різниця у віковій категорії 20-25 років, більша частина цього віку має екстернальний контроль та у другій групі, 26-30 років. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток. Вони вважають, що

більшість подій їхнього життя є результатом випадку або дії інших людей. Узагальнення різних експериментальних даних дозволяє говорити про екстернатів, як про людей з підвищеною тривожністю, стурбованістю. Їх відрізняє конформність, менша терпимість до інших і підвищена агресивність, менша популярність в порівнянні з Інтерналі.

Таблиця 2.17

Загальні значення по I та II групі у %

I	II
Інтерналі- 66,67%	Інтерналі-86,67%
Екстернали-33,37%	Екстернали-13,33%

Загальні значення по першій та другій групі у %, зображено на рисунку 2.18, 2.19.

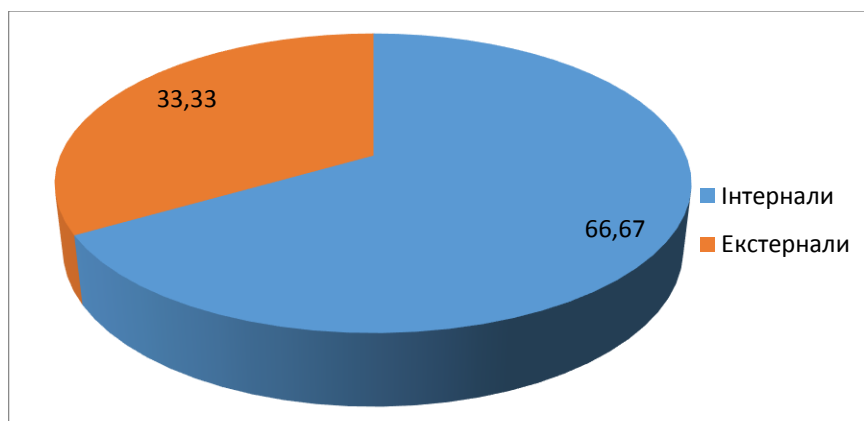


Рисунок 2.18 – Загальні показники вагітних жінок у % по першій групі

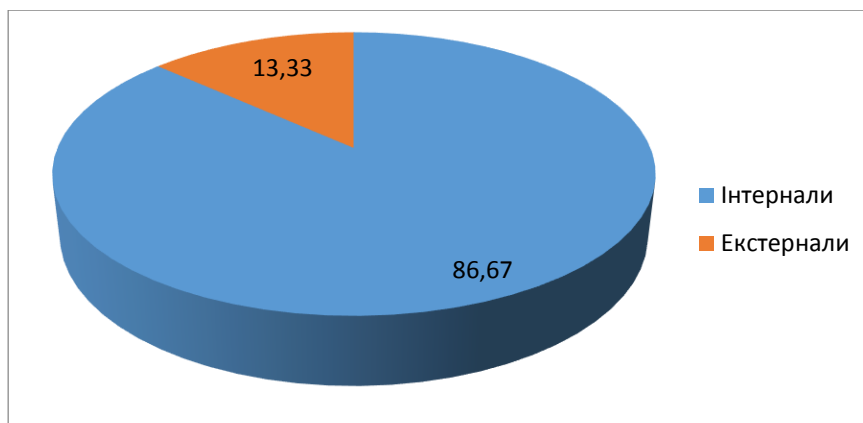


Рисунок 2.19 – Загальні показники повторно вагітних жінок у % по другій групі

Виходячи з отриманих результатів, ми можемо сказати, що в цілому жінкам з екстернальним локусом контролю більшою мірою притаманне конформне і поступлива поведінка, вони воліють працювати в групі, частіше пасивні, залежні, тривожні і не впевнені в собі. Жінки з інтернальним локусом активніші, незалежні, самостійні, вони частіше мають позитивну самооцінку, що пов'язано з вираженою упевненістю в собі і терпимістю до інших людей та тими змінами, які з ними відбуваються. Таким чином, ступінь інтернальності кожної людини пов'язана з його відношенням до свого розвитку й особистісному зростанню. Висновки до розділу 2.

При інтерпретації результатів емпіричного дослідження нами були виявлені наступні висновки:

За методикою діагностики самопочуття, активності та настрою САН, найбільше виявлено зміни першої групи жінок, які не мали першого досвіду вагітності та пологів. Їх емоційна сфера більш схильна до різних емоційних розладів та прояву тривожності. А саме значний вплив має вікові аспекти, індивідуально типологічні та соціальні. Дослідження проводилось в три етапи вагітності жінок, при яких ми виділили різниці проходження вагітності та готовності до майбутніх пологів. Також виявили емоційну та рівень настрою появи майбутньої дитини.

В другій групі жінок мають помірні показники самопочуття, активності та настрою, але є жінки які мають середні рівні, це залежить також від віку. Так,

як є тривікові категорії, в яких спостерігається вплив емоційних переживань до складних пологів.

Загальним висновком за цією методикою, можемо затвердити, що дійсно накладається досвід та особисте відношення жінок до пологів та вагітності. Емоційний стан напряду також залежить від страхів жінок.

За методикою діагностики самооцінки психічних станів (по. Айзенку), можемо зробити висновок щодо першої та другої групи жінок. Залежно від триместру розвитку вагітності показники змінюються, більш емоційним періодом для жінок є перших три місяці вагітності та останніх. Це залежить від прямого відношення та розуміння всієї відподальності перед майбутньою дитиною. На перших трьох місяців, тіло жінки змінюється, що може сприяти дискомфорту та болісним дисбалансам та токсикозам жінки. Також емоційний стан жінки постійно змінюється і не має чіткого протікання та призупинення. В першій групі жінок у яких перша вагітність спостережуються емоційними розладами, а саме агресивність, тривожність та зациклення на невдачах. При останніх місяців вагітності жінок, часто спостерігається важкість пересування, задухи, можлива сором'язливість обслідування та страхи лікарів.

В другій групі жінок, спостерігаються середні показники. Які не мають відхилень та ці жінки діять підготовлено та досвідчено.

За методикою діагностики самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілберга і Ю.Л. Ханіна, можемо зробити такі висновки, що порівнявши дві групи жінок спостерігаються різні рівні особистісної тривожності та реакційної. По першій групі низкий рівень реакційної тривожності має, 20% у другій групі 80%, за помірним – перша група – 63,33% , друга – 20%, високий рівень – перша група – 16,67%, друга – 0%. По особистісній тривожності, низький рівень - перша група – 40%, друга – 83,33%, помірний рівень перша – 43,33 %, друга – 16,67%, високий – перша – 16,67 %, друга – 0%. Таким чином, ми можемо сказати, що особистісна тривожність характеризує схильність сприймати великий круг ситуацій, які погрожуючі та реагувати на ці ситуації станом тривоги. Що

стосується реактивної тривожності, то спостережується проявами напруги, занепокоєнням, нервозністю та порушенню уваги.

За методикою дослідження експрес-діагностики неврозу (К. Хека і Х. Хесса), можемо сказати наступне, що за показниками першої групи за трьома триместрами. Є зміни станів, які збільшуються в першому та третьому триместрі. За нормальним станом неврозу, по першому триместру – 66,67%, по другому – 76,67 %, третьому – 66,67%, пограничний рівень - 33,33%, 23,33% та за третім триместром 30%. По другій групі емпіричного дослідження такі показники: нормальний рівень першого триместру – 83,33%, за другим – 93,33%, третім – 86,67%, пограничний рівень – 16,67%, за другим триместром – 0,67% ,та третім – 13,33%. Високої ймовірності неврозу по другій групі жінок не має.

За результатами методики діагностики суб'єктивного контролю Дж. Роттера, робимо такі висновки:

Рівень суб'єктивного контролю є узагальненою характеристикою особистості, яка проявляється схожим чином у різних ситуаціях, в даному випадку в період вагітності. Рівень суб'єктивного контролю пов'язаний з відчуттям жінкою відповідальності за те що «тут і тепер», а також за віддалені наслідки, тобто із соціальною зрілістю і самостійністю особистості. За даними показниками по цій методиці, жінки діляться на два типи - інтерналів і екстерналів - залежно від того, як вони оцінюють, що є причиною різних подій у їхньому житті і хто несе за них відповідальність. За проведеним дослідженням, ми виявили, який % жінок входить до інтерналів та екстернатів. Таким чином по першій групі, інтерналів – 66,67%, екстернатів – 33,33%. По другій групі, інтерналів – 86,67%, екстернатів – 13,33 %. Таким чином, за першою групою та другою, можна сказати, що жінки більш особисто переживають зміни, які відбуваються з ними у період вагітності. Та переносять свої переживання на себе.

На підставі вище зазначеного, ми можемо твердо сказати, що наша гіпотеза підтвердилась. Тривожність дійсно впливає на емоційний стан жінки, які перебувають в положенні та в очікуванні майбутньої дитини.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНОСТІ СТИЛЮ ПЕРЕЖИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Дана корекційна програма спрямована на роботу з жінками з тривожним стилем переживання першої вагітності строком від 18 до 30 тижнів. Даний інтервал позначається на підставі факторів, необхідних для визначення стилю переживання вагітності та ефективності корекційної роботи. Нижня межа інтервалу визначається початком ворухіння плоду (що необхідно для визначення стилю переживання вагітності, заснованого зокрема на суб'єктивних переживаннях ворухіння), верхня - наявністю необхідного періоду часу для проведення корекції і пролонгування (у загальному 2-3 місяці).

Типовими страхами під час вагітності є: боязнь можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини, боязнь пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом), генетичні страхи (страх народження неповноцінної дитини внаслідок необоротних природних причин), боязнь смерті дитини, боязнь інфекцій, естетичні страхи (боязнь тих змін, які відбуваються з фігурою), страх стати поганою матір'ю (сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною).

Внаслідок наявності такої великої кількості причин для формування тривожного стилю переживання вагітності, у справжній програмі розглядається корекція трьох найбільш поширених видів страху під час вагітності: боязнь можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я

майбутньої дитини, боязнь пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом) і страх стати поганою матір'ю.

Виходячи з цього визначаються завдання корекційної програми :

- 1 . Виробити у жінки свідоме ставлення до вагітності.
- 2 . Навчити сприймати пологи як природний фізіологічний процес.
- 3 . Знизити тривожність щодо процесу пологів.
- 4 . Підвищити рівень взаєморозуміння жінки та її партнера.
- 5 . Підвищити впевненість жінки щодо її здатності правильно доглядати за майбутньою дитиною.

Хід корекційної програми передбачає п'ять етапів:

- 1 . Діагностичний етап (1 зустріч).

Мета етапу: визначення стилю переживання вагітності та особливостей тривожного стилю.

Для досягнення поставленої мети використовуються такі методики:

Рисунковий тест « Я і моя дитина ». До тривожного стилю переживання вагітності можна віднести тих жінок, в малюнках яких виражені ознаки: 1) незначних симптомів тривоги, невпевненості, конфліктності; 2) вираженої тривоги і невпевненості в собі.

Анкета для визначення стилю переживання вагітності, в основу питань якої покладені характерні ознаки стилів переживання вагітності, виділених Гленом Доманом.

Тест відносин вагітної І.В. Добрякова. Для корекції тривожного стилю переживання вагітності відбираються жінки з тривожним типом психологічного компонента гестаційної домінанти по таким аспектам як:

- 1) ставлення до вагітності,
- 2) ставлення під час вагітності до майбутніх пологів і
- 3) ставлення до себе як до матері, які характеризують наявність тих страхів, які коригуються даною програмою.

- 2 . Інформаційно- організаційний етап (1 зустріч).

Мета етапу: інформування клієнтів про виявлені особливості їх емоційного стану та формування корекційних груп.

Клієнти інформуються про існування шести стилів переживання вагітності (адекватного, тривожного, ейфорійного, що ігнорує, амбівалентного та відкидає) і вираженості у них того чи іншого стилю. Залежно від стилю формуються групи для здійснення подальшої роботи, до якої також включаються дружини (інші значущі особи) вагітних .

Отже, формується група (кілька груп), що складається з 4-5 подружніх (родинних / дружніх) пар, основу яких складають жінки з тривожним стилем переживання першої вагітності, особливістю якого є наявність страху можливих ускладнень під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини, боязні пологів і страху стати поганою матір'ю.

Примітка. У групу тривожного стилю можливе попадання жінок з іншим стилем при наявності розглянутих страхів.

3. Практичний етап (4 заняття, перші проводиться у день формування групи).

Мета етапу: проведення корекційної роботи з формування позитивного емоційного стану при тривожному стилі переживання вагітності.

Практичний етап включає 4 заняття, які проводяться в груповій формі. Періодичність занять - 1 раз на тиждень. Тривалість кожного заняття складає 1-1,5 години.

У ході корекційної роботи використовуються такі методи, як психогімнастика, тілесно-орієнтовані вправи, в тому числі дихальні і релаксаційні.

Перше заняття спрямоване на усунення страху можливих ускладнень під час вагітності , які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини.

З цієї метою проводиться вироблення у жінок свідомого ставлення до свого становища шляхом освіти про процес і стадіях вагітності, особливості формування плоду, зовнішніх впливах, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини в процесі вагітності і як убезпечити себе і дитину від цих впливів.

Лекція проводиться за планом:

I. Пренатальное розвиток.

- 1 . Запліднення.
- 2 . Періоди і триместри.
 - а) Термінальний період.
 - б) Ембріональний період.
 - в) Фетальний період.

II . Вплив середовища на перинатальне розвиток.

1. Вплив на плід захворювань, які переносяться матір'ю під час вагітності.
2. Вплив на плід лікарських препаратів, що приймаються матір'ю під час вагітності.
3. Вплив, що надається на плід алкоголем. Наслідки для майбутньої дитини.
4. Вплив на плід нікотину.
5. Вплив на плід наркотичних речовин.
6. Харчування під час вагітності.
7. Спосіб життя жінки під час вагітності.

Дана лекція повинна підкріплюватися наочним матеріалом (слайдами, відео) і може проводитися як психологом самотійно, так і з залученням медиків.

Наприкінці заняття можна роздати парам брошури, що містять найважливішу інформацію про внутрішньоутробний розвиток їх майбутньої дитини і про правила способу життя матері в період вагітності.

Друге і третє заняття спрямовані на усунення страху пологів (очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом).

Для досягнення цієї мети відбувається научение жінок сприймати пологи як природний фізіологічний процес, а також научение вести себе в пологах як жінок , так і їх партнерів у разі присутності при пологах.

Друге заняття починається з лекції про процес і стадіях пологів і подоланні можливої родової болю (30 хв). Лекція проводиться за планом:

I. Стадії пологів.

- 1 . Розкриття шийки матки.
- 2 . Позиви і народження дитини.
- 3 . Народження дитячого місця.

II . Біль в пологах.

1. Ланцюжок ідеології болю в пологах: виникнення індивідуальної тривоги і страху перед вагітністю і пологами > накопичення і розвиток драматичних передожиданій і побоювань у процесі соціалізації > кульмінація страху в період родової діяльності > викид гормону адреналіну в кров > судорожне напруження м'язів (як адаптивна форма реагування на страх, оскільки втеча неможливо) > здавлювання м'язових судин > дефіцит крові і кисню в м'язах матки > суб'єктивне відчуття болю.

2 . Дихання і розслаблення як спосіб зняття болю в пологах .

Дана лекція повинна підкріплюватися наочним матеріалом (слайдами, відео) і може проводитися як психологом самотійно, так і з залученням медиків.

Далі проводяться вправи, спрямовані на оволодіння технікою дихання, прийняття та оволодіння власним тілом і розвиток довіри і взаєморозуміння з партнером, що знаходяться поруч з майбутньою матір'ю в період вагітності і, можливо, при пологах.

Вправа 1 . «Глас в пустелю » (5 хв)

Мета: групове згуртування, розвиток уміння володіти власним тілом, розвиток навичок невербальної комунікації.

Інструкція. Кожен учасник групи виходить в центр і звертаючись до якого іншого учасника, намагається його про щось попросити (наприклад : щоб йому поступилися місцем, потримали дитини, подали руку, допомогли розійтися на вузькому містку, допомогли вагітній жінці зупинити машину і сісти в неї і т.п.).

При обговоренні кожен учасник ділиться враженнями про отриманий досвід , про те, що сприяє і що перешкоджає взаєморозумінню.

Вправа 2. «Повне дихання» (5 хв)

Мета: оволодіння технікою дихання.

Інструкція. Вдих. Вдих по можливості повинен починатися через ніс. Перевага віддається диханню через ніс, а не через рот через здатність носових ходів до фільтрації і обігріву повітря, що поступає. На вдиху живіт випинається вперед, потім розширюється грудна клітка. Тривалість вдиху повинна становити 2 - 3 сек.

Пауза після вдиху. Паузи бути не повинно. Вдих повинен плавно переходити в початок видиху.

Видих. Повітря видихається (через рот або через ніс, як зручніше). Тривалість видиху повинна складати 2-3 сек.

Пауза після вдиху. Ця пауза повинна тривати тільки 1 сек., і потім знову починається плавний вдих.

Вправа 3. « Підрахунок дихання » (5 хв)

Мета : оволодіння технікою дихання.

Інструкція. Вдих. Вдих по можливості повинен починатися через ніс. Живіт трошки вип'ячуємо вперед, потім розширюється грудна клітка. Тривалість вдиху повинна становити 2 сек. Тривалість вдиху повинна вираховуватися про себе (для цього можна вимовляти число, рівне секунді: 501, 502 , 503 і т.д. або одна тисяча , дві тисячі).

Пауза після вдиху. Тут після двосекундною вдиху слід зробити паузу. Її тривалість повинна дорівнювати 1 сек.

Видих. На цій стадії повітря видихається. Після чого повинен послідувати вдих.

Психолог повинен уважно стежити за тим, щоб у вагітних жінок не виникало запаморочень .

Вправа 4 . «Розмова великих пальців » (5 хв)

Мета: розвиток взаєморозуміння з партнером.

Інструкція. Партнери по парі великими пальцями ведуть « розмова» один з одним. Під час розмови вони можуть штовхати і погладжувати, ніжно обвиває один одного і т.п. Ведучий пропонує пальцях обмінятися будь-якою

інформацією, завести розмову на яку-небудь тему. Через фіксований час, наприклад, одну хвилину, партнерам пропонується з'ясувати один у одного як вони зрозуміли взаємні повідомлення.

При обговоренні кожен учасник ділиться враженнями про отриманий досвід, про те, що сприяє і що перешкоджає взаєморозумінню.

Вправа 5. «Хамелеон» (10 хв)

Мета : прийняття та оволодіння власним тілом (виразом обличчя).

Інструкція . Учасники групи беруть у руки дзеркало і, дивлячись у нього, приймають різні вирази обличчя. Психолог пропонує зафіксувати, в якому настрої кожному більше подобається його вигляд, потім в якому - не подобається. Потім учасники групи вибудовують (постійно дивлячись в дзеркало) образ розумних і проникливих батьків.

Психолог пропонує теми: Вираз мого обличчя , коли моя дитина :

- Безперервно плаче і вередує;
- Не хоче йти до мене на руки;
- Описався в непередбаченій ситуації;
- Зробив перший крок;
- Отримав оцінку « 5 » і т.д.

Вправа 6. « Термометр » (5 хв)

Мета: розвиток навичок саморегуляції.

Інструкція. Один з партнерів кожної пари внутрішніми зусиллями, самонавіюванням намагається злегка підняти температуру одній зі своїх долонь або охолодити іншу. Коли це, на його думку, вийшло, він робить знак напарнику, який, обмацуючи долоні партнера , повинен визначити, яка з долонь гаряче . Після цього партнери міняються ролями.

Третє заняття, як і друге, направлено на оволодіння технікою дихання, розвиток взаєморозуміння з партнером, оволодіння власним тілом, а також на оволодіння технікою релаксації і спеціальною гімнастикою.

Вправа 1. «Скульптура » (10 хв)

Мета: групове згуртування, розвиток уміння володіти власним тілом і невербальної комунікацією.

Інструкція. Учасник групи виходить в центр і завмирає в пантомімі, що виражає його психологічну сутність, а інші намагаються зрозуміти, що саме він хоче висловити такий « психологічної скульптурою ». Скульптором своєї самості повинен побути кожен учасник групи .

Вправа 2. «Азбука тіла » (10 хв)

Мета: розвиток навичок управління власним тілом, навчання розслабленню.

Інструкція. Спочатку треба розслабити м'язи обличчя, потім верхніх і нижніх кінцівок. Для цього необхідна зручна поза, голова повинна вільно звисати, не викликаючи напруги м'язів шиї. Вправа починається з встановлення контролю над диханням, яке має бути спокійним, по можливості черевним, з подовженим видихом. Розслабити м'язи обличчя, лоба, брови поставити в нейтральне положення, повіки опустити, фіксувати погляд всередину і донизу, мова м'яко прикласти до верхніх зубів, нижня щелепа розслаблена. Розслабити м'язи шиї і потилиці , потім слід розслаблення м'язів верхніх кінцівок. Зазвичай починають з правої руки. Потрібно подумки уявити руки вільно звисають. Аналогічний порядок розслаблення м'язів ніг. Заняття закінчують активним виходом зі стану м'язового розслаблення.

Вправа 3. « Сіамські близнюки» (10 хв)

Мета: розвиток взаєморозуміння з партнером.

Інструкція. Пара (викликані за бажанням), домовляється між собою, хто за кого буде зараз відповідати. На питання групи, задані одній людині, відповідає інший, прагнучи вгадати, як би на його запитання відповідав напарник. Напарник слухає і подумки відзначає, в чому відповідає за нього, був правий , а де помилився. Бажано, щоб всі пари виконали вправу.

Питання можна ставити будь-які, але бажано орієнтовані на труднощі виховання дітей, неоднозначність періоду вагітності, страхів материнства і батьківства, майбутніх пологів, професійне самовизначення жінки після

народження малюка і т.п. Питання формулюються у вигляді незакінчених пропозицій: «Якщо моя дитина не буде слухатись мене, то ...», «Якщо у мене не буде молока , ...» , «Я вийду на роботу, коли ...» і т.д.

Обговорення результатів проходить за схемою:

- 1 . Враження мовчазного партнера (він повідомляє про якісні збіги і вразили його помилках).
- 2 Враження відповідав партнера (він відзначає, за рахунок чого було відповідати легко і чому - важко).
- 3 . Група обговорює, чому саме цій парі були задані такі питання, а не інші.
- 4 . Обговорення вражень і очікувань учасників, що задавали запитання.

Вправа 4 . « Внутрішнє дзеркало» (10 хв)

Мета: навчитися знімати емоційну напругу, роздратування, гнів, методом дихання.

Інструкція. Необхідно зробити глибокий вдих, затримати дихання вагітним жінкам на 10 сек., Їх партнерам можна на 15, а потім різко видихнути. Кращий ефект дихальні вправи дають у поєднанні з м'язовою напругою, чередуючимся з розслабленням. Наприклад: зробіть вдих, затримайте дихання, стисніть кулаки. Напружте м'язи рук, ніг, спини, (Не живота) ; різко видихніть, розслабте всі м'язи, зробіть кілька легких струшуючих рухів руками (як би скидаючи втома). Повторюємо кілька разів, при цьому вагітні жінки подумки звертаються до дитини: «Я керую собою, своїм тілом, своїми емоціями щоб тобі було безпечно».

При затримці дихання можна злегка надути щоки і зробити ковтальні руху. Треба пам'ятати і про висловлення особи (внутрішнє дзеркало допоможе позбавити особу від непотрібних м'язових затискачів). Наприклад, після вдиху проведіть по обличчю рукою, як би прибираючи залишки тривоги, роздратування. Посміхніться.

Вправа 5. « Кегля » (3 хв)

Мета : укріпити м'язи області піхви і промежини, готуючи їх до пологів; допомагає також у післяпологовий період.

Інструкція. Лежачи на спині, зігнути коліна під кутом 30 см, стопи плоско покладені на підлогу. Голова і плечі лежать на подушці (валику з одягу), руки, вздовж тіла. Основою вправи Кегля є напруга м'язів в області заднього проходу і піхви і утримання такого становища якомога довше (8-10 секунд). Потім - повільне розслаблення м'язів і відпочинок. Цю вправу можна (а після четвертого місяця - необхідно, оскільки лежаче положення не рекомендується, враховуючи несприятливий вплив матки на великі кровоносні судини) виконувати в стоячій або сидячій позиції, або під час сечовипускання. Вправу слід повторити не менше 25 разів протягом дня, в різний час.

Дана вправа партнерами жінок може не виконуватися.

Вправа 6. «Котяча спина» (3 хв)

Мета: зменшити навантаження хребта. Ця вправа рекомендується протягом усього періоду вагітності, аж до пологів, так як воно зменшує навантаження хребта вагітної маткою.

Інструкція. Стоячи на колінах, необхідно спертися на руки, розслабити м'язи спини (без надмірного вигину хребта). Голова, шия і хребет знаходяться на прямій лінії. Вигин хребта вгору з опусканням голови і сильним напругою м'язів живота і сідниць. Поступове розслаблення і повернення до вихідної позиції. Вправа повторити пару разів.

Дана вправа партнерами жінок може не виконуватися.

Вправа 7. Релаксація (10 хв)

Мета: зниження м'язового напруження і суб'єктивного відчуття тривоги.

Інструкція: «Займіть зручне положення. Покладіть ліву руку (долонею вниз) на живіт, точніше на пупок. Тепер покладіть праву руку на ліву так, щоб вам було зручно. Закрийте очі. Подумайте про безцінний всередині Вас.

Уявіть собі унікальний посудину, що знаходиться всередині Вас - там, де лежать руки. Вдихніть все найкраще з повітря. На вдиху уявляйте собі, що повітря входить через ніс, йде вниз і наповнює цей внутрішній посудину. У міру заповнення цього унікального судини Ваші руки будуть підніматися. Продовжуючи вдих, уявляйте, що посудина цілком заповнюється повітрям.

Хвилеподібний рух, що почався в області живота, триває в середній і верхній частинах грудної клітини. Повна тривалість вдиху повинна становити 2 сек.

Затримайте дихання. Зберігайте повітря всередині судини . Повторюйте про себе фразу : «Все добре. Моє тіло спокійно ». Цей етап не повинен тривати більше 2 сек.

Повільно почніть видихати, вивільняючи повітря з посудини . У міру того, як Ви робите це, повторюйте про себе фразу: « Моє тіло спокійно». З видихом відчувайте, як опускаються підняті раніше живіт і грудна клітина. Тривалість видиху не повинна бути менше 4-5 сек. »

Після того, як техніка виконання вправи відпрацьована, партнер сідає ззаду вагітної жінки і обіймає її за живіт так, як їй зручно; вправа повторюється знову.

Четверте заняття спрямоване на усунення страху стати поганою матір'ю.

З цією метою на заняття запрошуються неонатологи, які розповідають про правила догляду за новонародженим, про годування, купання, режимі дня, спеціальної гімнастики для новонароджених тощо

4 . Контрольний етап (1 зустріч).

Мета етапу: визначення ефективності корекційної роботи з формування позитивного емоційного стану при тривожному стилі переживання вагітності, дослідження динаміки змін.

На контрольному етапі, як і на діагностичному, використовується рисунковий тест « Я і моя дитина » і Тест відносин вагітної І.В. Добрякова.

Клієнти разом з психологом виробляють порівняльний аналіз малюнків, отриманих на діагностичному і контрольному етапах, відзначаються зміни, виражені у використовуваних кольорах, в розмірах і формах фігур матері і дитини, в дистанції між ними, спільної діяльності, наявності тілесного контакту, в зображенні додаткових предметів і інших людей.

Корекційна робота вважається ефективною, і можна говорити про формування позитивного емоційного стану клієнтів і зниженні тривожності на підставі отриманих на контрольному етапі малюнків типу « Сприятлива

ситуація », а також виявленому оптимальному типі ПКГД по таким аспектам як: 1) ставлення до вагітності, 2) ставлення під час вагітності до майбутніх пологів і 3) ставлення до себе як до матері, які характеризують наявність тих страхів , які коригуються даною програмою.

Клієнтам , емоційний стан яких не відрізняється від вихідного або тривожність знизилася незначно, необхідно приділити особливу увагу і застосовувати індивідуальний підхід в ході пролонгування корекційної роботи.

5 . Пролонгованість корекційної роботи.

Мета етапу : підтримання ефекту корекційної роботи.

У ході пролонгування корекційної роботи можливе проведення тілесно-орієнтованих вправ у поєднанні з індивідуальними консультаціями та груповими бесідами.

При проведенні тілесно- орієнтованих вправ слід пам'ятати, що в період з 17 до 31 тижня особлива увага приділяється вправам, спрямованим на зміцнення м'язів черевного преса і спини, які несуть навантаження через зміщення центру ваги, а також м'язів стопи у зв'язку з можливим уплощенням і плоскостопістю. Для цього використовуються руху, які б збільшення гнучкості і пластичності хребта і тазових зчленувань, при цьому багато вправи виконуються з гімнастичною палицею.

У період максимальної функціонального навантаження на серце (28-32 тижні) доцільно зменшити загальну фізичне навантаження за рахунок введення великої кількості дихальних вправ. Широко використовуються руху для зміцнення м'язів ніг з метою профілактики можливого застою в нижніх кінцівках. Одночасно вагітна повинна навчитися повністю розслабляти всі м'язи. З цією метою рекомендується періодично напружувати і розслабляти різні групи м'язів. Ці вправи доцільно проводити сидячи або в положенні на колінах і на ліктях. У заключний період вагітності слід багато ходити, дотримуючись активний руховий режим, поєднуючи вправи на регулювання дихання з вправами , спрямованими на розслаблення м'язів.

Частота і тривалість зустрічей така ж, як і на практичному етапі. Тривалість пролонгування 1-2 місяці. Присутність партнерів жінок в ході етапу пролонгування необов'язкове.

ВИСНОВКИ

У незвичайних умовах, люди відчують більш – менш сильне емоційне напруження, яке суб'єктивно переживається як почуття занепокоєння, тривоги, страху.

Тривога - переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з очікуванням неблагополуччя, передчуттям небезпеки. На відміну від страху, як реакції на конкретну, реальну небезпеку, тривога - переживання невизначеною, дифузної, безоб'єктивної загрози. Відповідно до іншої точки зору, страх випробовується при « вітальної » загрозі (цілісності і існуванню людини як живої істоти, людському організму), а тривога - при загрозі соціальної (особистості, уявленню про себе, потребам Я, міжособистісному відношенні, положенню в суспільстві). Тривога і страх можуть використовуватися як взаємозамінні поняття. Розрізняють ситуативну тривогу, що характеризує стан об'єкта в певний момент і тривожність як відносно стійке освіту (Р.Б. Кеттел, Ч. Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханін). Залежно від наявності в ситуації об'єктивної загрози виділяється також «об'єктивна», « реальна » тривога і тривога « неадекватна », або власне тривога, що виявляється при нейтральних, що не загрожують умовах.

На фізіологічному рівні реакція тривоги виявляється в посиленні серцебиття, прискорене дихання, збільшенні хвилинного об'єму циркуляції крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниженні порогу чутливості. На психологічному рівні тривога відчувається, як напруга, заклопотаність, нервозність, відчуття невизначеності й загрожує невдачі, неможливість прийняти рішення. Принаймні зростання стану тривоги,

що виражають її явища, зазнають ряд закономірних змін, складають явища тривожного ряду - емоційні стани, закономірно змінюють один одного по мірі зростання і наростання стану тривоги. Оптимальний рівень тривоги необхідний для ефективного пристосування до дійсності (адаптивна тривога). Надмірно високий рівень, як і надмірно низький - дезадаптивних реакція, що виявляється в загальній дезорганізованості поведінки та діяльності. Тривога може бути ослаблена довільно - за допомогою активної діяльності по досягненню мети або спеціальних прийомів (релаксації), а також в результаті дії неусвідомлених захисних механізмів.

Поняття «тривога» було введено в психологію З. Фрейдом (1925), він виділив конкретний страх і невизначений несвідомий страх - тривогу, що носить глибинний, ірраціональний, внутрішній характер [21 , с. 385].

Тривожність - індивідуальна психологічна особливість, проявляється в схильності людини до частих і інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі його виникнення. Розглядається як особистісне утворення і як властивість темпераменту, обумовлене слабкістю нервових процесів [21 , с. 386].

Питання про причини тривожності залишається відкритим; в даний час переважає точка зору, згідно з якою тривожність має природну основу (властивості нервової та ендокринної системи, складається прижиттєво, в результаті дії соціальних та особистісних факторів). У дорослому віці тривожність може породжуватися внутрішніми конфліктами, переважно самооценочного характеру.

Почуття тривоги є сигналом несподіваних змін які у навколишньому світі або у власному організмі і допомагає вчасно зреагувати на небезпеку. Однак якщо тривога виражена надмірно, то навпроти заважає нормальній життєдіяльності.

Під час вагітності весь організм жінки зазнає значних змін, що саме по собі, сприяє розвитку тривоги. Фізіологічна перебудова в центральній нервовій системі призводять до того, що перевтома, ослаблене фізичний стан цілком

може привести до неспокою. Тобто, майбутня мама спочатку, за фізіологічними показниками, схильна до тривожності.

Крім того, в період очікування дитини, у жінки переважають інтереси пов'язані з народженням і здоров'ям майбутньої дитини, все інше відходить на другий план. При цьому жінка може не відчувати себе готовою піклуватися про малюка. Відповідальність за дитину породжує підвищені вимоги до себе. Завищені вимоги до себе, прагнення досягти ідеалу і стати зразковою мамою також веде до тривоги.

Розвитку тривоги сприяє відірваність майбутньої мами від активного життя особливо коли вона не працює і сидить вдома, - відсутність нових вражень і позитивних емоцій, а також негативний чужий досвід, то поява тривоги в цей період цілком передбачувано (за спостереженнями лікарів одна третина всіх жінок відчуває щось подібне в період вагітності).

Тривога - це невизначений страх, що проектується в майбутнє. Ніби все добре, але людина знаходиться в постійному очікуванні, що ось-ось станеться щось недобре з ним або з його близькими. Це тяжке переживання наближення лиха, коли не знаєш де і коли трапиться нещастя, але впевнений, що воно відбудеться.

Фактори, що детермінують тривожність у майбутніх мам:

- Незапланована спонтанна вагітність: побачивши позитивні результати тесту, жінка починає судорожно згадувати, які алкогольні напої вона пила, скільки сигарет викурювала і які ліки приймала. Якщо результати підрахунків невтішні починається паніка.

- Можливі ускладнення під час вагітності, які можуть вплинути на здоров'я майбутньої дитини. Спектр хвилювань тут вельми об'ємний: від вважається шкідливою для здоров'я роботи за комп'ютером до незроблених колись щеплень і побоювання захворіти на грип чи краснуху.

- Боязнь пологів: очікування болю, відчуття безпорадності, відсутність влади над власним тілом.

- Генетичні страхи: народження неповноцінної дитини внаслідок необоротних природних причин.
- Естетичні страхи: боязнь тих змін, які відбуваються з обличчям і фігурою.
- Один з найпоширеніших страхів страх про здоров'я майбутньої дитини.
- Страх стати поганою матір'ю: сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною.
- Боязнь відповідальності за долю дитини: ніхто в такій мірі не відповідає за життя і здоров'я іншої людини, як мати за дитя.
- Страх майбутнього: різних змін в сім'ї, пов'язаних з появою дитини від матеріальних та житлових складнощів до зміни відносин з чоловіком і краху професійної кар'єри. [10]

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Аксонова С. Ю. Підліткове материнство : демографічний аспект проблеми : монографія. Київ : Сочінський М. М., 2016. 184 с.
2. Андрущенко В. П. Основи сучасної філософії освіти : навчальний посібник / В. П. Андрущенко, Д. І. Дзвінчук. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу. Київ – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2019. 456 с.
3. Анчева І. А. Сучасний погляд на психологічну готовність до материнства : матеріали Міжнар. наук.-практ. журналу «Здорові жінки». Київ, 2017. № 6(122). С. 50-51.
4. Баранюк О. М. Дослідження психологічної готовності молоді до материнства в сучасних умовах : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю «053 – психологія». Тернопіль: ТНТУ, 2023. 66 с.
5. Белова Л. О. Проблеми та завдання розвитку виховної системи ВНЗ / Л. О. Белова // Мультиверсум. Філософський альманах. К.: Центр духовної культури. 2018. № 46
6. Битянова Н. Р. Проблема саморозвитку особистості в психології, аналітичний огляд : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. м. Харкова, 15 листопада 2019 року. Харків, 2019. 48 с.
7. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребнісно-мотиваційної сфери особистості жінки. Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 1 С. 120-123. URL : http://nbuv.gov.ua/j-pdf/apsuh_2013_19_1_29.pdf (дата звернення 20.09.2023)
8. Бондаренко А. Ф. Психологічна допомога: теорія і практика : навчальний посібник. Київ, 2019. 332 с.
9. Борищук Т. Материнство у психоаналізі (ключова роль матері у вихованні гуманної особистості) / Т. Борищук // Дитинство без насилля:

суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей : зб. матер. Міжнар. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 29-30 квітня 2014 р.). Тернопіль, 2014. С. 624-625.

10. Брутман В. І. Динаміка психічного стану жінки під час вагітності і після пологів / за ред. Філіппова Г. Г., Хамітова І. Ю. Питання України. 2002. № 1. С. 59-69.

11. Булатевич Н. М. Пренатальна психологія та психологія батьківства : методичні рекомендації до вивчення навчальної дисципліни. Навчально-методична розробка / уклад. Н. М. Булатевич. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 40 с.

12. Веретенко Т. Г., Гусак Н. І. Роль мікросередовища у ефективній підготовці юнаків-старшокласників до виконання соціальних ролей чоловіка та батька // науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 16. Творча особистість учителя: проблеми теорії і практики: зб. наук. пр. / ред. кол. Мороз О. Г., Гузій Н. В., та інші. Київ : НПУ, 2014. Вип.1(11). С. 237-243.

13. Вишньовський В. В. Формування психологічної готовності жінки до материнства : матеріали Міжнар. наук.-тех. конференції молодих учених та студентів. «Актуальні задачі сучасних технологій» (Тернопіль, 17-18 листопада 2016 р.). Тернопіль, 2016. С. 301-302.

14. Вівчарик Т. П. Психологічні механізми самореалізації жінки (на прикладі жіночої молоді, включеної у творчу професійну діяльність) : автореф. дис... канд. псих. наук : 19.00.01. Чернівці, 2019. 200 с.

15. Ганкевич О. М. Поняття батьківства та материнства у сімейно-правовій доктрині. Психологія : зб. наук. пр. Львів, 2018. № 46. С. 90–95.

16. Гасюк М. Б., Ішук О. Ю. Дослідження внутрішньої структури сім'ї у період виношування першої дитини : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, ч. 2. Київ, 2008. С. 90-98.

17. Гомонюк О. В., Яськова Н. В. Особливості психологічної готовності до материнства. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Психологічні науки. Хмельницький, 2017. № 4. С. 5-6.
18. Гончар Л. В. Ретроспектива та сучасне осмислення проблем сімейного виховання. Сучасний виховний процес. Сутність та інноваційний потенціал : науково-практична конференція Інституту проблем виховання НАПН України. Івано-Франківськ, 2017. Вип. 5. С. 56–63.
19. Гончар Л. В. Теоретико-методологічні засади формування гуманних батьківсько-дитячих взаємин : автореф. дис... д-ра пед. наук. Київ, 2018. 510 с.
20. Горностай П. П. Основи соціальної психології : підручник для закладів вищої освіти / за ред. М. М. Слюсаревського, В. О. Татенко, Т. М. Титаренко, Н. В. Хазратова та ін. Київ : Талком, 2018. 580 с.
21. Горянська А. М. Психологічні особливості розвитку толерантності майбутніх учителів: дис. канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2013. 182 с.
22. Грушевський М., Кузеля З. Дитина у звичаях і віруваннях українського народу / репр. вид. 1906 р. : моногр. Київ : Інтелектуальна книга, 2017. 234 с.
23. Гусак Н. І. Аналіз підготовленості юнаків-старшокласників до виконання соціальних ролей чоловіка та батька / наук. зап. каф. педагогіки Харк. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна : зб. наук. пр. Харків : Основа, 2021. Вип. 5. С. 49-55.
24. Гусак Н. І. Оптимум об'єктивних і суб'єктивних умов успішності підготовки юнаків-старшокласників до створення сім'ї і сімейного життя. Психологія формування творчої особистості, проблеми і пошуки : зб. наук. пр. / редкол. : Т. І. Сущенко (відп. ред.) та ін. Київ-Запоріжжя, 2023. Вип. 26. С. 139-144.

25. Гусак Н. І. Підготовка юнаків-старшокласників до виконання соціальних ролей чоловіка та батька : автореф. дис... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.05. Луганськ, 2015. 18 с.
26. Гусак Н. І. Роль школи та сім'ї в процесі підготовки юнацтва до сімейного життя /інформ.-метод. вісн. упр. освіти Харк. облдержадмін : зб. наук. пр. Харків, 2020. № 17. С. 164-169.
27. Даниленко Н. В. Психологічна готовність жінки до материнства, сучасні дослідження : автореф. дис... канд. психол. наук. Наука і освіта. Харків, 2004. №4. С. 14–17.
28. Демидова Т. А. Проблеми підготовки молоді до сімейного життя. Психологія : зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ, 2019. Вип. 1. С. 133-135.
29. Демидова Т. А. Проблеми підготовки молоді до сімейного життя. Психологія : зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова. Вип. 1. Київ, 2008. С. 133-135.
30. Демидова Т. Формування образу сім'ї в онтогенезі : зб. наук.-метод. пр. / за ред. Ю. Беляєва. Херсон : Пілотні школи, 2017. С. 65-69.
31. Демидова Т. Формування образу сім'ї в онтогенезі. Актуальні проблеми розбудови національної освіти : зб. наук.-метод. пр. / за ред. Ю. Беляєва. Херсон : Пілотні школи, 2019. С. 65-69.
32. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ11_u.htm
33. Зелінська Т. М. Вимірювання латентного материнства у дівчат юнацького віку. Психологічні науки : зб. наук. пр. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2008. №23(47). С. 103-108.
34. Зелінська Т. М. Вимірювання латентного материнства у дівчат юнацького віку. Психологія : зб. наук. праць. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія №12. Київ, 2008. №23(47). С. 103-108.
35. Зубрицька-Макота І. Материнство як індивідуальна та суспільна цінність / І. Зубрицька-Макота // Проблеми гуманітарних наук.

Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. Дрогобич, 2014. Вип. 33. С. 197-208.

36. Ігнатенко І. В. Шлюбно-сімейні стосунки у традиційній культурі українців : моногр. Харків : Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2017. 240 с.

37. Ільченко І. С. Арт-терапія : навчальний посібник для студентів. Умань : Візаві, 2017. 150 с.

38. Іщук О. Ю. Програма психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів. Актуальні проблеми практичної психології : зб. наук. пр. / частина І. Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2008. С. 150-154.

39. Іщук О. Ю. Розвиток системи психологічної підготовки вагітних жінок до пологів, історичний аспект : зб. наук. пр. філософія, соціологія, психологія. Івано Франківськ : ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2008. В. 13. Ч. 2. С. 217-224.

40. Канюка С. І. Змістові та процесуальні основи формування толерантності жінок як передумови їх психологічної готовності до майбутнього материнства : зб. матеріалів ІХ Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2017. С. 54-62.

41. Канюка С. І. Система формування толерантності жінок як передумови їх психологічної готовності до материнства // Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державно-педагогічного університету імені Григорія Сковороди. Психологічні науки. Київ, 2017. Вип. 38. С. 57-68.

42. Канюка С. І. Формування толерантності жінок як умови їх психологічної готовності до майбутнього материнства : дис... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2018. С. 25-38.

43. Квіт С. Масові комунікації : підручник. Київ : Вид. Дім «КиєвоМогилянська академія», 2008. 206 с.

44. Кирилова Д. С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки. Теоретико-методологічний аналіз.

Реальність і перспективи : зб. наук. пр. рівненського державного гуманітарного університету. Рівне, 2017. Вип. 8. С. 101-104.

45. Кириченко О. В. Батьківство як соціально-психологічний феномен. Соціально-гуманітарний вісник. Гуманітарні науки. 2018. Вип. 23. С. 58-62.

46. Коваленко А. Б., Корнєв М. Н. Соціальна психологія : навч. посіб. Київ : Вища школа, 2021. 400 с.

47. Красін С. А. Зміст і структура усвідомленого батьківства в контексті системного підходу // Відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 20-30 травня 2020 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. С. 49-53.

48. Кримова Н. О., Гордієнко І. О. Теоретичне дослідження чинників раннього впливу на формування особистості : автореф. дис... канд. псих. наук. Одеса, 2020. № 15. С. 114-118.

49. Кримова Н. О., Грабчак Л. Б. Особливості батьківської ролі в сім'ї та вихованні дітей. Актуальні проблеми дошкільної освіти : теорія та практика : всеукраїнська конференція здобувачів вищої освіти і молодих учених. (05 листопада 2021 року). Одеса : Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2021. Вип. 1. С. 218-224.

50. Кучманич І. М. Усвідомлене батьківство : навчально-методичний посібник. Миколаїв, 2017. 245 с.

51. Магдисюк Л. І. Фактори, що обумовлюють психологічну готовність молоді до шлюбно-сімейних відносин. Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka № 52 (02/2020) : Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 67-70.

52. Магдисюк Л. І., Демчук В. Б. Психологічна готовність української молоді до материнства. Science, Research, Development #50 : матеріали Міжнар. наук. конф. Луцьк, 2022. С. 68-69.

53. Мачуська І. М. Складові підготовки старшокласників до сімейного життя : гуманізація навчально-виховного процесу : зб. наук. пр. Волинь, 2018. С. 290-292.
54. Мельник Ю. М. Оптимізація внутрішньоутробного моніторингу : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.01. Київ, 2017. 20 с.
55. Мещерякова С. Ю. Психологічна готовність до материнства. Питання України. 2002. № 5. С. 18-27.
56. Мінюрова С. А. Діалогічний підхід до аналізу смислового переживання материнства / за заг. ред. Тетерлева Е.А. : психологічний журнал. 2002. № 5. С. 63-75.
57. Муляр В. І. Проблема становлення особистості в системі «індивід-суспільство» (філософсько-культурологічний аналіз) : монографія. Житомир : ЖДТУ, 2017. 320 с.
58. Пеша І. В., Сопівник І.В., Галайдюк В. В., Кошук О. Б. Соціальна робота з сім'ями, дітьми та молоддю : навч. посіб. Київ : Компринт, 2023. 449 с.
59. Піроженко Т. О. Хартман О. Ю. Виховуємо дитину – зростаємо як батьки : навчально-методичний посібник. Тернопіль : Мандрівець, 2014. 168 с.
60. Проскурняк О. П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі // Психологія: Зб-к наук. праць. – Київ. : КНПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014.– Вип.24. – С. 18–27.
61. Скобло Ю. С., Соколовська Т. Б., Мазоренко Д. І., Тіщенко Л. М., Троянов М. М. Безпека життєдіяльності : навч. посібник для вищ. навч. закл. III-IV рівнів акредитації. Київ : Кондор, 2003. 426 с.
62. Скрипніков А. М. Перинатальна психологія : навч. посіб. / за ред. Л. О. Герасименко, Р. І. Ісакова. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.

63. Сурякова М. В., Панфілова Г. Б., Склянська О. В. Соціальна психологія (з основами соціально-психологічного тренінгу) : навч. посіб. Дніпро, 2021, 150 с.
64. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям : навч. посіб. / за наук. ред. Сухомлинської О. Харків : Акта, 2012. – 545 с.
65. Таран О. П., Гаража Н. Д. Соціально-психологічні чинники ставлення сучасних жінок до материнства. Габітус. 2021. № 30. С. 91-96.
66. Токарева Н. М. Основи педагогічної психології : навч.-метод. посіб. Кривий Ріг, 2013. 223 с.
67. Толстоухова С. В. Стратегія і напрямки розвитку соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю в Україні. Соціальна робота в Україні : теорія і практика : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2007. № 1. С. 5-12.
68. Федоренко Р. П. М. І. Мушкевич, Т. І. Дучимінська, Л. І. Магдисюк. Психологія молодшої сім'ї : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 392 с.
69. Чепелева Н. І. Криза материнських уявлень жінок після народження дитини як наслідок їх ідеалізації. Science and Education a New Dimension : Pedagogy and Psychology. 2020. № 91. С. 53-55.
70. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник : психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
71. Шахова О. Г. Соціальна психологія особистості : навч. посіб. Харків : «Контраст», 2019. 116 с.
72. Шевчук Г. С., Іщук О. Ю. Історичний аспект становлення досліджень у галузі психологічної допомоги жінці під час вагітності та народження дитини. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Психологічні науки. Чернігів, 2006. Вип. 41 (Серія: психологічні науки). Т. 2. С. 181-184.

73. Шкраб'юк В. С. Відмова від материнства як психологічна проблема : матеріали Міжнар. наук.-практ. семінару «Теоретичні і прикладні проблеми психології». Сєвєродонецьк, 2013. № 3 (32). С. 317-321.
74. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як чинник подальших взаємин матері та дитини : зб. наук. пр. молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету. Дрогобич, 2017. № 1. С. 242-243.
75. Шмілик Н. Психологічний аналіз змісту, структури та критеріїв суб'єктивної готовності до материнства : зб. наук. пр. «Актуальні питання гуманітарних наук». Дрогобич, 2013. № 4. С. 253-259.
76. Яремчук О. В. Наукова школа історичної психології І. Г. Білявського : історія та перспективи подальших досліджень // Вісник Національної академії педагогічних наук України. Педагогічні і психологічні науки. 2018. № 4 (101). С. 72-81.
77. Ярошинська О. О. Розвиток поглядів на інститут батьківства в історії української етнопедагогіки : автореф. дис... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.01. Київ, 2015. 18 с.
78. Яценко Т. С. Психологічна сутність захисних механізмів локалізації та генералізації у контексті глибинної психокорекції. Психологія : зб. наук. пр. / за ред. Б. Б. Іваненко, В. Л. Солодухова. Київ : КПУ ім. Драгоманова, 2003. Вип. 21. С. 15-23.
79. Araj S., Griffin A., Dixon L., Spencer SK., Peavie, C., and Wallace, K. An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. *Journal of Mental Health and Clinical Psychology*. 2020. № 4(4). P. 47-56.
80. Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temîz F. [Women's perception of pregnancy and the affecting factors]. *Arch Health Sci Res*. 2019. Turkish. № 6. P. 92-178.
81. Brunton R., Simpson N., and Dryer R. Pregnancy Related Anxiety, Perceived Parental Self-Efficacy and the Influence of Parity and Age.

International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. № 17. P. 1-17.

82. Demirbas H, Kadioglu H. [Adaptation of Pregnancy in Prenatal Period Women and Factors Associated with Adaptation]. Journal of Marmara University Institute of Health Sciences. 2014. № 4. P. 200-203.

83. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY. Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. Procedia Soc Behav Sci. 2017. 52 p.

84. Estrin GL., Ryan EG., Trevillion K., Demilew J., Bick D., Pickles A., and Howard LM. Young Pregnant Women and Risk for Mental Disorders : Findings from an Early Pregnancy Cohort. BJPsych Open. 2019. № 5. P. 1-7.

85. Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice / Ed. By Evertz K., Janus L., Linder R. Springer International Publishing, 2020. 817 p.

86. Howard, LM., Ryan, EG., Trevillion K., Anderson F., Bick D., Bye A., et al. Accuracy of the Whooley Questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Identifying Depression and Other Mental Disorders in Early Pregnancy. Br J Psychiatry. 2018. № 212(1). P. 50-56.

87. Lukasse M, Schei B, Ryding EL. Bidens Study Group. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. Sex Reprod Healthc. 2014. № 5(3). P. 99-106.

88. McCoy, K. P. Constructive and destructive marital conflict, parenting, and children's school and social adjustment / K. P. McCoy, M. R. W. George, E. M. Cummings, P. T. Davies // Social Development, 2023. № 22(4). P. 641–662.

89. Sercekus P, Baskale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery. 2016. № 34. P. 72-166.

90. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by

midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth. 2014. № 41(4). P. 94-384.

91. Turmen T. Global issues in child and adolescent health // 6-th international congress of tropical pediatrics. 26-30 September 2002. Ankara : International Children's center. P. 19-100.

ДОДАТОК А

Глосарій

1. Амбівалентність почуттів – непогодженість, суперечливість декількох емоційних відношень, що одночасно відчуються до деякого об'єкта.

2. Батьківство – це інтегральна сукупність соціальних і індивідуальних характеристик особистості, що включає в себе всі рівні життєдіяльності людини, однією з найважливіших характеристик якої є комплексність, а також соціальна детермінованість.

3. Батьківські установки – це певний погляд на свою роль батька або матері. В першу чергу, це репродуктивна складова установки. По-друге, це установка на спілкування з дитиною, підтримку дитини і ставлення до дитини.

4. Вагітність – це тривалий емоційний період для кожної жінки. Більшість жінок з нетерпінням чекають на вагітність та пологи. Під час вагітності виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та на майбутній дитині.

5. Виховання – діяльність з передачі новим поколінням історичного досвіду; планомірний і цілеспрямований вплив на свідомість і поведінку людини з метою формування певних установок, понять, принципів, ціннісних орієнтацій, що забезпечує умови для її розвитку, підготовку до громадського життя і праці.

6. Вільна асоціація – психоаналітична процедура вивчення несвідомого, у процесі якої індивідуум вільно говорить про все, що приходить у голову, незважаючи на те, наскільки тривіальним, абсурдним або непристойним це може здатися.

7. Готовність до материнства – це складний феномен, який може розглядатися на декількох рівнях, які взаємопов'язані між собою і утворюють цілісність. Зокрема, виокремлюють фізіологічну, соціальну та

психологічну готовності. Психологічна готовність жінки до материнства – це комплексне утворення, що передбачає такі взаємостосунки у системі «мати-дитина», які створюють адекватні умови для гармонійного пренатального та постнатального розвитку дитини.

8. Девіантне материнство – представляє собою таку поведінку жінки, яка заважає формуванню позитивного образу дитини, не сприяє збереженню її здоров'я, а інколи, навіть життя, порушує процес її нормального розвитку в пренатальному та перинатальному періодах, що в подальшому ускладнює її соціалізацію.

9. Демографічна криза – стан демореальності, для якого характерна втрата здатності суспільного організму країни до самовідтворення населення у досягнутій якості й кількості.

10. Его-ідентичність – сукупність уявлень особистості про себе, які дають можливість відчувати свою унікальність і аутентичність.

11. Его-інтеграція – почуття завершеності на кульмінаційному відрізку життєвого циклу; проявляється в усвідомленні того, що реалізована головна справа життя, у тому числі робота, досягнення і діти.

12. Життєва позиція – спрямованість життєдіяльності особистості, її точка зору про своє місце й роль у суспільному житті. У моральному плані є системою поведінки особистості, що визначається її переконанням, ідейністю, совістю.

13. Інтелектуальна зрілість – це здатність концентрувати увагу, встановлювати зв'язки між явищами і подіями, здатність логічного запам'ятовування, розвиток тонких рухів та координації.

14. Материнство – це унікальний психологічний феномен, що має фізіологічні механізми, еволюційну історію, культурні та індивідуальні особливості.

15. Онтогенез людини – цілісний процес, що виражається в окремих і пов'язаних між собою формах (морфологічній, фізіологічній,

психічній і соціальній). Це – становлення людини як організму, як свідомої суспільної істоти, як особистості.

16. **Переживання** – будь-який емоційно забарвлений стан і явище дійсності, які відчуває суб'єкт і які безпосередньо представлені в його свідомості й виступають для нього як життєва подія.

17. **Перинатальні матриці** – це стійкі функціональні структури («кліше»), які є базовими для виникнення певних психічних і фізичних реакцій упродовж життя людини та спричиняють формування своєрідної стратегії ставлення до світу, оточуючих та самого себе.

18. **Проективні методики** – це особлива група діагностичних тестів, що є спеціальною технікою дослідження тих властивостей особистості, психічних властивостей у конкретного суб'єкта, які найменше доступні безпосередньому спостереженню або опитуванню.

19. **Психологічна готовність** – це виявлення суті властивостей і стану особистості. Готовність – це не лише властивість чи ознака окремої особистості, це концентрований показник діяльності особистості, міра її професійної здібності.

20. **Психологічна готовність до материнства (ПГМ)** – трактується як здатність матері забезпечити адекватні умови для розвитку дитини та виявляється в певному типіві материнського ставлення.

21. **Психологічна зрілість** – одна зі складових, за якими можна оцінити емоційний стан людини та її спроможність самостійно керувати власним життям. Зрілість сприяє розкриттю всіх здібностей і талантів особистості, допомагає розвиватися в духовному та матеріальному планах

22. **Психологічний висновок** – це коротка психологічна характеристика стану розвитку дитини на період обстеження на основі даних об'єктивного кваліфікованого психодіагностичного дослідження.

23. **Репродуктивна установка** – означає готовність до певного результату репродуктивної поведінки, прийнятність для особистості народження тієї чи іншої кількості дітей з розподілом на синів і дочок.

24. **Самореалізація** - це процес розвитку та реалізації власного потенціалу та особистості з метою досягнення повноцінного і задоволеного життя.

25. **Соціальна зрілість** — це результат життя в суспільстві, соціального розвитку та пристосування до спільного життя з іншими людьми. У підлітка формується вміння розуміти інших людей, їхні стосунки, брати на себе відповідальність за свої вчинки.

26. **Спрямованість** — є одним з психологічних термінів, який вказує на орієнтацію і направленість особистості на досягнення конкретної мети, завдання або результату. Цей термін є ключовим у розвитку особистості і досягненні успіху в різних сферах життя.

27. **Термінальні цінності** — визначаються як переконання у тому, що якась кінцева мета індивідуального існування (наприклад, свобода, мудрість) з особистої і суспільної точок зору варта того, щоб до неї прагнути; мається на увазі бажане існування та кінцевий стан, цілі, які б людина хотіла досягти протягом свого життя.

28. **Фрустрація** — психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці, що викликано об'єктивно непереборними (або суб'єктивно сприйнятими як непереборні) труднощами на шляху до досягнення мети, розбіжності реальності з очікуваннями.

29. **Ціннісна орієнтація** — це вибіркове ставлення до носія цінності, який може бути реальним предметом задоволення потреб окремої людини чи соціальної спільності. В ціннісній орієнтації акумулюється життєвий досвід людей.

30. **Я-концепція** — динамічна система уявлень людини про саму себе, що включає усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних природних властивостей; самооцінку; суб'єктивне сприйняття, що характеризує вплив на власну особистість зовнішніх факторів. Вона формується під впливом досвіду кожного індивіда. Ця система становить основу вищої саморегуляції людини, на базі якої вона будує свої стосунки з оточуючим її світом.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика та діагностика самопочуття, активності і настрою (САН)

Мета методики САН: Експрес-оцінка самопочуття, активності і настрою.

Опис методики САН. Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими випробуваного просять оцінити свій стан. Кожна пара являє собою шкалу, на якій випробуваний зазначає ступінь вираженості тієї чи іншої характеристики свого стану.

Інструкція методики САН. Вам пропонується описати свій стан в даний момент за допомогою таблиці, що складається з 30 пар полярних ознак. Ви повинні в кожній парі вибрати ту характеристику, яка найбільш точно описує Ваш стан, і відзначити цифру, яка відповідає ступеню вираженості даної характеристики.

Обробка даних методики САН. При підрахунку крайня ступінь вираженості негативного полюса пари оцінюється в 1 бал, а крайня ступінь вираженості позитивного полюса пари - в 7 балів. При цьому потрібно враховувати, що полюси шкал постійно змінюються, але позитивні стану завжди отримують високі бали, а негативні - низькі. Отримані бали групуються відповідно до ключа в три категорії, і підраховується кількість балів по кожній з них.

Самопочуття - сума балів за шкалами: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність - сума балів за шкалами: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій - сума балів за шкалами: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримані результати по кожній категорії діляться на 10. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, свідчать про сприятливий стан випробуваного, нижче 4 - про несприятливий стан. Нормальні оцінки стану розташовуються в діапазоні 5,0-5,5 балів. Слід врахувати, що при аналізі функціонального стану важливі не лише значення окремих показників, але і їх співвідношення.

Типова карта методики САН

Прізвище, ініціали _____

Стать _____ Вік _____

Дата _____ Время _____

1	Самопочуття добре	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
2	Відчуваю себе сильним	3	2	1	0	1	2	3	Відчуваю себе слабким
3	Пасивний	3	2	1	0	1	2	3	Активний
4	Малорухливий	3	2	1	0	1	2	3	Рухомий
5	Веселий	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
6	Гарний настрій	3	2	1	0	1	2	3	Поганий настрій
7	Працездатний	3	2	1	0	1	2	3	Розбитий
8	Повний сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
9	Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий
10	Бездіяльний	3	2	1	0	1	2	3	Діяльний
11	Щасливий	3	2	1	0	1	2	3	Нещасний
12	Життєрадісний	3	2	1	0	1	2	3	Похмурий
13	Напружений	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
14	Здоровий	3	2	1	0	1	2	3	Хворий
15	Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Захоплений
16	Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Схвильований
17	Захоплений	3	2	1	0	1	2	3	Похмурий
18	Радісний	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
19	Відпочилий	3	2	1	0	1	2	3	Втомлений
20	Свіжий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажений

21	Сонливий	3	2	1	0	1	2	3	Збуджений
22	Бажання відпочити	3	2	1	0	1	2	3	Бажання працювати
23	Спокійний	3	2	1	0	1	2	3	Заклопотаний
24	Оптимістичний	3	2	1	0	1	2	3	Песимістичний
25	Витривалий	3	2	1	0	1	2	3	Стомлений
26	Бадьорий	3	2	1	0	1	2	3	Млявий
27	Міркувати важко	3	2	1	0	1	2	3	Міркувати легко
28	Розсіяний	3	2	1	0	1	2	3	Уважний
29	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований
30	Задоволений	3	2	1	0	1	2	3	Незадоволений

Додаток Б

Самооцінка психічних станів (Айзенка)

Пропонується опис різних психічних станів. Якщо цей стан часто спостерігається, то ставиться 2 бали, якщо цей стан буває, але зрідка, то ставиться 1 бал, якщо зовсім не підходить - 0 балів.

Обробка результатів.

Підрахуйте суму балів за кожну групу питань:

I 1 ... 10 питання - тривожність;

II 11 ... 20 питання - фрустрація;

III 21 ... 29 питання - агресивність;

IV 31 ... 40 питання - ригідність.

Оцінка та інтерпретація балів.

I. Тривога: 0 ... 7 - не тривожні; 8 ... 14 балів - тривожність середня, припустимого рівня; 15 ... 20 балів - дуже тривожний.

II. Фрустрація (фрустрированность): 0 ... 7 балів - не маєте високої самооцінки, стійкі до невдач, не боїтеся труднощів; 8 ... 14 балів - середній рівень, фрустрація має місце; 15 ... 20 балів - у вас низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач, фрустрована.

III. Агресивність: 0 ... 7 балів - ви спокійні, витримані; 8 ... 14 балів - середній рівень агресивності; 15 ... 20 балів - ви агресивні, не витримані, є труднощі при спілкуванні та роботі з людьми.

IV. Ригідність: 0 ... 7 балів - ригідності немає, легко переключається ", 8 ... 14 балів - середній рівень; 15 ... 20 балів - сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя. Вам протипоказані зміна роботи, зміни в сім'ї.

Опис станів (Айзенка)

I

- 1) Не відчуваю в собі впевненості.
- 2) Часто через дрібниці червонію.
- 3) Мій сон неспокійний.
- 4) Легко впадаю у відчай.
- 5) Турбуюся про тільки уявних ще неприємності.
- 6) Мене лякають труднощі.
- 7) Люблю копатися в своїх недоліках.
- 8) Мене легко переконати.
- 9) Я недовірливий.
- 10) Я насилу переношу час очікування.

II

- 11) Нерідко мені здаються безвихідними положення, з яких в і-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 беззахисною.
- 17) Іноді у 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 невинними.

III

- 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) Чи не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
- 27) Коли гнів Мій, погано себе стримую.
- 28) Віддаю перевагу краще керувати, ніж підкорятися.
- 29) У мене різка, грубувата жестикуляція.
- 30) Я мстивий.

IV

- 31) Мені важко змінювати звички.
- 32) Нелегко перемикає 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.

Додаток В

Шкала Ч.Д. Спілберга , Ю.Л. Ханіна (Шкала самооцінки рівня тривожності)

Пропонований тест є надійним і інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивної тривожності як стану) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини).

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагуючи станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді - тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю

невротичного конфлікту, емоційними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями.

Однак тривожність не є спочатку негативним феноменом. Певний рівень тривожності - природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень "корисної тривоги».

Шкала самооцінки складається з двох частин, роздільно оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) і особистісну (ЛТ, вислови № 21-40) тривожність.

Особистісна тривожність відносно стабільна і не пов'язана з ситуацією, оскільки є властивістю особистості. Реактивна тривожність, навпаки, буває викликана будь-якої конкретної ситуацією.

Показники РТ і ЛТ підраховуються за формулами:

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ - сума закреслених цифр на бланку за пунктами 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ - сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 19, 20);

$$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ - сума закреслених цифр на бланку по пунктах 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ - сума інших закреслених цифр (пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 - низька тривожність; 31-45 - помірна тривожність; 46 і більше - висока тривожність.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги; висока тривожність припускає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки його компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивну значущість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Шкалу можна успішно використовувати в цілях саморегуляції, керівництва та психокорекційної роботи.

Для діагностики реактивної тривожності використовується перша частина з методики самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна:

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає

Бланк для відповідей

Прізвище _____

Дата _____

№	Варіанти відповідей	Ні, це не так	Мабуть так	Вірно	Вчинено вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я перебуваю у напрузі	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочив	1	2	3	4
9	Я стривожений	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я неврівноважений	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я збуджений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4

18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Для діагностики особистісної тривожності використовується друга частина 2 з методики самооцінки рівня тривожності ч.д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна

№	Варіанти відповідей	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі зазвичай дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4

30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все надто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильний неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Додаток Г

Методика експрес-діагностики неврозу (К. Хека і Х. Хесса)

Інструкція: Ознайомившись з питанням або судженням, дайте відповідь на нього « так» чи «ні»

1.Чи вважаєте Ви, що внутрішньо напружені?

2.Я часто так сильно в щось занурений, що не можу заснути.

3.Я відчуваю себе легко вразливим.

4. Мені важко заговорити з незнайомими людьми.
5. Чи часто без особливих причин у Вас виникає почуття байдужості і втоми ?
6. У мене часто виникає почуття, що люди мене критично розглядають.
7. Чи часто Вас переслідують даремні думки, які не виходять з голови, хоча Ви намагаєтеся їх позбутися?
8. Я досить нервовий.
9. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
10. Я досить дратівливий.
11. Якби проти мене не були налаштовані, мої справи йшли б успішніше.
12. Я занадто близько і надовго приймаю до серця неприємності.
13. Навіть думка про можливу невдачу мене хвилює.
14. У мене були дуже дивні і незвичайні переживання.
15. Чи буває Вам то радісно, то сумно без видимих причин ?
16. Протягом усього дня я мрію і фантазую більше, ніж потрібно.
17. Чи легко змінити Ваш настрій ?
18. Я часто борюся з собою, щоб не показати свою сором'язливість.
19. Я хотів би бути таким же щасливим, якими здаються інші люди.
20. Іноді я тремчу або відчуваю напади ознобу.
21. Чи часто змінюється Ваш настрій залежно від серйозної причини або без неї?
22. Чи відчуваєте Ви іноді почуття страху навіть за відсутності реальної небезпеки?

- 23.Критика або догана мене дуже ранять.
- 24.Часом я буваю так неспокійний, що навіть не можу всидіти на одному місці.
25. Чи турбуєтеся Ви іноді занадто сильно через незначні речей ?
- 26.Я часто відчуваю невдоволення.
- 27.Мені важко сконцентруватися при виконанні якогось завдання або роботи.
28. Я роблю багато такого, у чому доводиться каятися.
- 29.Здебільшого я щасливий.
- 30.Я недостатньо впевнений у собі.
- 31.Іноді я здаюся собі дійсно нікчемним.
- 32.Часто я відчуваю себе просто кепсько.
- 33.Я багато копаюся в собі.
- 34.Я страждаю від почуття неповноцінності.
- 35.Іноді у мене все болить.
- 36.У мене буває гнітюче стан.
- 37.У мене щось з нервами.
38. Мені важко підтримувати розмову при знайомстві.
- 39.Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою.
- 40.Чи відчуваєте Ви іноді, що труднощі великі і непереборні?

Обробка результатів та інтерпретація:

Увага! Методика дає лише попередню та узагальнену інформацію.
Остаточні висновки можна робити лише після докладного вивчення

особистості. Методика активно використовується в психотерапевтичній практиці. Підраховують кількість ствердних відповідей.

0-23 балів, дана кількість відповідає низькій невротизації і свідчить про емоційної стійкості, про позитивний тлі переживань (спокій, оптимізм), про ініціативності, про почуття власної гідності, незалежності, соціальної сміливості, про легкість у спілкуванні.

24 і більше балів

Дана кількість відповідає високу ймовірність неврозу (невротизації) і свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, дратівливість, розгубленість), про безініціативності, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань, про езопової особистісної спрямованості, що призводить до ипохондрической фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках, про труднощі в спілкуванні, про соціальний боязкості і залежності.

Додаток Д

Тест на рівень суб'єктивного контролю (Тест УСК) Дж.Роттера

Інструкція.

Уважно прочитайте кожне з тверджень, наведених нижче, і якщо ви згодні з ним поставте навпроти номера питання плюс, якщо не згодні - мінус.

Стомлений матеріал до тесту УСК Дж. Роттера:

- 1.Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.
- 2 Більшість розлучень відбувається від того, що люди не захотіли пристосуватися до один одного.
- 3 Хвороба - дало випадку, якщо вже судилося захворіти, то нічого не поробиш.
- 4 Люди опиняються самотніми ІЕ - за того, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих. до оточуючих.
- 5 Здійснення моїх бажань часто залежить везіння.
- 6.Бесполезно вживати зусилля для того, щоб завоювати симпатію інших людей.
- 7 Зовнішні обставини - батьки і добробут - впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
- 8 Я часто відчуваю, що мало впливаю на те що відбувається мною.
- 9 Як правило керівництво виявляється більш ефективно , коли повністю контролюються дії підлеглих, а не покладаються на їх самостійність .

- 10 Мої оцінки в школі часто залежали від випадкових обставин (наприклад , від настрою вчителя), ніж від моїх власних зусиль.
- 11 Коли я будую плани , то я в загальному вірю , що зможу здійснити їх.
- 12 Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль.
- 13 Думаю, що правильний спосіб життя може допомогти більше здоров'ю , ніж лікарі і ліки.
- 14 Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не намагалися налагодити сімейне життя вони все одно не зможуть.
- 15 Те хороше, що я роблю , переважно гідно оцінюється іншими .
- 16 Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
- 17 Думаю , що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.
- 18 Я намагаюся не планувати далеко вперед , тому що чимало не залежить від того , як складуться обставини.
- 19 Мої оцінки в школі більше залежали від моїх зусиль і ступеня підготовленості.
- 20 У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою , ніж за протилежною стороною .
- 21 Життя більшості людей залежить від збігу обставин .
- 22 Я надаю перевагу такому керівництву , при якому можна самостійно визначити, що і як робити
- 23 Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.
- 24 Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям добитися успіху у своїй справі.
- 25 Зрештою, за погане управління організацією відповідальні самі люди , які в ній працюють.
- 26 Я часто відчуваю , що нічого не можу змінити в сформованих відносинах в сім'ї.
- 27 Якщо вже дуже захочу , то зможу привернути до себе будь .

- 28 На підростаюче покоління впливає так чимало різних обставин , що зусилля батьків щодо їх виховання часто виявляються марними .
- 29 Те , що зі мною трапляється - це справа моїх власних рук.
- 30 Важко буває зрозуміти , чому керівники чинять саме так , а не інакше.
- 31 Людина , що не змогла добитися успіху у своїй роботі , швидше за все не виявляв достатньо зусиль.
- 32 Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того , що я хочу.
- 33 В неприємностях і невдачах , які були в моєму житті , частіше були винні інші люди, ніж я сам.
- 34 Дитину завжди можна вберегти від простуди , якщо за ним стежити і правильно одягати.
- 35 У складних обставинах я вважаю за краще почекати , поки проблеми вирішуватися самі собою.
- 36 Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від успіху чи везіння .
- 37 Я відчуваю , що від мене більше, ніж від кого б то не було , залежить щастя моєї сім'ї.
- 38 Мені завжди було важко зрозуміти , чому я подобаюсь одним людям і не подобаюсь іншим .
- 39 Я завжди віддаю перевагу прийняти рішення і діяти самостійно , а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.
- 40 На жаль , заслуги людини часто залишаються невизнаними , незважаючи на всі його старання.
- 41 У сімейному житті бувають такі ситуації , які неможливо вирішити навіть при дуже сильному бажанні .
- 42 Здібні люди , які не змогли реалізувати свої можливості , мають звинувачувати в цьому лише себе .
- 43 Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших .
- 44 Багато невдач в моєму житті сталося від невміння , ліні і мало що залежало від везіння чи невезіння.

Ключ до тесту УСК.

Для того щоб обчислити свої значення складіть плюси на відповіді у верхньому рядку шкали і мінуси на відповіді у нижній.

1. Шкала Іо

+: 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44.

- : 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 1, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43.

2. Шкала Ід:

+: 12, 15, 27, 32, 36, 37.

-: 1, 5, 6, 14, 26, 43.

3. Шкала Ін:

+ : 2, 4, 20, 31, 42, 44.

- : 7, 24, 33, 36, 40, 41

4. Шкала Іс:

+: 7, 24, 33, 36, 40, 41

-: 7, 14, 26, 28, 41

5. Шкала Іп:

+: 19, 22, 25, 31, 42.

-: 1, 9, 10, 24, 30

6 . Шкала Ім.

+: 4, 27.

-: 6, 38

7 . Шкала І.

+: 13, 34.

-: 3, 2.

Інтерпретація.

1 Шкала загальної інтернальності Іо. Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті було результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати, і, отже, відчувають свою власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Питання " як управляти життям? " перед ними не встає - тому що вони розуміють взаємозв'язок докладених зусиль з отриманими в результаті результатами. Низький показник за шкалою І про відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі випробувані не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями їхнього життя, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток і вважають, що більшість їх є результатом випадку або дій інших людей.

2 Шкала інтернальності в області досягнень Ід. Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями . Такі люди вважають, що всього хорошого, що було і є в їх житті, вони домоглися самі і що вони здатні з успіхом переслідувати свої цілі і в майбутньому. Низькі показники за шкалою І д свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам - везінню, щасливій долі або допомоги інших людей.

3 Шкала інтернальності в області невдач Ін. Високі показники але цією шкалою говорять про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється у схильності звинувачувати самого себе в різноманітних невдачах, неприємностях та стражданнях. Низькі показники І н свідчать про те, що випробуваний схильний приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4 Шкала інтернальності в сімейних відносинах Іс. Високі показники за цією шкалою означають, що людина вважає себе відповідальним за події його

сімейного життя. Низький Із вказує на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають в його родині.

5 Шкала інтернальності в області виробничих відносин І п . Високий І п свідчить про те, що людина вважає свої дії важливим фактором в організації власної виробничої діяльності, в складних відносинах в колективі, у своєму просуванні і т. д. Низький І п вказує на те, що випробуваний схильний приписувати більш важливе значення зовнішнім обставинам - керівництву, товаришам по роботі, везінню - невдачі.

6 Шкала інтернальності в області міжособистісних відносин Ім. Високий показник І м свідчить про те, що людина вважає себе в силах контролювати свої неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу і симпатію і т.д. Низький Ім, навпаки, вказує на те, що він не вважає себе здатним активно формувати своє коло спілкування і схильний вважати свої відносини результатом дії своїх партнерів.

7.Шкала інтернальності стосовно здоров'я до хвороби Із. Високі показники Із свідчать про те, що випробуваний вважає себе під немало м відповідальним за своє здоров'я: якщо вона хвора, то звинувачує в цьому самого себе і вважає , що одужання під немало м залежить від його дій. Людина з низьким Із: вважає здоров'я і хвороба результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, першою справою лікарів.