

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: «ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ
ПЕРЕД ПОЛОГАМИ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОБТЯЖЕНИМ АНАМНЕЗОМ
ПОПЕРЕДНЬОГО ДОСВІДУ РОЗРОДЖЕННЯ»**

Виконала: студентка 2 курсу,
групи 8.0532-з-2

спеціальність: 053 Психологія

Шевченко Марина Теймуразівна

Керівник: к.психол., доцент кафедри
психології Мосол Н.О.

Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри
психології Железнякова Ю.В.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2023р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Шевченко Марині Теймуразівні

Тема роботи: «Психологічні детермінанти емоційних порушень перед пологами вагітних жінок з обтяженим анамнезом попереднього досвіду розродження»

керівник роботи: Мосол Н.О., к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1504-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз психологічно-фізіологічних закономірностей перебігу вагітності, провести теоретичний аналіз емоцій та психологічних детермінант емоційних порушень вагітних жінок, емпірично дослідити вираженість негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності, виявити взаємозв'язок між емоційними порушеннями вагітних і негативним досвідом попередніх розроджень.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 1	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 2	Мосол Н.О., доцент		
Висновки	Мосол Н.О., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2023 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
6	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент _____ М.Т. Шевченко

Керівник роботи _____ Н.О. Мосол

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 76 сторінок, 3 додатка, 33 джерела.

Об'єкт: емоційна сфера вагітної жінки.

Предмет: психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх (постраждали мама і/або дитина). Важливим питанням є визначення факторів, що впливають на характер функціонування емоційної сфери особистості, зокрема вагітної жінки. Її ставлення до себе та вагітності, а також наявність стресових чинників у житті визначають та впливають на емоційний пласт вагітної жінки.

Наукова новизна полягає у дослідженні психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок.

Практична значущість полягає у розробці та впровадженні напрямків розробки психокорекційних програм направлених на покращення репродуктивних показників у суспільстві.

ВАГІТНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА.

SUMMARY

Shevchenko M.T. The scientific research deals with psychological determinants of emotional disorders before childbirth with a burdened anamnesis of previous birth.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (33 items, 8 of foreign origin), 3 appendix on 11 pages. The qualifying work volume is 87 pages long, 68 of them – main text. There are 3 tables.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the empirical research of the peculiarity of this method lies in the fact that it helps to determine the self-assessment of the general level of anxiety at the moment (anxiety is reactive as a certain state) and personal anxiety (as a fairly stable characteristic of a person). The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with different aspect of children's creative abilities development.

The research object: the emotional sphere of a pregnant woman.

The research subject: Psychological determinants of emotional disorders in front of the canopies of childbirth with a tight anamnesis of early birth.

The aim of the scientific research: to theoretically substantiate and empirically investigate the psychological determinants of emotional disorders of pregnant women before repeated childbirths with negative previous experiences (the mother and/or the child were affected).

Chapter 1 «Theoretical aspects of research psychological determinants of emotional disorders before childbirth with a burdened anamnesis of previous birth» an analysis of theoretical sources was carried out and it was established that among the factors causing emotional disorders, the most important are individual perceptions of a person, arising from individual perception of the surrounding social reality, which is much more important than objectively measured social facts describing this reality. An individual subject reacts only to his experience, and not to objective ideas about the situation.

In the Chapter 2 «Empirical research psychological determinants of emotional disorders before childbirth with a burdened anamnesis of previous birth» an empirical study was conducted using the testing of pregnant women before repeated births with negative previous experiences (the mother and/or the child were affected).

Conclusions

Pregnant women who are afraid of second childbirth were interviewed. The reason: the previous childbirth had complications.

Methods were used: questionnaires and interviews expected results: pregnant women were afraid of the second birth due to the constant reminder of the bad experience of the previous birth in the form of negative consequences conclusions.

The negative experience of the first childbirth forms a constant fear of the next childbirth.

Key words: emotional disorders, burdened anamnesis, level of anxiety, emotional state, stress, the second pregnancy, mental disorder, pathogenesis of the threat of pregnancy, the previous childbirth, pregnant women.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	12
1.1 Характеристика типових психологічних закономірностей перебігу вагітності.....	12
1.2 Поняття, класифікація і функції емоції.....	28
1.3 Емоції та психологічні детермінанти поведінки та їх вплив на переживання вагітності.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕРЕД ПОЛОЛГАМИ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОБТЯЖЕНИМ АНАМНЕЗОМ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОСВІДУ РОЗРОДЖЕННЯ.....	56
2.1 Організаційно-методична процедура дослідження.....	56
2.2 Аналіз результатів дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності.....	58
2.3 Рекомендації жінкам щодо психопрофілактики та регуляція психоемоційних станів під час вагітності.....	63
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Вагітність – якісно новий психічний і фізіологічний стан організму жінки. Це стан організму, коли всі системи і органи працюють у новому, напруженому режимі. Жінка, переважно, перестає належати тільки собі, і її психічна рівновага пов'язана й залежить від самопочуття, міри відповідальності жінки, від психологічного оточення. Період вагітності вимагає особливої адаптації і ставить перед жінкою важливі завдання, які вона повинна виконати. Вагітність, особливо не перша, з обтяжуючим анамнезом попередньої (попередніх) вагітностей, стає іноді й кризовим періодом життя вагітної. В даному випадку, це пов'язано, що з одного боку нейрогуморальні зміни в організмі, які мають захисну функцію, наче повинні зменшити рівень тривоги вагітної. З іншого боку, болісний негативний досвід попередніх вагітностей та пологів нівелює цей захист. Емоції, які переживає мати, відчуває і плід через ендорфіни та катехоламіни, що їх пропускає плацента. Тому слід пам'ятати, що негативні емоції (особливо такі, як страх, агресія) впливають на саму жінку, на стан плода, перебіг пологів, а також на післяродову адаптацію новонародженого [2].

Протягом останніх років було проведено багато досліджень, присвячених вивченню психоемоційного стану вагітних жінок. Депресія, підвищена тривожність є поширеними, але часто нерозпізнаними станами, які можуть привести до негативних наслідків для здоров'я жінки і плоду. За даними ВООЗ, психічні захворювання є однією з основних складових хвороба у жінок у віці 15-44 років . Вагітність є станом підвищеної вразливості для розвитку депресії і

тривоги, які є найбільш поширеними психічними розладами під час вагітності та після пологів. Їх симптоми можуть варіювати від легкого до важкого ступеня і є серйозною проблемою для громадського здоров'я в усьому світі. На думку ряду авторів, субклінічна тривога широко поширена і зустрічається частіше, ніж депресивні розлади у всіх періодах вагітності.

Результати досліджень А. Лі і співавторів показали, що близько 54% жінок відчують тривогу протягом всієї вагітності (на відміну від депресії, яка виявляється у 34% жінок). У Національних керівництвах Сполучених Штатів Америки, Великобританії, Австралії та Канади підкреслена важливість виявлення та лікування допологової тривоги і депресії, що буде і профілактикою післяпологової депресії. Ряд наукових досліджень присвячені вивченню взаємозв'язку вагітності і тривожних, депресивних проявів, розладів сну. Відзначено, що вищевказані порушення є серйозною проблемою охорони здоров'я, що пов'язано зі збільшенням несприятливих наслідків вагітності, включаючи збільшення частоти кесаревого розтину, прееклампсії, передчасних пологів і післяродової депресії. Згідно з даними літератури, від 25% до 85% вагітних жінок повідомляють про значні порушення сну, які частіше зустрічаються при наявності тривожних розладів. Н.А. Короткова встановила, що підвищення рівня тривожності, депресії помірного або сильного ступеня тяжкості, як правило, супроводжуються диссомнічними розладами. На нашу та думку ряду авторів, антенатальні порушення якості сну впливають на вираженість антенатальних і постнатальних депресивних і тривожних симптомів [26].

Змінені реакції на стрес також важливі для материнського психічного здоров'я [33]. Тривожність виникає перед невідомим, змінами в собі та у житті, перед пологами та пов'язаними з цим страхами, страхом не справитись. Зазвичай вагітність передбачає кінець існування жінки як незалежної окремої одиниці і початок незворотних стосунків мама-дитина [30,57].

Актуальність переживання психологічного стресу саме у вагітних зумовлюють багато різних чинників, серед них: соціальні – до даної групи чинників належать соціально-політична та соціально-економічна нестабільність у суспільстві, соціальні проблеми, у тому числі безробіття, проблеми молодих сімей соціальні конфлікти [19].

Ряд наукових досліджень присвячені вивченню взаємозв'язку вагітності і тривожних, депресивних проявів, розладів сну. Відзначено, що вищевказані порушення є серйозною проблемою охорони здоров'я, що пов'язано зі збільшенням несприятливих наслідків вагітності, включаючи збільшення частоти кесаревого розтину, прееклампсії, передчасних пологів і післяродової депресії [22]. Згідно з даними літератури, від 25% до 85% вагітних жінок повідомляють про значні порушення сну, які частіше зустрічаються при наявності тривожних розладів [23]. Треба глибоко досліджувати причини виникнення негативних емоцій вагітних з обтяжуючим досвідом попередніх розроджень (розрідження), аби попередити важкі наслідки як для вагітної, так і для майбутньої дитини. Обрана тема недостатньо досліджена, тому є потреба подальшого теоретичного та емпіричного її вивчення. Результати даної роботи будуть корисними для розробки нових або удосконалення вже існуючих

превентивних методів запобігання виникнення емоційних порушень у вагітних з обтяжуючим анамнезом попереднього досвіду розрідження.

Об'єкт: емоційна сфера вагітної жінки.

Предмет: психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх (постраждали мама і/або дитина).

Гіпотеза: емоційні порушення вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх викликає не стільки сама подія, скільки реакція вагітної на подію.

Згідно до мети і завдань дослідження було обрано й використано комплекс методів: теоретичні – синтез, аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження особливостей психологічного захисту у вагітних жінок; емпіричні – спостереження, анкетування, бесіди, тестування. Для розв'язання поставлених завдань щодо дослідження психологічні особливості психоемоційних станів жінок у період вагітності було використано ряд психодіагностичних методик: авторська анкета «Дослідження емоційних станів вагітних жінок», шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), методика Г. Айзенка «Діагностика самооцінки психічних станів».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1 Характеристика типових психологічних закономірностей перебігу вагітності

Формальний обрахунок терміну вагітності здійснюється починаючи від першого дня останньої менструації, а пологи настають приблизно на 40-у акушерському тижні. Таким чином, виникає суто математичний парадокс, коли тривалість вагітності виявляється на два тижні довшою за вік пренейта, котрий обраховується від запліднення яйцеклітини. Традиційно у загальному перебігу вагітності виділяють три триместри, кожному із яких властиві свої симптоми та психофізіологічні трансформації. Деякі жінки протягом цього часу докорінно змінюють не тільки власний зовнішній вигляд, але й світогляд, в інших — майже все залишається без змін — і характер, і поведінка. Проте, у більшості випадків все ж можна виділити типові психологічні закономірності перебігу вагітності та їх зв'язок із фізіологічними процесами. Вагітність це час де актуалізується та піднімаються попередні досвід жінки, що веде за собою зростання тривоги. Досвід стосунку з її матір'ю та фантазіями і страхами пов'язаними з самою вагітністю ще у дитинстві [27].

Перший триместр вагітності.

Даний етап репродуктивного циклу триває дванадцять тижнів від першого дня після останньої менструації і має назву докомунікативного, оскільки передує першим порухам плода. Головними подіями у цей час стають зародження діади (зв'язку дитини й мами) та формування органів пренейта. Обмінні процеси в організмі жінки перебудовуються задля забезпечення потреб пренейта щодо живлення й виділення продуктів життєдіяльності. З цією ж метою формується додатковий орган — плацента [21].

Одним з маркерів настання вагітності для жінки, як правило, є відсутність менструації у визначений період. Це обумовлено гестацією гормональних змін, котрі блокують дозрівання нових яйцеклітин. Може також відзначатися підвищення температури до субфебрильних показників (37,0-37,5°). З одного боку звістка про вагітність має переповнювати радістю. З іншого, усвідомлення свого нового статусу іноді стає серйозним психологічним випробуванням для жінок, робить їх особливо вразливими. У більшості випадків непланової вагітності, побачивши позитивні результати тесту, потенційні мами починають напружено пригадувати ймовірні обставини зачаття (алкоголь, тютюн, ліки тощо) та обдумувати можливі перспективи свого нового статусу (професійні, сімейні, фізіологічні).

Характер переживань залежить від того, якої реакції на цю новину вони очікують від чоловіка та близьких родичів. Якщо очікування невтішні й реакція найдорожчих людей не надихає, то наростає тривога за власне майбутнє й долю ще ненародженої дитини. По-різному переживають факт настання непланової

вагітності жінки, які зачали дитину поза шлюбом. Одні впевнені в собі та майбутньому, інші роздумують про власну гріховність і провину, значна ж частина просто ігнорує проблему за принципом «якось усе налагодиться». Аборти досі лишаються одним із поширених методів регулювання народжуваності, а невдачі при спробах перервати небажану вагітність лише посилюють психотравмуючий вплив таких ситуацій. Тому психологічний супровід професійного психолога чи психотерапевта є дуже доречним у всіх випадках, коли жінка має сумніви щодо майбутнього власної вагітності. Якщо жінка виношує небажану дитину, її емоційний фон зазвичай характеризується амбівалентністю.

На перебігу вагітності усе це відображається у вигляді вегетативних порушень, загострень психосоматичних і хронічних соматичних захворювань, токсикозів, різноманітних невротичних реакцій, стертих депресивних станів. Як наслідок, відбувається викривлення схеми антенатальної взаємодії у системі «вагітна — плід» і жінка виявляється психологічно не готовою до пологів, а дитина уже в утробі позбавляється базової довіри до матері й навколишнього світу, що згодом у дорослому житті призводить до підвищеної тривожності, невпевненості, порушення процесу формування власної гідності.

Американський психолог і біолог W. Cannon довів в 1925 році, що у такому стані організм матері продукує «гормони занепокоєння» — катехоламіни, наслідком чого є звуження судин і спазми мускулатури. Це підвищує ризик розвитку порушень плацентарного кровопостачання та аномалій перебігу пологів, тому незаплановані вагітності у вісім разів частіше

ніж планові закінчуються передчасними пологами. При частих стресах катехоламіни перетворюють навколоплідну рідину на свого роду «гормональний бульйон», який безперешкодно потрапляє в організм дитини і, внаслідок фізіологічних особливостей, швидко там накопичується. Досить розвинена в другій половині вагітності нервова система плоду реагує на такі стреси прискореним серцебиттям, збудженими рухами, іноді дитина починає смоктати палець. Іще до народження небажані чи неплановані діти зазнають потужної психотравми та страждають через гіпоксію, про що свідчить «неспокійна внутрішньоутробна поведінка».

Після народження вони відзначаються нестійкістю нервових процесів, емоційною збудливістю, гіперактивністю, плаксивістю, тривожністю, порушеннями сну. Психологічний зміст першого триместру для жінки головним чином фокусується навколо почуття невпевненості у майбутньому та пошуку шляхів адаптації до нових умов. Емоційна сфера в цей час відзначається лабільністю та амбівалентністю: щастя від усвідомлення близькості материнства дуже швидко може змінюватись неконкретизованою тривою. Це іще не безпосередньо перед пологові фобічні переживання, але свідомість може полонити хвилювання, обумовлене комплексом чинників. Серед них можна виділити як загальний страх перед невідомим, особливо у випадку першої вагітності, так і конкретизовану турботу про майбутнє через невизначеність перспектив шлюбу, матеріальні проблеми, кар'єрні міркування. Вагоме місце можуть займати побоювання щодо охолодження стосунків із коханим за час виношування дитини. Гострота кризових психологічних переживань цього

періоду дещо згладжується за рахунок фізіологічних змін в організмі вагітної жінки, що покликані захистити її та майбутню дитину від зовнішніх стресових впливів.

На етапі утворення зиготи та початку імплантації бластоциту до ендометрію у центральній нервовій системі майбутньої мами утворюється гестаційна домінанта (лат. *gestatio* — вагітність, *dominans* — панівний) — стійкий осередок збудження, що володіє підвищеною чутливістю до пов'язаних із вагітністю подразників. Ця домінанта чинить гальмівний вплив на альтернативні центри активності, забезпечуючи пріоритетність реакцій організму, спрямованих на створення оптимальних для розвитку ембріона умов.

Під впливом гестаційної домінанти в рухах та мові жінки поступово нарастають ознаки загальмованості, підвищується потреба у сні. Подібні зміни носять адаптивний характер: знижують активність (у тому числі сексуальну), обмежують контакти із зовнішнім середовищем, збільшують час відпочинку, профілактуючи ризики шкідливого впливу на вагітність. Нейрофізіологічні зміни у цей час проявляються зниженням збудливості кори головного мозку на тлі відносного підвищення збудливості спинного мозку та підкіркових утворень.

Це проявляється, зокрема, підвищенням чутливості до запахів: непереносимістю деяких ароматів і, навпаки, потягом до інших, часто екстравагантних. Можуть з'явитись смакові примхи, імперативне прагнення до споживання чогось гострого, кислого чи солоного, або ж якогось певного продукту. У багатьох жінок у цей час відзначається головний біль, підвищена стомлюваність, зниження або, навпаки, підвищення апетиту. На 7-8 тижні

вагітності жінка зауважує, що білизна стала тісніше прилягати до талії, зміни фігури стають візуально помітними. Відображенням гормональних трансформацій є посилення пігментації сосків, збільшення молочних залоз, іноді поява молозива. На фоні таких метаморфоз, головним завданням майбутньої мами є усвідомлення вагітності — рефлексивне сприйняття свого нового образу й виділення у своєму суб'єктивному світі місця для дитини. Цей процес супроводжується формуванням внутрішньо-особистісного конфлікту, коли народження дитини залишається все таким же бажаним, але паралельно виникає певна тривога.

Найчастіше жінки бояться втратити сексапільність, зокрема, поширені естетичні страхи: побоювання непривабливих змін обличчя й фігури, сумніви в тому, чи повернеться згодом колишня фізична форма. Як наслідок, може виникнути схизматичне сприйняття вагітності, коли дитина й вагітність існують ніби окремо. Визнати небажання мати дитину завжди дуже важко з огляду на соціальні установки, захисні механізми не дозволяють навіть допускати у свідомість таку думку. Але негативно ставитися до свого тіла можна, адже й без вагітності люди часто незадоволені ним. Нудота, безсоння, відсутність апетиту — можуть бути прямим наслідком таких змішаних почуттів. На 9-10 тижні вагітності особливо різко можуть проявлятися зміна смаку, гіперосмія, печія. Можливі запаморочення й непритомність, виділення із піхви. Нестійкість настрою нагадує передменструальні афективні зміни. Процес гармонізації життєдіяльності двох організмів може супроводжуватись появою у вагітної жінки гіперсалівації, ранкової нудоти (*misnomer*).

Психологічний зміст нудоти у багатьох випадках пояснюється несвідомим бажанням позбутися ембріону, відразу до «чужого в лоні». За таких умов досягнення гармонії у ставленні до вагітності можливе тільки через цілісне прийняття жінкою своєї тілесності з подальшою послідовною ідентифікацією та наступним відділенням дитини від материнського організму. Після 11-го тижня вагітності відзначається помітне зниження статевого потягу. Сечовипускання стає не таким частим. Оскільки стінки кровоносних судин стають більш проникними та крихкими, можливі носові кровотечі, іноді спостерігається кровоточивість ясен. До 12-го тижня у вагітної жінки стає помітним нагрубання молочних залоз, дотик до яких може бути неприємним і навіть болісним. Пігментація ареол сосків посилюється. Матка стає твердою, набуває розмірів крупного апельсина. На шкірі живота можуть з'явитись розтяжки вагітних (*gravidarum*). У цей час майбутня мама може відчувати тривогу через різку трансформацію звичних стереотипів соціальної поведінки, відірваність від активного життя та очікування неминучих змін, які відбудуться в сім'ї після народження малюка. На цьому тлі, прагнучи досягнути ідеалу дбайливої матері, вона може поринути у сумніви щодо власної здатності належно виконувати материнські обов'язки. Свою роль може зіграти й негативний чужий досвід, наприклад, якщо більш досвідчена подруга описує у деталях «жахи» своїх пологів і вельми клопітке життя молодої мами. Частково нівелювати ці стресові впливи допомагають культурні традиції, адже природно, що більшості жінок, які очікують на народження дитини, подобається їх привілейований стан, особлива аура ставлення до вагітності в суспільстві. У багатьох народів

заведено наділяти майбутніх мам особливою одухотвореністю, ототожнювати із чистотою душі виношуваної ними в утробі дитини. Існують звичаї дарувати подарунки вагітним, допомагати їм, аби мати в нагороду за це сприятливий перебіг власного життя. І навпаки, тяжким гріхом вважається нанесена образа чи шкода щодо жінки, яка перебуває на шляху до материнства. Подібне ставлення не тільки допомагає жінкам легше сприймати можливі негативні наслідки свого нового статусу, але, іноді навпаки, формує у них завищені вимоги до оточуючих, робить їх надто вразливими, чутливими до неуваги або критики. Такі підсвідомі тенденції до інфантилізації, бажання бути предметом посиленої уваги з боку оточуючих вступають у конфлікт із усвідомленою необхідністю дорослішати, готувати себе до материнства. У підсумку, так само як напочатку майбутня мама коливалася між радістю і страхом, пізніше в ній починають боротися дві тенденції: до інфантильності й стрімкого дорослішання. Ця амбівалентність може лежати в основі стрімких змін настрою, які не зрозумілі для оточення [21].

Пренейт у першому триместрі вагітності.

У організмі майбутньої матері соматичні та нервово-психічні розлади можуть стати причиною тяжких наслідків для процесу реалізації його генетичного потенціалу [21].

Вкрай критичні періоди першого триместру вагітності:

– перші 5-6 днів після зачаття, коли запліднена яйцеклітина має пройти маткову трубу й закріпитися у матці; невдалий перебіг кожного із цих етапів загрожує перериванням вагітності (викиднем);

– період з 4-го по 6-й тиждень вагітності, під час якого встановлюються симбіотичні відносини жінки й пренейта, узгоджується баланс між фізіологією зрілого організму дорослої жінки та динамічно зростаючим незрілим організмом пренейта [21].

Другий триместр вагітності.

Цей триместр відповідає періоду з 13 по 27 тиждень вагітності включно та характеризується стабілізацією і урівноваженням емоційного фону жінки.

Відбувається це завдяки адаптації до перебудови самосвідомості та нового способу життя, в які поступово інтегрується образ дитини. Головним психологічним змістом цього періоду є «спільне буття» матері та плоду, котре починається з моменту відчуття жінкою його рухів. Якщо на початку дитина була надією, то завдяки проявам своєї присутності вона стає упевненістю, але ще не реальністю [21].

Жінка в другому триместрі вагітності.

Результати аналізів відображають падіння рівня гемоглобіну крові, тому можуть виникати млявість і стомлюваність, труднощі із концентрацією уваги, неухважність та забудькуватість. В ситуації, коли перебіг вагітності неускладнений, поступово збудливість кори великих півкуль і підкіркових центрів головного мозку вирівнюються і емоційний фон жінки стабілізується. Її перестає турбувати нудота, апетит може знижуватися або, навпаки, підвищуватися. Фігура майбутньої мами в цей час стає все більш округлою, а це потребує оновлення гардеробу. Плід росте швидше, не зважаючи на швидке збільшення матки, й на певному етапі материнське лоно стає замалим для нього,

створює обмеження рухам. Завдяки досвіду минулих гестацій, жінки здатні уже на 15-16-у тижні вагітності вперше відчутти ворухіння плоду, вирізнивши його серед інших процесів у животі. Це вкрай важливо для почуття «спорідненості» з власною дитиною у майбутньої мами. Починається комунікативний період вагітності — коли мама відчуває рухи дитини і відповідає їй, спочатку за допомогою гуморальної регуляції (негативно або позитивно), а потім досліджуючи тіло дитини у власній утробі шляхом дотиків і погладжувань. Комунікативні механізми мають не тільки біохімічну природу, але й багато в чому залежать від суто психологічної налаштованості.

Одна майбутня мама, відчуваючи надмірні рухи у власному лоні, інтерпретує їх словами «хуліганить», «бешкетує» і надягає бандаж, а інша трактує сильні поштовхи як «йому не вистачає повітря, він хоче погуляти» — і йде на свіже повітря. Брак комунікації на цьому етапі спричиняє травматичний вплив на пренейта (ще не народжену дитину), залишаючи його «непочутим» у своїх потребах. Тому надзвичайно важливо в рамках просвітницької роботи з вагітними жінками пояснювати їм, що у дитини на цьому етапі розвитку уже добре розвинені слух і тактильна чутливість, і з цим необхідно рахуватися. Ні в якому разі не потрібно перевантажувати сенсорні канали пренейта, однак їх обов'язково стимулюють подразниками помірної сили: розмовами, погладжуваннями через черевну стінку. Складність відносин матері й плода вдалося проілюструвати за допомогою дивовижного фільму «The Saga of Life» шведського дослідника Lennart Nilsson (1982). Кадри цього фільму розповідають, яким «насиченим» є життя п'ятимісячного плода в утробі: він

робить судомні рухи, коли мама хвилюється, смокче палець і реагує гримасою невдоволення, коли їй вводять медикаменти або вона їсть несмачну їжу, і навпаки, реагує мімікою задоволення, якщо мама їсть смачні страви. У цей час навіть уперше вагітні жінки, а також ті, хто мають знижену чутливість через локалізацію плаценти на передній стінці матки або велику товщину підшкірної жирової клітковини, уже відчують і диференціюють ворухіння пренейта. Відчуття перших порухів плоду має величезне значення для всіх майбутніх матерів. І ті, хто раніше не наважувались виявляти свою радість, тепер віддаються їй цілком, бо нарешті твердо впевнені у своєму материнстві. Але іноді ці відчуття викликають у жінки амбівалентні емоції. З одного боку, це радість від підтвердженого факту, що в лоні знаходить власна жива дитина. З іншого боку, особливо на фоні соматичних ускладнень (запаморочення, серцебиття, набряків кінцівок, печії, закрєпів, тахіурії та ін.), може з'явитися перинатальна дисморфофобія, тривога, регресивні фантазії, в яких пренейт постає деструктивним і небезпечним створінням всередині власного тіла. Підсилюються побоювання того, що гінекологічний огляд або сексуальна активність можуть зашкодити дитині.

Спроби раціонально пояснювати абсурдність таких побоювань переважно не досягають успіху. Сприяття прийняттю пренейта матір'ю можуть психоосвітні заняття, на яких жінок навчають елементарним прийомам гаптономії, що дозволяють отримати зворотній зв'язок. Гаптономія (грецька *haptis* — дотик) — навички емоційного й тактильного спілкування батьків із дитиною до пологів та одразу після них. На 25-у тижні може з'явитися відчуття

нерегулярних безболісних напружень матки — контракцій Брекстона-Гікса. Провокувати їх можуть стрес, оргазм, різкі рухи. Деякі жінки продовжують відчувати їх протягом усієї вагітності [21].

Пренейт у другому триместрі вагітності.

Відчуваються активні рухові реакції на зміни емоційного стану мами. Відбувається стрімкий розвиток кори головного мозку. Пренейт вже на 18-му тижні реагує на звукові подразники. Активні рухи у вигляді м'яких дотиків або булькання можуть відчувати не тільки досвідчені, але й уперше вагітні жінки.

На 19-му тижні пренейт характеризується появою здатності не тільки чути, але й диференціювати звуки. Також поєднання дзвінка із різким звуком через деякий час викликають рухову реакцію навіть на дзвінок, що свідчить про здатність до вироблення умовних рефлексів [21].

Третій триместр вагітності.

Останній триместр вагітності, характеризується дозріванням організму пренейта для накопичення сил материнським організмом для пологів та самостійної життєдіяльності. Плід стає єдиним осередком помислів, інтересів і занять майбутньої матері [21].

Жінка у третьому триместрі вагітності.

У цей період організм відчуває бурхливі нейрофізіологічні зміни, такі, як підвищення збудливості кори великих півкуль головного мозку. Це дратівливість, знижена толерантність до фрустрації, а також так званий симптом нетерплячки — скарги на втому від вагітності, прагнення до її якнайшвидшого закінчення. Це відбувається на тлі виражених коливань емоцій

від радісного передчуття майбутнього материнства, до тривожно-депресивних сумнівів щодо здатності успішно подолати труднощі пологів. У цей час жінки часто бачать сни, які добре запам'ятовують. Іноді ці сновидіння носять загрозливий характер, мають ознаки кошмарів. Такий стан зберігається до 38-39-го тижня, після чого збудливість кори знову знижується. 28-30-й тижні — у цей час можуть загострюватись різноманітні тривожні очікування наслідків народження дитини: від матеріальних і побутових складнощів до кризи сімейних стосунків, краху професійної кар'єри та власної безпорадності в ролі матері. Одним із частих проявів є «симптом гніздування» — бажання створити затишне й безпечне місце для себе та дитини, відремонтувати житло, змінити помешкання на більш просторе. Актуалізуються переживання щодо власної сексуальної непривабливості, іноді виникають ідеї дисморфоманічного змісту [21].

Пренейт спускається нижче на 33-36-му тижні, що призводить до зміщення центру ваги тіла й появи відчуття тяжіння назад. Іноді це супроводжується болями в спині. Можуть виникнути або загостритися думки про те, щоб прискорити пологи або взагалі уникнути їх, хоча, з іншого боку, жінка мріє про благополучне завершення вагітності та щастя материнства. Одним із патологічних поведінкових феноменів цього етапу вагітності є синдром грубого поводження з плодом — раптові прояви агресії, у тому числі прямий фізичний вплив: удари по передній черевній стінці. Така поведінка, як правило, не пов'язана напряму із навмисною провокацією абортів й може відзначатися в жінок із бажаною вагітністю [21].

Лікарі вважають вагітність доношеною наприкінці 38-го тижня. На їх думку гестаційна домінанта набуває панівного становища й думки жінки концентруються на турботі про дитину, яку вона виношує. Це може супроводжуватися заглибленням у власні переживання та втратою емоційного зв'язку навіть із найближчими людьми. У пам'яті можуть актуалізуватися невирішені конфлікти минулого, старі образи, формуються завищені вимоги по відношенню до чоловіка та інших близьких людей. Якщо жінка в такі моменти не отримує бажаного емоційного відгуку від найближчого оточення, то в неї поступово наростає тривога за майбутнє. У такому випадку відносини з чоловіком стають холодними, конфліктними, а очікування пологів супроводжується психогенно обумовленою тривожнофобічною симптоматикою із численними вегетативними проявами. Знижується збудливість кори головного мозку й підвищується збудливість підкіркових утворень, що схоже на ситуацію першого триместру. Збільшується потреба у сні та відпочинку, майбутні мами стають настільки емоційно та інтелектуально байдужими до всього, що через силу примушують себе цікавитися подіями. Їх увага розсіюється, пам'ять слабне. На 40-му тижні відбувається інтенсивна підготовка організму жінки до пологів. Страхи можуть знову посилюватись, зокрема, багатьох лякає зниження рухової активності дитини. Відсутність впевненості щодо майбутнього є однією із причин надмірного, часто амбівалентного, страху перед пологами. Переживання з цього приводу, як правило, помітно домінують над усіма іншими, особливо, якщо вагітність виявляється небажаною або незапланованою. Іноді останній тиждень суб'єктивно видається довшим, ніж

попередні 9 місяців, але в цьому є своя перевага, адже таким чином іноді вдається нівелювати наяний страх пологів [21].

Пренейт у третьому триместрі вагітності.

Пренейт рухливий на 28-29-му тижні, органи чуття працюють інтенсивніше. Зазвичай він чує більше ста різних звуків, але крізь навколоплідні води краще сприймає низькі тони. Активно працює периферична й центральна нервова системи, що є репетицією інтенсивної роботи, яку їм доведеться виконати після пологів [21].

Як стверджують лікарі-акушери на 34-37-му тижні: пренейт опускається нижче, у випадку класичного перебігу повертається головою донизу й через передню стінку материнського живота можна пальпаторно відчутти його ніжку або сідниці. А вже наприкінці 38-го тижня пренейт добре розвинений і вже готовий до народження. Результати показників електричних імпульсів його мозку на останніх місяцях внутрішньоутробного життя показує зміну ритмів, характерну для стану сну: дві фази сну змінюють одна іншу. На 39-му тижні головка пренейта опускається до порожнини таза. Практично більшість функціональних систем пренейта на 40-му тижні готові до пологів і позаутробного існування. Критичним для розвитку пренейта вважається період з 20-го по 24-й тижні вагітності, коли відбувається становлення основних систем дитячого організму, які до кінця 24-го тижня набувають властивостей, притаманних аналогічним органам і системам немовляти [25].

Також треба звернути увагу на те, що кардинально змінюється роль вагітної жінки у соціумі. Слід відмітити, що серед важливих соціальних

функцій людини можна назвати соціальні ролі. Вивчення соціальної структури групи буде неповним без характеристики місця, яке займають в ній члени групи, що визначаються такими базовими поняттями, як позиція, статус і роль. Засвоєння соціальних ролей є обов'язковою умовою соціалізації особистості. Без застосування поняття роль також неможливо описати взаємодію індивіда з групою чи з іншим індивідом.

Отже, в теоретичному ракурсі категорія "роль" є однією з ключових в соціології, суспільній психології та споріднених з нею дисциплінах. Не менш важливим є практичний аспект, оскільки налагодження оптимальної соціальної взаємодії - це важлива задача психологічної практики, що пронизує всі сфери людського буття [10].

Варто відмітити, що зміни, які мають місце під час вагітності, відбуваються за принципом домінанти, в основі прояву якої знаходяться процеси адаптації до нових умов співіснування двох організмів, організму матері й внутрішньоутробного плоду та створення оптимальних умов для перебігу вагітності. Така домінанта носить назву гестаційної, та є складовою материнської домінанти, яка охоплює також домінанту зачаття та домінанту лактації. Гестаційна домінанта має фізіологічний та психологічний компоненти, що визначають особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної, та зміни, спрямовані на виношування та народження дитини [4].

Причому, навіть нормально протікаюча вагітність має вплив на психіку жінки [3].

1.2 Поняття, класифікація і функції емоцій

Емоції та їх прояви займають важливе місце у житті людини. Кожний емоційний стан має свій спектр проявів та ознак, та характеризується наступними чинниками:

- рівень усвідомленості;
- домінування психічних процесів;
- тривалість;
- рівень глибини переживання;
- стійкість;
- ступінь адекватності ситуації та ін. [13,219].

Емоції є реакцією людини і тварин на вплив внутрішніх і зовнішніх подразників, що пов'язані з задоволенням (позитивні емоції) чи незадоволенням (негативні) різних потреб організму і мають яскраво виражене суб'єктивне забарвлення [24].

Також, на думку багатьох спеціалістів емоції можуть супроводжувати різні прояви життєдіяльності людини і є одним з головних механізмів внутрішньої регуляції її психічної діяльності і поведінки, спрямованих на задоволення потреб [24].

Емоції можна виділити за тривалістю їх прояву як реакцію, і емоції як стан. Емоційне реагування це короткочасна емоційна відповідь на той чи інший ситуативний вплив. Емоційний стан пов'язаний із загальним ставленням

людини до сформованої ситуації, яке відбивається через її особистісні особливості [19].

Необхідно відрізнити емоційний стан людини від емоційності як риси особистості. Ситуативний стан "тривожності" може являти собою зовсім інше явище, ніж "тривожність" як риса особистості [24].

На нашу думку виділяють два класи: власне емоції і емоційні почуття. Власне емоції поділяються на природжені, базисні (радість, гнів, ненависть, переляк, подив та ін.) та надбані в індивідуальному досвіді. Емоційно забарвлені почуття (голод, спрага, цікавість, любов, ненависть і т.ін.) жорстко зв'язані з біологічною, соціальною чи культурною потребою і комплексом емоцій, пережитих у процесі її формування і задоволення [24,6].

Досить істотними характеристиками емоцій є їхній знак і інтенсивність. Таким чином, до позитивних можна віднести такі, як захоплення, задоволення, радість, милування й т.ін. До негативних – невдоволення, обурення, гнів, ненависть, переляк, тугу, роздратування й т.ін. Позитивні і негативні емоції завжди характеризуються певною інтенсивністю – силою їхнього виявлення [24].

Виділяють кілька регуляторних функцій емоцій: відбиваючу (оцінну), спонукальну, підкріплювальну, перемикальну, комунікативну [24].

Так, відбиваюча функція виражається в узагальненій оцінці подій. Емоція, являючи собою майже миттєву інтегральну оцінку значущих для людини подій, часто дає можливість визначити корисність чи шкідливість факторів, що

впливають на людину ще до того, як буде визначена локалізація шкідливого впливу [24].

В той час, як спонукальна функція пов'язана з наявністю емоційного переживання, що містить образ предмета задоволення потреби і своє упереджене ставлення до нього, що і спонукає людину до дії. Функцію спонукання виконують як провідні, так і ситуативні емоції. Провідне емоційне переживання, спрямоване на предмет (ціль поведінки), що задовольняє певну потребу, ініціює саму адаптивну поведінку. А ситуативні емоційні переживання, що виникають у результаті оцінок результатів окремих етапів поведінки, також спонукають діяти в колишньому напрямку, чи змінювати тактику поведінки, засобу досягнення мети й т.ін. [24].

А ось підкріплювальна функція емоцій виявляється в процесах навчання і запам'ятовування. Події, які викликають емоційні реакції, запам'ятовуються швидше і є тривалішими [24].

Перемикальна функція емоцій виявляється в тім, що емоції часто спонукають людину до зміни своєї поведінки. Емоційні переживання можуть як визначати вибір лінії поведінки людини, так і викликати зміну цієї поведінки [24].

Комунікативна функція емоцій виражається в можливості людини передавати свої переживання іншим людям, інформувати їх про своє ставлення до певних подій, об'єктів і таке інше через міміку, жести, позу, інтонацію [24].

1.3 Емоції та психологічні детермінанти поведінки та їх вплив на переживання вагітності

Згідно з еволюційною теорією емоцій Ч. Дарвіна, перші уявлення про мозкові механізми емоцій формувалися під впливом еволюційної теорії Ч. Дарвіна. Проведений ним аналіз показав, що емоції в поведінці ссавців відіграють регуляторну роль. Емоційні виразні рухи тварин (страху, погрози, радості, підкорення) є проявом інстинктивних дій і відіграють роль біологічно значущих сигналів для тварин як свого, так і інших видів. Багато емоційних реакцій є природженими і виявляються з моменту народження. При цьому в регуляції емоцій важливе значення відіграє зворотний зв'язок – посилення емоцій пов'язане з їх вільним зовнішнім виразом, а придушення зовнішніх ознак емоцій послабляє їхню силу [24].

Що стосується соматичної теорії емоцій Джеймса–Ланге, в ній була здійснена спроба пов'язати емоційні переживання і вегетативні зрушення в організмі людини, що їх супроводжують. Наприклад, дитина плаче, коли вона зазнає болю чи при неприємних почуттях; почервоніння шкіри обличчя в людини часто супроводжує хвилювання. У. Джеймс і К. Ланге запропонували вважати причиною виникнення емоцій саме ці і подібні до них соматичні реакції. Таким чином, згідно з цією теорією, людина сумує, тому що плаче, сердиться, тому що кричить, боїться, тому що тремтить чи тікає (а не навпаки) [24].

Але ця теорія зазнавала заслуженої критики. Серед основних критичних аргументів можна назвати: наявність великої розбіжності між занадто малою швидкістю протікання зміни вісцеральних процесів у порівнянні зі швидкістю зміни емоцій; занадто неспецифічний характер фізіологічних зрушень, що не дозволяє визначати якісну своєрідність і специфіку емоційних переживань [24].

3. Фрейд у своїй психоаналітичній концепції в розумінні природи емоцій вирішальну роль приділив механізму афекта: спочатку відбувається "заряд афекту" (як енергетичний компонент інстинктивного потягу), далі – процес "розрядки" (почуттєві компоненти цього процесу являють собою вираження емоції), і завершальний етап – сприйняття остаточної "розрядки" (саме воно являє собою відчуття чи переживання емоції) [24].

А ось проаналізувавши таламічну теорію Кенона–Барда, можна зробити висновок, що роль центральної ланки емоційних переживань відводиться таламусу. При сприйнятті подій, що викликають емоції, нервові імпульси спочатку надходять у таламус. У таламусі відбувається їхній поділ: одна частина надходить у кору великих півкуль, де виникає суб'єктивне переживання емоції, а друга – у гіпоталамус, що відповідає за вегетативні зміни в організмі. Таким чином, у цій теорії суб'єктивне переживання емоцій виділене як самостійна ланка і пов'язане з діяльністю кори великих півкуль головного мозку [24].

У активаційній теорії Ліндслі основна роль відведена тому, забезпечення емоцій належить активуючій ретикулярній формації, що знаходиться у стовбурі головного мозку. Емоційна реакція на певний стимул виникає в результаті

активуючого збудження нейронів стовбура мозку, що надалі посиляють імпульси до таламусу, гіпоталамусу і кори. При цьому корковий контроль за лімбічною системою послаблюється. Ці імпульси через активуючий механізм перетворюються в емоційну поведінку. Теорія Ліндслі, знову таки, тільки частково пояснює фізіологічні механізми забезпечення емоцій [24].

П.К. Анохін у своїй біологічній теорії, так само, як і в теорії Дарвіна, емоціям відводить еволюційно пристосувальну роль регулятора адаптаційної поведінки. Згідно із цією теорією, позитивний емоційний стан наприклад, задоволення певної потреби виникає тільки тоді, коли зворотна інформація від результатів зробленої дії точно збігається з очікуваним результатом (акцептором дії). У силу цього емоція задоволення закріплює правильність будь-якого поведінкового акту в тому випадку, якщо його результат досягає мети, є корисним і забезпечує пристосування. У випадку розбіжності одержуваного результату з очікуваннями, виникає занепокоєння і пошук нового шляху до одержання потрібного результату і, як його наслідок, емоції задоволення [24].

П.В. Симонов у своїй інформаційній теорії визначає емоції вищих тварин і людини, з одного боку, якою-небудь актуальною потребою (з урахуванням її якості і величини), а з іншого, – оцінкою на основі філогенетичного і індивідуального досвіду, можливості її задоволення. Низька імовірність задоволення потреби призводить до негативних емоцій, а висока – до позитивних [24].

Ми дослідили нейрокультурну теорію емоцій П. Екмана і виявили, що експресивні прояви шести основних (базисних) емоцій (гніву, страху, суму,

подиву, відрази, щастя) є універсальними і практично не чутливими до впливу факторів середовища. Так, усі люди відповідно до генетично детермінованої програми практично однаково використовують м'язи обличчя при переживанні основних емоцій. Але прийняті в суспільстві норми соціального контролю визначають правила прояву емоцій. Тому люди контролюють вираз обличчя відповідно до прийнятих норм і традицій виховання. Наприклад, японці зазвичай маскують свої негативні емоційні переживання, демонструючи більш позитивне ставлення до подій, ніж це є в реальності. В останні десятиліття стало прийнятим посміхатися при спілкуванні з незнайомими і малознайомими людьми й у країнах Західної Європи і США [24].

Існують і інші теорії емоцій. Але загальноприйнятої, єдиної логічно несуперечливої теорії емоцій поки що не існує. Кожна з теорій пояснює лише окремі сторони психофізіологічних механізмів функціонування емоційної сфери людини [24].

Індикатори емоцій.

Індикаторами емоцій, які використовуються при їхньому вивченні, є показники шкірно-гальванічної реакції (ШГР), серцево-судинної діяльності (частота серцевих скорочень, величина артеріального тиску), дихання, рухів очей, міміки, м'язової активності і температури поверхневих шарів шкіри, електроенцефалограми (ЕЕГ) [13].

Саме К. Юнг у 1907 р. показав зв'язок ШГР з інтенсивністю емоційного переживання – чим сильніше емоційне переживання, тим сильніше виражена ШГР. Але при цьому можна визначити лише рівень емоційної напруги людини,

а якісну характеристику пережитої емоції за ШГР установити практично неможливо (неможливо сказати, яку саме емоцію людина зазнає) [13].

Якщо говорити про лицьову експресію (особливості міміки при переживанні емоцій), вона служить одним з найбільш доступних і показових індикаторів прояву емоцій у людини. Різні емоційні вирази обличчя відповідають різним картинам активності лицьових м'язів. Тому, спостерігаючи за мімікою чи реєструючи розподіл активності лицьових м'язів за допомогою контактних електродів чи дистанційно методом відеозйомки в інфрачервоному діапазоні (локальна активність м'язів супроводжується локальною зміною температури шкіри), можна досить вірогідно судити про емоцію, яку зазнає людина. Наприклад, емоція щастя пов'язана з активністю великого скулового м'язу. А негативні емоції (гнів, сум) – із придушенням активності цього м'яза і зростанням активності м'яза насуплення [13].

Ступенем емоційної напруги людини є збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС). Використання цього показника передбачає дотримання двох умов: емоційне переживання повинне супроводжуватися сильною напругою і не повинне – фізичним навантаженням. Наприклад, сильна емоційна напруга викликає підвищення ЧСС до 140–160 і більше ударів на хвилину. Сильна емоційна напруга, як правило, супроводжується підвищенням і артеріального тиску [13].

Показники електроенцефалограми можуть бути індикатором переживання людиною емоцій. Одним із симптомів емоційного збудження є посилення тета-ритму, що супроводжує переживання як позитивних, так і негативних емоцій.

При позитивних емоціях зростає амплітуда альфа-хвиль і посилюється тета-активність. Сильні позитивні емоції можуть супроводжуватися депресією альфа-ритму і посиленням бета-коливань. При негативних емоційних переживаннях спостерігається депресія альфа-ритму і наростання швидких коливань [13].

Психофізіологічні емоційні механізми.

Також протікання і виникнення емоцій тісно пов'язане з діяльністю різних моделюючих систем мозку. Вважається, що основну роль у цьому відіграє лімбічна система [13].

"Коло Папеца" являє основу лімбічної системи. В 1937 р. була озвучена американським невропатологом Дж. Папецом ідея про існування в мозку особливої системи, відповідальної за емоції. Він припустив, що єдину систему керування емоціями у певній послідовності утворюють такі структури мозку:

1. Гіпоталамус
2. Передньовентрикулярне ядро таламуса
3. Поясна звивина
4. Гіпокамп
5. Мамілярні тіла

Дж. Папец вважав, що будь-яка аферентація, що надходить у таламус, поділяється на три потоки: рухи, думки і почуття. Потік "почуттів" циркулює по вищевказаному "емоційному колу", створюючи фізіологічну основу емоційних переживань. Так, гіпоталамус забезпечує вираз емоцій і паралельно передає інформацію в таламус. Звідтіля вона надходить у поясну звивину, що є

механізмом усвідомлення емоційних переживань. Гіпокамп, одержуючи сигнали від поясної звивини, здійснює інтеграцію цих та інших сигналів і далі передає інформацію до мамілярних тілець й гіпоталамуса. Результатом замикання цього кола є інтеграція суб'єктивно пережитої емоції на рівні кори мозку з "емоційними" керуючими командами гіпоталамуса [13].

Окрім кола Папеца, до лімбічної системи також відносяться:, нюхова луковиця, тракт і горбок, переднє і неспецифічне ядра таламуса, мигдалеподібне тіло ретикулярна формація стовбура мозку. Її центральною частиною є гіпокамп. Лімбічна система бере участь у запуску переважно тих емоційних реакцій, що вже апробовані в ході життєвого досвіду. Нервові сигнали, що надходять від усіх органів чуття, передаються по нервових шляхах стовбура мозку в кору, проходять через одну чи декілька лімбічних структур – мигдалину, гіпокамп чи частину гіпоталамуса. Сигнали, що виходять від кори, теж проходять через ці структури. Різні відділи лімбічної системи по-різному відповідають за формування емоцій [13].

Одним із головних у забезпеченні емоцій відіграє ретикулярна формація, волокна від нейронів якої йдуть у різні області кори великих півкуль. Більшість цих нейронів неспецифічні (можуть відповідати на різні за модальністю види стимулів) і передають сигнали від усіх органів чуття до структур лімбічної системи і кори великих півкуль. Деякі ділянки ретикулярної формації мають більш спеціалізовані функції. Наприклад, така частина ретикулярної формації, як "блакитна пляма" пов'язується із пробудженням емоцій. Інша її частина –

"чорна субстанція" пов'язана з виділенням дофаміну, що сприяє виникненню приємних відчуттів [13].

Лобові частки з усіх відділів кори мозку у найбільшій мірі пов'язані з виникненням і усвідомленням емоційних переживань. До них йдуть прямі нейронні шляхи від таламуса, ретикулярної формації й інших структур лімбічної системи. Різні травматичні ушкодження лобових часток мозку часто призводять до зміни в людини настрою (від ейфорії до депресії), по(рушення орієнтації в навколишньому середовищі, пов'язаної з втратою здатності до планування. Іноді зміни поведінки нагадують психопатичну поведінку (нестриманість у поведінці і мові, відсутність сприйнятливості до соціальних сигналів) [13].

А ось саме з активністю тім'яно скроневих відділів правої півкулі пов'язують інтенсивність емоційної напруги (безвідносно до її знаку), що надалі виявляється вже у вегетативних зрушеннях [13].

Саме згідно з сучасними уявленнями, система позитивного підкріплення (задоволення) включає ядра септума, глибокі шари мозочка і дорзолатеральні області мигдалини. А система негативного підкріплення (покарання) – гіпокамп, медіальні ядра мигдалини, ядра глибоких шарів мозочка (в області палеоцеребеллума) області покришки середнього мозку і поясну кору [24].

Формування і прояв емоцій також пов'язані із функціональною асиметрією головного мозку.

Сильніше відбивається емоційний стан людини саме на міміці лівої половини обличчя, що говорить про переважну активність правої півкулі.

Сприйняття емоційних сигналів переважно знаходиться під контролем правої півкулі (її центральній скроневій області). Вважається, що ліва половина обличчя в більшому ступені відбиває негативні, права – позитивні емоції [24].

Права фронтальна кора пов'язана насамперед з прагматичною інформацією, необхідною для задоволення потреби (яка здобута раніше і зберігається в пам'яті), а ліва фронтальна кора – з інформацією, наявною на даний момент (такою, що надійшла нещодавно). Більш емоціогенною є права півкуля. Вона переважно пов'язана із проявом негативних емоцій. Прояв позитивних емоцій більше пов'язаний із роботою лівої півкулі [17].

Психологічні засади емоцій. "Емоція", від латинської *emoveo*, *emovere* – збуджувати, хвилювати. До медицини цей термін був запозичений з французької літератури (*emotion* – емоція). Багато авторів розуміють емоції як психічні переживання, що виражають наші відносини до зовнішнього і внутрішнього середовища. Емоції усвідомлюються, вербалізуються в певних почуттях і настрої. П.В. Симонов визначає цей термін так: "Емоції – це відображення мозком людини і тварини якоїсь актуальною потреби і ймовірності або можливості її задоволення ...". Суб'єктивно емоції проявляються в переживанні людиною ставлення до оточуючих подразників і її внутрішнього стану. Емоції відіграють значну роль у всіх проявах людської діяльності. Фізіологічну основу емоцій складає спільна діяльність кори і підкоркових утворень. І.П. Павлову належать слова: «Емоції – джерело сили для коркових клітин». Згідно вчення І.П. Павлова про основні нейродинамічні системи, які визначають психічну діяльність, «найближча» підкоркова ділянка, особливо гіпоталамус, є перша

інстанція для складних співвідношень організму з навколишнім середовищем. З психологічної точки зору, емоції людини можна трактувати як переживання, настрої, специфічні відчуття, афекти, почуття. Переживання можуть складатися з слабких почуттів, наприклад, задоволення, і сильних почуттів або емоцій, наприклад, гнів, радість. Афекти - це короточасні, але сильні стани, що швидко розвиваються. Почуття ж нерідко визначають як стійкі емоції, стани наших суб'єктивних переживань, що зберігаються годинами, днями, тижнями. Часто це називають нашим настроєм, який відображає рівень психічного, фізичного і соціального благополуччя, тобто здоров'я. Згідно А.Н. Леонтьєву, емоції це відносно стабільний психічний стан, який залежить від імовірності задоволення потреби. Мала ймовірність уникнути небажаного впливу викликає у людини тривогу, а мала ймовірність досягти бажану мету - розчарування. Емоціональний фон, або емоційний стан, багато в чому відображає загальне, цілісне ставлення людини до навколишньої ситуації, до самого себе і пов'язаний з особистісними характеристиками індивідуума [24].

На нашу думку, дійсно, емоційне реагування – це короточасна емоційна відповідь на той чи інший вплив, який має ситуаційний характер. Загальновизнано поділ емоцій на негативні, що відображають неприємні переживання, те чи інше незадоволення. І позитивні емоції, що відображають приємні почуття, наше задоволення. Є і нейтральні емоції, що відображають байдужість. Негативні емоції відчуються в формі незадоволення середовищем проживання і невдоволенням собою в формі образи, страху, гніву. Позитивні

емоції ми отримуємо в формі радості, задоволенням собою, блаженства. Позитивні і негативні переживання виражаються з різною інтенсивністю [24].

Переживання можна розділити також на стенічні, які підвищують розумову і фізичну працездатність, і астенічні, які знижують працездатність. Стенічні емоції можуть включати позитивні і негативні переживання, астенічні – негативні [24].

Виділяють нижчі, прості, первинні емоції в зв'язку з життєво необхідними потребами і вищі, соціально обумовлені в онтогенезі. Розподілення відбувається відповідно до потреб. Соціальні та духовно обумовлені емоції називають почуттями. Це етичні, естетичні, інтелектуальні почуття. Людські емоції властиві ранньому дитинству. Перший плач дитини розглядають як початок емоційних проявів. З п'ятого тижня з'являється мимічна реакція, посмішка, що виражає позитивну емоцію. Сміх - у двомісячної дитини. З третього місяця - загальні рухові реакції, що відображають різні приємні і неприємні емоції. Після першого року життя у дитини все більше емоційних реакцій. Етичні почуття пов'язані з вихованням норм поведінки, їх основу складають вимоги моралі, норм поведінки в даному суспільстві. Почуття обов'язку, дружби, товариства, каяття, відданості, патріотизму, що сформувалися в процесі життєдіяльності, сприяють самоконтролю етичності своєї поведінки, іменованої совістю. Естетичні почуття пов'язані з такими категоріями, як художній образ і естетичний смак. Естетичні почуття виникають при зустрічі з творами мистецтва, картинами природи. Інтелектуальні почуття - радість пізнання, засмучення від нерозуміння. Прагнення до пізнання стимулює розвиток

людської думки. Почуття радості, супутнє пізнання, завершення роботи над книгою, пуском електростанції і т.п. осяває нашу допитливість, відоме втрачає привабливість, а невідоме повно принад пізнання. Радість, супутня успіху в роботі і змінюючи її почуття незадоволеності, і жага пізнання нового стимулюють людину до подальшого пошуку і праці, не зупиняючись "спочивати на лаврах". Емоції бувають базисні, фундаментальні (інтерес, радість, здивування, горе, відраза, презирство, страх, сором, вина), вони ведуть до різних переживань і можуть взаємодіяти один з одним, формуючи комплекси почуттів. Емоції виконують комунікативну функцію, виражаючи в передачі повідомлень про внутрішній психічний стан людини іншим людям (жестами, мімікою, характером мови, поведінкою) і, сприймаючи цього роду повідомлення, від інших людей. При тривалих емоціях спостерігаються ЕЕГ ознаки гальмівного впливу на кору великих півкуль з боку лімбічної системи, що виражається періодичним зростанням амплітуди альфа-ритму при одночасному посиленні тета-ритму. При сильних позитивних емоціях може спостерігатися депресія альфа-ритму і посилення високочастотного бета-ритму. Одночасна активація збуджуючих і гальмівних механізмів, повноцінність "гальмівного захисту" мозкових структур лежать в основі практичної нешкідливості для організму навіть сильних позитивних емоцій. При негативних емоціях типовими є депресія альфа-ритму і наростання швидких коливань. Разом з тим гальмівний вплив слабкіше збуджуючого, тому негативні емоції характеризуються в основному наявністю бета-ритму навіть в умовах спокою. При негативних емоціях застійного характеру (сильний страх, що

переходить в заціпеніння, глибоке горе) на ЕЕГ знову з'являються повільні хвилі і ознаки екзальтації, що свідчать про розвиток гальмівних впливів на кору великих півкуль з боку підкіркових структур. Збільшення суб'єктивної оцінки негативних емоцій у здорових осіб пов'язано зі зростанням синхронізації потенціалів, що реєструються в лобових відділах мозку, особливо в лівій долі з потенціалами, що реєструється в правій скроневій області [24].

Проведені різноманітні експерименти з самороздратуванням емоційних центрів, дозволили картирувати мозок з виділенням позитивних (старт-зон) і негативних (стопзон) мозку. Старт зони сконцентровані в гіпоталамусі і навколо нього, в області нюхового мозку, в різних відділах гіпоталамуса, покришки і хвостатого ядра. У людини роздратування багатьох центрів головного мозку викликає яскраво виражені емоційні реакції, частіше позитивні і значно рідше негативні. Стан ейфорії, насолоди, статевого збудження, невмотивоване почуття радості і задоволення спостерігається при стимуляції деяких ядер мигдалин, перегородки, ряду структур середнього мозку, серединного центру таламуса, білої кулі, стовбурових структур. Навпаки, почуття люті, страху, розгубленості, здивування пацієнти відчували при стимуляції переднього і заднього відділів гіпоталамуса, субталамуса, ретикулярного ядра таламуса, деяких інших областей; роздратування передньої поверхні скроневої долі викликає почуття страху [24].

Нейрохімія емоцій. Формуванню негативних емоцій сприяє ацетилхолін, субстанція Р і, можливо, серотонін, а формуванню позитивних емоцій - норадреналін, адреналін, дофамін, і можливо, серотонін, а також ендорфін,

енкефалін та інші морфін подібні речовини, або опіоїди, що впливають на опіоїдні рецептори [24].

Психологічні детермінанти поведінки людини.

На думку багатьох авторів детермінація в самому загальному виді визначається як процес формування поведінки особистості під впливом сукупності детермінант. Дане поняття описує причинно-наслідковий зв'язок між явищами і процесами в їхній послідовності та залежності. Процес детермінації показує, як і під впливом яких спонукальних причин формується і реалізується та або інша поведінка, які її внутрішні й зовнішні джерела, як взаємодіють різні спонукальні причини між собою [21].

Детермінанти представляють систему факторів, які задають специфіку поведінки і беруть участь у її формуванні. Але детермінанти є не просто причинами, вплив яких приводить до певних наслідків. До них прийнято відносити такі спонукальні впливи, які визначають певний тип поведінки при їхній сукупній взаємодії, припускаючи при цьому деяку імовірнісну варіативність поведінки [21].

Згідно різноманітних наукових джерел, сучасна психологія описує детермінанти, що впливають на поведінку людини досить різноманітно. Якщо узагальнити найголовніше в підходах різних напрямів психології, спростивши для розуміння схему поведінки, то можна сказати, що конкретний вчинок людини може бути результатом відповідної реакції на вплив ситуації (вплив зовнішніх детермінант), або залежати від того, як людина цю ситуацію сприймає (як вона відображається в її свідомості), бути проявом якогось

внутрішнього джерела активності (вплив внутрішніх детермінант). Тобто на поведінку людини впливають внутрішні детермінанти, зовнішні детермінанти і сприйняття людиною певної ситуації [21].

Метою вчинку людини може бути як збереження звичного адаптивного стану (захисна реакція), так і придбання нової якості (розвиток) [21].

Вчинок може закінчитися при досягненні бажаного ефекту, як внутрішнього (та або інша думка, оцінка, почуття), так і зовнішнього (досягнення згоди, розуміння тощо). У таку схему укладаються як психоаналітичні моделі особистості, так і біхевіористичні, як когнітивні, так і гуманістичні [21].

Пов'язані внутрішньо особистісні детермінанти поведінки з індивідуальними особливостями особистості. До них відносять такі характеристики людини, як статеві та вікові властивості, задатки, здібності, темперамент, пам'ять, емоції, мислення, знання, навички, потреби, інтереси, схильності, ідеали, переконання, установки, цінності, мотиви тощо [21].

Як М.І. Дорін зазначав: «Люди одночасно і схожі, однакові, і різні, неповторні. Тому при прийнятті одних рішень поведінка людей легко прогнозується, при прийнятті інших необхідно враховувати багато індивідуальних обставин, що обумовлюють цю поведінку ...» [21].

Вчинку людини звичайно передують сприйняття, осмислення, розуміння ситуації й себе в ній, тобто когнітивні (пізнавальні) компоненти; суб'єктивне відношення, забарвлене почуттями, тобто емоційні (афективні) компоненти, і, нарешті, дія або, навпаки, її стримування, тобто дієво-динамічні, вольові

компоненти. Розглядаючи економічну поведінку, вчені, як правило, виділяють для її аналізу ці три дуже тісно взаємозалежні складові [21,2].

Зовнішні детермінанти стосовно особистості пов'язані з особливістю середовища й оточення, у яких перебуває людина [21].

Людина реагує не просто на ситуацію, а визначає її, одночасно визначаючи себе в цій ситуації, тим самим, фактично створюючи, «конструюючи» той соціальний і господарський світ, у якому вона живе. Основою визначення ситуації стає здоровий глузд людини (накопичені знання і практичний розум), зміст повсякденного знання [21].

Як зазначили американські соціологи У. Томас і В. Знанецький в 30-х роках ХХ сторіччя досліджували зміни, що відбуваються в родинах польських селян, що іммігрували в Америку і Німеччину та які опинилися в новій для них системі індустріальних відносин, результатом чого стала книга «Польський селянин у Європі й Америці». Ними був зроблений наступний висновок: для розуміння поведінки людей їхні індивідуальні уявлення, що впливають із індивідуального сприйняття навколишньої соціальної реальності набагато важливіше об'єктивно вимірюваних соціальних фактів, що описують цю реальність. Індивідуальний суб'єкт реагує тільки на свій досвід, а не на об'єктивні уявлення про ситуацію [21].

Таким чином, аналіз ситуації повинен іти за двома напрямками, що визначають:

- як ця ситуація описується в об'єктивно верифікуємих термінах;
- як вона визначається самою особистістю.

В той же час У. Томас визначив певну закономірність, що тепер називають теоремою Томаса: «Якщо ситуації визначаються як реальні, вони стають реальними за своїми наслідками» [21].

Наведемо коротку характеристику бачення детермінант поведінки людини, що сформувався в основних напрямках класичної психології [21].

У різноманітних психоаналітичних концепціях підкреслюється обумовленість поведінки людини схованими або «витиснутими» у несвідоме афективними комплексами. У певних умовах, наприклад, у стані екзистенціального вакууму, домінантами поведінки можуть стати мотиви сексуальні (за З. Фрейдом) або прагнення до влади (за А. Адлером) [21].

Екзистенціональний вакуум - відчуття безглуздості існування - широко розповсюджений феномен ХХ ст., що виник через подвійну втрату: «тваринних» інстинктів і традицій, що втратили свою регулюючу роль. Людина потрапляє в ситуацію, і коли немає захисних інстинктів, які говорять їй, що вона змушена робити, коли немає соціальних норм, які визначають, що вона повинна робити; а сама вона не знає, чого вона хоче; у результаті вона робить те, що хочуть інші. У слабкій формі «екзистенціональний вакуум» можна бачити на прикладі «недільного неврозу» - людина виривається із зайнятості робочого тижня, і порожнеча життя стає явною й для неї самої [21].

Якщо звертатися до думки біхевіористів, людина живе у світі стимулів, що викликають певну реакцію. Біхевіористичні теорії особистості прекрасно пояснюють закономірності так званої «ринкової поведінки», коли учасників спілкування займає насамперед питання точного розрахунку: яка користь буде

мною отримана і скільки я повинен затратити ресурсів (психологічних, моральних, матеріальних) у результаті даної взаємодії [21].

Універсальним і старим законом поведінки людини в рамках біхевіористичної моделі є «закон ефекту» Л. Торндайка, який полягає в тому, що зв'язок між стимулом і реакцією буде підсилюватися, якщо за реакцією слідує підкріплення. Стосовно соціальної поведінки особливу роль грають узагальнені «підкріплювачі», такі, наприклад, як гроші, або більш тонкі, що включають складні людські взаємини (увага, повага, схвалення інших) [21].

З погляду біхевіористів людина живе у світі стимулів, які впливають на неї, викликаючи відповідну реакцію, то для когнітивності людина перебуває у світі інформації, яку треба зрозуміти, оцінити, використовувати. Найбільш вдале метафоричне визначення когнітивного підходу в психології: «Человек прежде всего Думатель, а не Делатель», що підкреслює визнання за когнітивними процесами ролі головних детермінант соціальної поведінки [21,7].

Можна вважати, що сам вчинок часто є джерелом важливої інформації, яка дозволяє і спонукує формувати або змінювати думку про себе або про інших. Когнітивна психологія (Ж. Піаже, Д. Брунера, Т. Келлі) будується на положенні про вирішальну роль знання, пізнавальних структур у протіканні психічних процесів і поведінці людини [21].

Окрему думку стосовно детермінант людської поведінки мають представники гуманістичного підходу (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл), яких поєднує допущення про тенденцію особистості до самоактуалізації, до

збереження і збагачення свого досвіду. Людина, як стверджують психологи-гуманісти, самодетермінована у набагато більшому ступені, ніж можна уявити з наведених вище положень представників інших напрямків, які фактично відмовляють людині в можливості боротися із стимулами соціального або фізичного оточення, що зумовлюють її поведінку [21].

Також особливе місце займає позиція В. Франкла. Полемізуючи з З. Фрейдом, який якийсь відмітив, що з появою почуття голоду всі індивідуальні розходження в поведінці людей стираються, В.Франкл приводить свої спостереження у фашистських концтаборах, де з однаковим для всіх ростом почуття голоду люди стали більш різні у своїй поведінці. Те ж може розповісти будь-який ленинградець, що пережив блокаду 1941-1944 р.р.[21].

В. Франкл стверджує і навіть показує на емпіричному матеріалі, що в будь-якій ситуації людина має дві можливості (розвитку і деградації), і те, яка з них буде актуалізована, залежить більше від її рішення, вибору, ніж від умов реального, матеріального існування. Саме суб'єктивні підстави свідомо або несвідомо визначають вибір людини: протистояти або здатися. Дане положення вимагає розгляду проблеми свідомого вибору або вольової поведінки людини, а отже, і співвідношення свідомого і несвідомого в регуляції людської поведінки, про що і піде мова нижче [21].

Якщо звернутися до зовнішніх детермінант, що визначають поведінку людини. Вони пов'язані з особливостями середовища і оточення, у яких перебуває людина. По-перше, вона включена у систему персональних відносин (родинних, дружніх, партнерських) у рамках малих і більших груп від родини

до виробничого колективу, певної соціальної групи. По-друге, людина належить до певного етносу і формується в рамках певної цивілізації, що відрізняється своєю релігією та духовно-моральною культурою. Людські відносини занурені в контекст цієї культури, яка має свої норми, кодекси поведінки і, зокрема, поняття про те, що "раціонально", а що "нераціонально", що є добро, а що зло [21].

Звернемося до висновку С. Талкера: «Я зрозумів, що в мені не тільки біологічність і соціальність, але й інші "виміри" - моральні принципи, які сильніше інших детермінант. Одна моральність - це соціальні норми, інша моральність (духовність) має самостійне існування». В. Франкл, говорить про те, що людина не вільна від умов біологічної та соціальної природи, але здатна завжди протистояти їм, вона завжди зберігає свободу вибору свого до них відношення - у цій її свободі відкривається новий її вимір - духовний. Духовний світ людини, її моральність черпаються нею з того соціокультурного середовища, у якому вона стала особистістю, отримала соціалізацію, у тому числі й економічну [21].

Треба відмітити ,що важливим зовнішнім фактором є і соціально-економічне середовище, в якому сформувалась та живе особистість. З цього приводу М.Д. Кондратьєв зазначав: «Особи, що виступають на ринку в конкретному своєму вигляді виявляють, безсумнівно, завжди найбільше різноманіття, яке тільки можна спостерігати серед людей розвиненого суспільства. Але, відзначаючи розмаїтість окремих господарюючих осіб не можна забувати й зворотної сторони питання. Всі ці люди формуються в певних

і в основному подібних соціально-економічних умовах. І оскільки в основному є подібність і близькість в об'єктивних соціально-економічних умовах їхнього життя, не може не бути однаковості й у самих людях, і в їхній поведінці» [21].

Узагальнюючи бачення детермінант поведінки людини в основних напрямках класичної психології, необхідно зазначити, що всі напрямки мають підставу для існування, тому що з різних сторін розкривають складність, багатозначність феномена «людини». Вони не суперечать, а доповнюють один одного, тому що описують поведінку людини при відповідних умовах, а отже, правомірно говорити не про те, яка теорія вірніше, а про межі застосовності кожної з них. Але жодна з цих теорій не може охарактеризувати детермінанти поведінки людини цілісно, адже переважно визнає лише душевно-тілесну природу людини, а духовний вимір майже залишається за її межами, і тому дещо пізніше ми звернемося до християнської психології. Крім того, особливу увагу необхідно приділити з'ясуванню ролі свідомого та несвідомого у поведінці людини [18].

В якості чинників, що впливають на розвиток післяпологового неврозу, можна виділити:

1. Характелогічні характеристики особистості, акцентування темпераменту, характер.
2. Вік мами.
3. Психологічна не підготовка жінки до вагітності та пологів, неконструктивні стилі гестації.

4. Складні стосунки в сім'ї (між подружжям, з родичами), статус одинокої матері; соціальні труднощі.
5. Наявність обтяженої акушерської чи соматичної історії.
6. Наявність негативного минулого досвіду, пов'язаного з пологами.
7. Досліджено психологічною травмою дитячого анамнезу вагітної жінки.
8. Народження немовляти із відставанням у фізичному чи психічному розвитку (часто передчасно народженими дітьми), немовлята з «важким темпераментом».
9. Післяпологове перебування матерів та немовляти у палаті окремого перебування. Помічено значне погіршення настрою у пацієнтів, відокремлених від новонародженого через необхідність виживання або переходу до дитячої лікарні.
10. Наявність гострої стресової ситуації.
11. Сезонний фактор. Відповідно до спостережень психологів, у весняні та літні періоди у матерів спостерігаються менші прояви післяпологового неврозу, ніж восени та зимовий час.
12. Депресивні після пологи в історії молоді матері в сім'ї по жіночій лінії [22].

Також у літературі показано тісний зв'язок характеру емоційних розладів із вегетативними проявами у спокої та на фоні різних форм діяльності. Емоційно-вегетативні зв'язки виявлені як у здорових людей (конкретний їх тип визначається характером акцентуації практично здорових людей), так і при

різних формах патології. Вегетативні порушення закономірно супроводжують усі етапи поведження людини: формування потреби, а потім і мотивації, організації та здійснення діяльності, емоційної оцінки задоволення та незадоволення потреб [24].

Психологічна готовність жінки до материнства – певна спрямованість особистості жінки, яка у період вагітності сприяє процесу поетапного формування низки психологічних новоутворень вагітної та супроводжується фізіологічним перебігом вагітності [3].

З іншого боку здорові жінки з фізіологічним перебігом вагітності мають психоневрологічний профіль, який характеризується психічною рівновагою, вегетативно-емоційною стійкістю і низьким ступенем неспокою [9].

Не викликає сумнівів, що вагітність є надзвичайно складним та відповідальним періодом не тільки з суто біологічної точки зору, коли відбувається зачаття та внутрішньоутробний розвиток майбутньої дитини, а й з психологічної та навіть соціальної. Так, загальновідомо, що під час вагітності в організмі жінки відбуваються суттєві фізіологічні й психологічні зміни, які мають значний вплив на перебіг вагітності та пологів, розвиток плоду та стан новонародженого, а також готовність жінки до ситуації майбутнього материнства [26].

Висновки до першого розділу.

При аналізі теоретичних джерел було встановлено, що серед факторів виникнення емоційних порушень найбільше значення мають індивідуальні уявлення людини, що впливають із індивідуального сприйняття навколишньої

соціальної реальності, яке є набагато важливіше об'єктивно вимірюваних соціальних фактів, що описують цю реальність. Індивідуальний суб'єкт реагує тільки на свій досвід, а не на об'єктивні уявлення про ситуацію.

Також було встановлено, що фактори, які впливають на формування психологічної готовності жінки до материнства поділяються на: біологічні (особливості стану процесів у центральній нервовій системі, рівень нервово психічної стійкості); родинні (досвід міжособистісного спілкування у дитинстві, особливо по жіночій лінії); соціальні (економічно-культурний стан сім'ї, в якій виховувалася вагітна, особливості шлюбних взаємин у батьківській та власній сім'ї, а також матеріальне становище та освітньо-культурний рівень вагітної); психологічні (рівень особистісної тривожності та рівень особистісної зрілості); духовні (різні аспекти світського виховання, пов'язані з прищепленням певних моральних якостей, розуміння і привласнення таких моральних понять як честь, гідність, порядність, справедливість тощо) [11].

Емоційні розлади найчастіше виникають у жінок із такими особистісними рисами, як підвищена тривожність, негативний досвід попередніх розроджень.

Жінки, що зіткнулися з патологічним перебігом вагітності, проявляють сильне занепокоєння та стрес, в них формується установка на невдачу, що відображається на виношуванні дитини. На їхню думку, стан впевненості в собі можна досягти тільки після народження дитини, на відміну від вагітних з нормальним перебігом вагітності. У разі переживання хронічного стресу, викликаного психотравмуючою ситуацією, у цих жінок формуються різні

невротичні розлади, виражена астенизація організму, реакція «догляду», заперечення проблем, соматизація [8,105].

До особистих чинників емоційних порушень можна віднести: об'єктивно-особисті (вікові кризи, особливості) та суб'єктивно-особисті (особливості вищої нервової діяльності, темпераменту, наявність «минулого стресового досвіду», неадекватна самооцінка, підвищена особистісна тривожність, напруженість, агресивність, ригідність, мотиваційні особливості та ін.). Слід також враховувати чинники, що пов'язані з особливостями діяльності вагітної – учбовою, учбово професійною та професійною [29].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕРЕД ПОЛОГАМИ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОБТЯЖЕНИМ АНАМНЕЗОМ ПОПЕРЕДНЬОГО ДОСВІДУ РОЗРОДЖЕННЯ

2.1 Організаційно-методична процедура дослідження

Для проведення емпіричного дослідження детермінант емоційних порушень перед пологами вагітних жінок з обтяженим анамнезом попереднього досвіду розродження була розроблена програма, реалізація якої передбачала застосування комплексу методів, адекватних предмету дослідження. Зокрема, застосовувались синтез, теоретичні методи–аналіз, осмислення та узагальнення положень психологічної, медичної літератури, класифікація, структурно-функціональне моделювання; психо-діагностичні методи – тестові методики, анкетування.

Мета: дослідити психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх (постраждали мама і/або дитина).

Завдання:

- Провести тестування вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх (постраждали мама і/або дитина) ;
- Проаналізувати отримані емпіричні дані;
- Зробити узагальнення й висновки.

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Пологовий будинок №3» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя, вул. Бочарова, буд.11). Вибірку склали 55 осіб.

В ході психологічного дослідження психолог повинен дотримуватися ряду соціально-етичних вимог – принципів діагностики (принцип об'єктивності ,принцип наукової обґрунтованості, принцип конфіденційності, принцип не нанесення збитку, принцип ефективності та ін.).

Об'єкт: емоційна сфера вагітної жінки.

Предмет: психологічні детермінанти емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх.

Процедура емпіричного дослідження психологічних детермінант емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх проходила в три етапи.

На першому етапі дослідження серед вагітних жінок було проведено опитування за допомогою розробленої авторської анкети «Дослідження емоційних станів вагітних жінок», визначення рівня тривожності вагітних жінок в даний момент часу та взагалі була використана методика визначення шкали тривожності Спілбергера-Ханіна, визначення рівня негативних психічних станів у жінок у стані вагітності була використана методика Г. Айзенка «Діагностика самооцінки психічних станів».

На другому етапі було проведено підведення і аналіз результатів.

На третьому етапі були сформовані рекомендації щодо запобігання емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх (постраждали мама і/або дитина).

2.2 Аналіз результатів дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності

На першому етапі дослідження серед вагітних жінок було проведено опитування за допомогою розробленої авторської анкети «Дослідження емоційних станів вагітних жінок». В анкетуванні взяли участь 35 вагітних жінок у віці від 18 до 35 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 45 років.

На питання «Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)?» 90% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли, що мають, а 10% жінок, що не мають. 85% респонденток у віці від 35 до 45 років стверджують про наявність в них страху, тривоги та депресії, натомість 15% навпаки не відчують таких станів. Можна резюмувати, що переважна більшість всіх вагітних жінок все ж дуже хвилюються, оскільки досить важко виношувати дитину в умовах повномасштабного вторгнення РФ в Україну.

На питання «Яка по рахунку Ваша вагітність?» 55% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли-перша, 35%-друга, 10%-третя. 25% жінок у віці від 35 до 45 років відповіли - перша, 45%-друга, 20%-третя.

На питання «Чи маєте Ви негативний досвід попереднього розродження?» 5% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли-так, 95%-ні. 45% жінок у віці від 35 до 45 років відповіли-так ,65%-ні.

На запитання «Чи пропонувалися у закладі, де спостерігаєте вагітність, послуги перинатального психолога?» 60% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли-так,40%-ні. 45% жінок у віці від 35 до 45 років відповіли-так ,55%-ні.

На запитання «Чи задавали медичні спеціалісти запитання про емоційне самопочуття під час контрольних оглядів в консультації?» 55% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли що так, 25% сказали що іноді, і 20% надали відповідь ні. 35% вагітних жінок у віці від 35 до 40 років відповіли-так, 25% відповіли - іноді, 40% відповіли-ні.

На запитання «Чи пропонували пройти психологічні тести під час контрольних візитів до консультації для оцінки емоційного стану?» жінки 25% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли що так, 25% сказали що іноді, і 50% надали відповідь ні. 35% вагітних жінок у віці від 35 до 40 років відповіли-так, 35% відповіли -іноді, 30% відповіли-ні.

На запитання «Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності» 30% жінок у віці від 18–25 років відповіли, що відчують депресію, 55% тривожність, 20% – агресію, 20% – розгубленість, 25% – нестійкість уваги, 45% похмурість; 35% озлобленість; 30% – ворожість; 50% – поганий настрій; 55% роздратування; 20% – гнів та 70% невпевненість. Натомість відповіді на це ж запитання серед вагітних у віці від 35 до 40 років було розподілено наступним чином: 35% жінок відповіли, що відчують депресію, 55% тривожність, 25% –

агресію, 20% – розгубленість, 15% – нестійкість уваги, 45% похмурість; 55% озлобленість; 40% – ворожість; 80% – поганий настрій; 25% роздратування; 30% – гнів та 75% невпевненість.

На запитання «Чи відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?» 45% жінок у віці від 18 до 25 років відповіли що так, не вистачає підтримки від родини та близьких, 55% не вистачає підтримки від лікарів. Разом із тим відповіді на це ж запитання серед вагітних у віці від 35 до 40 років було розподілено таким чином: 65% жінок відповіли що так, їм не вистачає підтримки від родини та близьких, а решті 35% не вистачає підтримки від лікарів.

За результатами анкетування бачимо, що вагітним жінкам обох груп не вистачає психологічної підтримки. Результати даного анкетування довели необхідність поглибленого дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності та засвідчили необхідність розробки та впровадження ефективних заходів психологічної підтримки.

Отримані узагальнені результати за шкалою ситуативної (реактивної) тривожності Спілбергера-Ханіна показали, що лише 15% вагітних жінок у віці від 18-25 років був зафіксований низький рівень ситуативної тривожності, натомість в жінок у віці 35–40 років даний показник був трохи вищим і склав 35% жінок. Високі показники помірною рівня тривожності були зафіксовані у 55% вагітних жінок у віці від 35 до 40 років та в 45% вагітних жінок у віці від 18 до 25 років. В 40% вагітних жінок у віці від 18 до 25 років було діагностовано високий рівень тривожності, а в старшій групі таких жінок було

10% . Отримані результати засвідчили, що в даний момент часу переважна більшість жінок молодшого і старшого віку відчують середню та високу тривожність. Ці жінки є досить занепокоєними, напруженими та нервозними. Тобто можна сказати, що переважна більшість жінок перебуває в стресовому стані. Лише невелика частина всіх жінок має низький рівень ситуативної тривожності та відсутність стресу.

Для визначення рівня негативних психічних станів у жінок у стані вагітності була використана методика Г. Айзенка «Діагностика самооцінки психічних станів».

Були отриманні наступні результати: у 75% опитаних жінок віком від 18 до 25 років – високий рівень тривожності, 15% мають середній рівень, низький – 10%. Більшість респондентів тривожні, і лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. В жінок віком від 35 до 40 років низький рівень тривожності було виявлено в 10%, середній рівень 55% та високий рівень в 35%.

У вагітних жінок віком від 18-25 років низький рівень фрустрації був виявлений у 10%, середній рівень у 35% та високий рівень у 55%. У жінок віком від 35 до 40 років низький рівень фрустрації був виявлений в 15%, середній рівень у 30% та високий рівень у 55%. Такі результати молодих жінок можуть свідчити про високу агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай.

Під час дослідження агресивності вагітних жінок віком від 18 до 25 років за методикою Айзенка, було встановлено, що низький рівень агресивності

притаманний 15% , середній рівень 55%, високий 30%. У жінок у віці від 35 до 40 років було встановлено, що низький рівень агресивності переважає у 20%, середній рівень 50%, а високий 30%. Можна зробити висновок що жінки переважно мають помірну ворожість по відношенню до інших людей.

Результати діагностики рівня ригідності говорять про те, що у жінок від 18–25 років низький рівень ригідності був виявлений у 15%, середній у 50%, а високий у 35%. У жінок від 35 – 40 років низький рівень ригідності було виявлено у 20%, середній рівень у 55%, а високий рівень у 25%. Це свідчить про нерухливість почуттів, високу ступінь млявості.

Згідно результатів інших досліджень поширеність діагностованих протягом життя тривоги та депресії становила 13,6% і 11,3% відповідно, тоді як 10,6% повідомили про поточну депресію [31].

Результати інших досліджень підтверджують ідею про те, що вагітні також мають проблеми зі сном це є потенційними факторами ризику посилення симптомів депресії під час вагітності. Лікарі радять перевіряти якість сну на ранніх термінах вагітності.

Отримані результати свідчать про необхідність проведення корекційних заходів серед жінок цих груп, для зниження рівня тривожності, агресивності, ригідності, фрустрації [32].

2.3. Рекомендації жінкам щодо психопрофілактики та регуляції психоемоційних станів під час вагітності

Основними завданнями профілактики емоційних порушень є: вироблення у жінок позитивного ставлення до вагітності та сприйняття наступних пологів не як обов'язкового повторення негативного досвіду попередніх пологів, а як зовсім нової історії згідно з об'єктивною реальністю. Створення сприятливого емоційного фону та упевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, напрацювання навиків з подолання страху перед пологами.

Для запобігання емоційних порушень вагітних жінок перед повторними пологами з негативним досвідом попередніх необхідно використовуються спеціальні техніки:

1. Когнітивний перегляд своїх поглядів. Когнітивний перегляд своїх поглядів включає виявлення неадаптивних когніцій і установок.

2. Терапія пошуку альтернатив. Підшуковуючи альтернативні пояснення негативних переживань, вагітні мають навчатися бачити ірраціональність своїх переконань. Розглядаючи альтернативні способи вирішення психологічних і ситуаційних проблем, вагітні мають вміти знаходити виходи з положень, які здавалися раніше безвихідними.

3. Когнітивна репетиція. Представляючи собі той чи інший вид діяльності, вагітні жінки повідомляють про перешкоди та конфлікти, які мають бути обговоренні [1, 32].

4. Заохочення емоційної розрядки допомагає знизити інтенсивність неприємних емоцій. Пацієнти можуть відчувати симпатію до себе або направити свій гнів на інших. Викликаючи у пацієнта здивування за допомогою іронії або заохочуючи до цікавої діяльності, психотерапевт може понизити поріг для печалі. Крім того, навчаючи пацієнта ігнорувати неприємні почуття, також можна підвищити поріг для психічного болю [1, 22].

5. Для подолання негативних психічних станів у жінок у стані вагітності також доцільно використовувати раціональну-емотивну терапію (RET) (Ellis, 1988b, 1989, 1993) [1, 23].

6. Одним із завдань терапії є допомога вагітним в усуненні або ослабленні ірраціональних наслідків (IC), або емоційних порушень. Іншим завданням є зменшення тривоги (самозвинувачення), ворожості і гніву (звинувачення інших або обставин). Ще одне завдання це забезпечення жінок методом розумного аналізу їх власних порушень, за допомогою якого вони зможуть підтримувати стан мінімальної тривожності і ворожості (Ellis & Harper, 1975). Психотерапія, згідно Елліс, являє собою лікування нерозумності здоровим глуздом. Незважаючи на існування інших способів контролювання емоцій – за рахунок електричних і хімічних процесів, використання сенсомоторних технік або будь-яких дій, продиктованих любов'ю і повагою до іншої людини, – психотерапія робить все це за рахунок використання церебральних процесів. Люди, як істоти мислячі, здатні уникати більшості емоційних порушення або нещастя, навчившись мислити розумно. Завдання психотерапевта – допомогти вагітним жінкам позбутися алогічних,

іраціональних ідей і установок, замінити їх логічними, раціональними ідеями і установками (Ellis, 1989). Перший крок в цьому процесі – показати вагітним, що ці ідеї і установки алогічні, роз'яснити, чому це так, продемонструвати (за допомогою моделі А-В-С) взаємозв'язок між іраціональними ідеями, з одного боку, і нещастями і емоційними порушеннями, з іншого. Елліс вважає, що це робиться в більшості психотерапевтичних підходах, однак це робиться пасивно, побічно і далі цього не йде [14, 138].

Другим кроком в раціонально-емотивній терапії є допомога вагітним жінкам в усвідомленні того, що їхні емоційні порушення підтримуються за рахунок алогічного мислення; інакше кажучи, їх власне іраціональне мислення в сьогоденні, проте зовсім не зберігається вплив ранніх подій, які обумовлюють їх стан.

Третій крок терапевтичного процесу – допомогти клієнтам змінити їх мислення і відмовитися від іраціональних ідей. Якщо при деяких підходах передбачається, що клієнти зроблять все це самостійно, прихильники раціонально емотивної терапії усвідомлюють, що алогічне мислення може бути настільки сильним, що клієнти не можуть досягти змін без допомоги ззовні. Таким чином, терапія переважно складається з оскарження іраціональних переконань (disputing, D). Передбачається, що в процесі оскарження виникають бажані когнітивні ефекти (cognitive effects, cE), емоційні ефекти (emotional effects, eE) і поведінкові ефекти (behavioral effects, bE). Четвертий і заключний крок передбачає вихід за обговорення конкретних алогічних ідей клієнтів; розглядаються іраціональні ідеї в цілому (такі як згадані вище одинадцять)

поряд з більш раціональною філософією життя. В результаті цього процесу клієнти засвоюють раціональну філософію життя; ірраціональні установки і переконання замінюються раціональними. Таким чином, вдається позбутися від негативних емоцій, а також само руйнівної поведінки (Ellis, 1962) [28, 205].

Висновки до другого розділу.

Для досягнення результатів дослідження та вирішення поставлених завдань нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Пологовий будинок №3» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя, вул. Бочарова, буд.11). Вибірку склали 55 осіб. Були використані наступні методи для дослідження негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності: опитування за допомогою розробленої авторської анкети «Дослідження емоційних станів вагітних жінок з обтяженим анамнезом попереднього досвіду розродження», методика визначення шкали тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI); методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка. В дослідженні взяли участь 35 вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 40 років. Отримані результати проведеного дослідження засвідчили, що для молодих вагітних жінок характерними є висока та помірна тривожність. Для даних жінок притаманний такий негативний стан як розгубленість, тобто гостре відчуття невміння, безпорадності, нерозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану.

Надано рекомендації жінкам щодо психопрофілактики (регуляції) психоемоційних станів під час вагітності. Під час вагітності і народження

дитини мають бути активізовані багаторівневі психічні ресурси особистості жінки, укріплені такі психічні функції, як самоконтроль, воля, цільові установки і найважливіші життєві екзистенції. Досвід свідчить, що застосування психотерапевтичних та психокорекційних заходів необхідно для психокорекції психосоматичного стану жінок, а також для формування позитивної мотивації вагітності та формування домінанти пологів [12].

Під час вагітності відбуваються й певні трансформації у міжособистісних стосунках як в середині подружньої пари, так і у взаєминах майбутніх батьків з близьким та далеких оточенням, що надає змінам, які відбуваються під час процесу гестації, значного соціального забарвлення [33].

Зважаючи на різноманітні соціальні, економічні, екологічні та політичні обставини в країні, сьогодні гостро постає питання про супровід жінки під час вагітності, особливо впровадження психопрофілактичної підготовки до пологів, який повинен включати комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів [15, 16].

ВИСНОВКИ

В результаті мета-аналізу літератури було з'ясовано сутність поняття вагітності, як психологічного і фізіологічного стану. Вагітність жінки можна вважати якісно новим станом психіки та організму вагітної жінки.

Надана характеристика психоемоційним станам вагітних жінок, зокрема, негативні. До основних психоемоційних негативних станів в період вагітності належать: емоційний стрес, дратівливість, тривожність невротичний стан, зменшена стресостійкість, посилена емоційність, навіюваність, зміна настрою, пригніченість тощо.

Також було визначена сутність психоемоційних станів особистості. Встановлено, що психоемоційний стан – це складний психічний стан відображення у формі переживання значущості впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів.

При аналізі теоретичних джерел було встановлено, що серед факторів виникнення емоційних порушень найбільше значення мають індивідуальні уявлення людини, що впливають із індивідуального сприйняття навколишньої соціальної реальності, яке є набагато важливіше об'єктивно вимірюваних соціальних фактів, що описують цю реальність. Індивідуальний суб'єкт реагує тільки на свій досвід, а не на об'єктивні уявлення про ситуацію.

Емоційні розлади найчастіше виникають у жінок із такими особистісними рисами, як підвищена тривожність, негативний досвід попередніх розроджень.

Жінки, що зіткнулися з патологічним перебігом вагітності, проявляють сильне занепокоєння та стрес, в них формується установка на невдачу, що відображається на виношуванні дитини. На їхню думку, стан впевненості в собі можна досягти тільки після народження дитини, на відміну від вагітних з нормальним перебігом вагітності. У разі переживання хронічного стресу, викликаного психотравмуючою ситуацією, у цих жінок формуються різні невротичні розлади, виражена астенизація організму, реакція «догляду», заперечення проблем, соматизація [8, 105].

До особистих чинників емоційних порушень можна віднести: об'єктивно-особисті (вікові кризи, особливості) та суб'єктивно-особисті (особливості вищої нервової діяльності, темпераменту, наявність «минулого стресового досвіду», неадекватна самооцінка, підвищена особистісна тривожність, напруженість, агресивність, ригідність, мотиваційні особливості та ін.). Слід також враховувати чинники, що пов'язані з особливостями діяльності вагітної – учбовою, учбово професійною та професійною [13].

Було проведено емпіричне дослідження вираженості негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження нами було розроблено експериментальне дослідження, яке проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Пологовий будинок №3» Запорізької обласної ради. Вибірку склали 55 осіб. Було проведено анкетування вагітних жінок, яке дало можливість визначити, що психологічні або емоційні проблеми під час вагітності мають 90% жінок у віці від 18 до 25 років. 85% респонденток у віці

від 35 – до 40 років стверджують про наявність в них страху, тривоги, натомість 25% навпаки не відчують таких станів. Можна зробити висновок, що переважна більшість всіх вагітних жінок все ж дуже хвилюються, оскільки досить важко виношувати дитину в умовах військового стану в державі.

Були використані наступні методики для дослідження негативних психоемоційних станів у жінок в період вагітності: методика визначення шкали тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI); методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка. В дослідженні взяли участь 35 вагітних жінок у віці від 18 до 25 років та 20 вагітних жінок у віці від 35 до 40 років. Отримані результати проведеного дослідження довели, що для молодих вагітних жінок характерними притаманний такий негативний стан як розгубленість, тобто гостре відчуття невміння, безпорадності, нерозуміння самих простих ситуацій та змін свого психічного стану. Типовою є нестійкість уваги. Для обох груп жінок характерним є такий негативний стан як тривога, тобто неясне, незрозуміле самій собі відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Для вагітних жінок у віці від 35 до 40 років характерною є похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями. Для жінок віком від 18 до 25 років був виявлений – високий рівень тривожності. Більшість респондентів тривожні, і лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. В жінок віком від 35 до 40 років низький рівень тривожності було виявлено 10%, середній рівень 55% та високий рівень в 35%.

Нами були надані рекомендації вагітним жінкам з емоційними порушеннями перед пологами з обтяженим анамнезом попереднього досвіду розродження щодо психопрофілактики психоемоційних станів під час вагітності. Основними завданнями психопрофілактики психоемоційних станів вагітних до пологів є: сприйняття пологів як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону та упевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, вироблення навиків з подолання страху перед пологами. Для запобігання емоційних порушень у вагітних жінок з обтяжувачим анамнезом попереднього досвіду розродження необхідно використовувати спеціальні техніки: планування діяльності; градуйовані за ступенем складності завдання; терапія майстерності і задоволення; когнітивний перегляд своїх поглядів; терапія пошуку альтернатив; когнітивна релетиція тощо.

Лікарям слід рекомендувати під час консультацій звертати увагу на характерологічні особливості жінки, її емоційні та вольові якості, ставлення до вагітності, характер взаємин у родині, на; явність психічних травм, уточнювати уявлення вагітної про пологи, обґрунтованість страху перед ними, страх болю.

Основними завданнями психофізичної підготовки вагітних до пологів є: вироблення у жінок свідомого ставлення до вагітності та сприйняття пологів як логічного фізіологічного процесу, створення сприятливого емоційного фону та упевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, вироблення навиків з подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям.

Було встановлено, що серед факторів виникнення емоційних порушень найбільше значення мають індивідуальні уявлення людини, що впливають із індивідуального сприйняття навколишньої соціальної реальності, яке є набагато важливіше об'єктивно вимірюваних соціальних фактів, що описують цю реальність. Індивідуальний суб'єкт реагує тільки на свій досвід, а не на об'єктивні уявлення про ситуацію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*, 2017. 32-34с.
2. Анчева І.А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів.
3. Астахов В.М. Психоемоційна напруженість як фактор впливу на закінчення пологів. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*, 1995. 40-41с.
4. Бацилева О.В. Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції, 2021.
5. Ващенко І.В., Даниленко Н.В. Діагностика психічного стану вагітних жінок: *Наука і освіта*, 2004. 7-11с.
6. Воронін К.В. Психосообистісна характеристика жінок у окремі критичні періоди життя. / за ред. К.В. Воронін, К.Б. Акімова, О.П. Рогачевський: *Вісник асоціації акушерів-гінекологів України*, 2000. 47-54с.
7. Воронін К.В., Кімова К.Б., Рогачевський О.П. Психосообистісна характеристика у жінок в окремі критичні періоди життя: *Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України*, 2000. 47-55с.
8. Гасюк М. Використання психомалюнку для психологічної підготовки вагітної жінки до пологів (30-40 тижні вагітності): *Психологія і суспільство*, 2016. 104-149с.

9. Гайструк Н.А. Сучасний напрямок оцінки психоемоційного стану у вагітних із гіпертензивними розладами: Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
10. Горностаєв П.П. Рольові конфлікти: теорія і практика: *Конфлікти в суспільстві: діагностика і профілактика*: матеріали 3 міжнар. наук.–практ. конф. Чернівці, 1995. С. 134–137.
11. Даниленко Н.В. Робота психолога у подоланні невротичних розладів у вагітних: *Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія*. Харків, 2006. Вип. 20. Ч.1. С.50-59.
12. Жук А.В., Психологічна готовність жінок до народження дитини. *Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я*: матеріали міжнар. наук. практ. конф., 2005. С. 58–62.
13. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В., Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ. *Педагогічна думка*, 2016. 219 с.
14. Кириленко Т. С. Емоційні переживання в процесі самореалізації особистості. *Наука і освіта*. 2016. № 9. С. 71-74.
15. Кокун О.М. Психофізіологія.
16. Компанієць В.В., Шраменко О.В. Економічна психологія Конспект лекцій: в 3-х частинах. Харків, 2012. 80с.
17. Нікогосян Л.Р. Принципи організації психопрофілактичних заходів у вагітних жінок. / за ред. Л.Р. Нікогосян, К.В. Аймедов, О.В. Сазонов. *15й Міжн. мед. конгрес студентів та молодих вчених*. Тернопіль, 2011. 181с.

18. Піотрович Л.М. Стан репродуктивного здоров'я населення України. *Вісник наукових досліджень*. 2004. № 2. 82-86с.
19. Подольський В.В. Стан імунітету у жінок фертильного віку з алкогольною інтоксикацією: *Збірник наукових праць Асоціації акушерів гінекологів України* / за ред. В.В. Подольський, В.П. Чернишов, Л.А. Охріменко 2009. С. 471–480с.
20. Пріб Г.А. Медикосоціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих. *Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини*. 2009. Т. 1, № 2 (2). С. 15–20с.
21. Проскурняк О. П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі. *Психологія: зб. наук. праць* (Київ. нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова). 2004. Вип. 24. 18–27с.
22. Родіна Н. В. Патопсихологія з елементами нейропсихології: навч.-метод. посіб. для студентів ВНЗ. Донецьк: Східний видавничий дім; Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова, 2015. 195 с.
23. Романенко І.Ю., Романенко І.В., Муравляник Л.В., Глуценко В.Р. Особливості психоемоційного стану жінок із загрозою переривання вагітності, які проживають в зоні проведення АТО: *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. Випуск 2. 2017.
24. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги : навчально-методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей. *Лікувальна справа та педіатрія*. Запоріжжя, 2017. 72с.

25. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія.
26. Davidson J.R.T. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder: *J. Clin. Psychiatry*. 2001. Vol. 62. P. 46–50, pp 18.
27. Deutsch H., Roazen P. The Psychoanalysis of Sexual Functions of Women, 1991.
28. Dunkel-Schetter C. Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current Directions in Psychological Science*. 2009. №18. pp.205–209.
29. Li X. Unfolding the action of progesterone receptors. X. Li, B.W. O'Malley: *J. Biol. Chem.* 2003. Vol. 41. pp. 39261–39264.
30. Pines D. A Woman's Unconscious Use of Her Body: *A Psychoanalytical Perspective*, Routledge, 2010, pp.57.
31. Silveira ML. Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. ML Silveira, BW Whitcomb, P Pekow et al.: *J Public Health Dent*. 2016. Winter, V. 76 (1). P.56-64. doi: 10.1111/jphd.12112. Epub 2015 Aug 13.
32. Skouteris H. Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. H. Skouteris, E.H. Wertheim, C. Germano: *Women's Health Iss*. 2009. N 19. P. 45–51.
33. Slattery D.A. No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsive of the maternal brain *J Physiology*, 2008 Jan 15

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета дослідження емоційних станів вагітних жінок

1. Ваш вік _____
2. Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)? а) Так; б) Ні;
3. Яка по рахунку Ваша вагітність _____
4. Чи маєте Ви негативний досвід попереднього розродження?
а) Так; б) Ні.
5. Пропонувалися у закладі, де спостерігаєте вагітність, послуги перинатального психолога? а) Так; б) Ні;
6. Чи задавали медичні спеціалісти запитання про емоційне самопочуття під час контрольних оглядів в консультації? а) Так; б) Ні; в) Іноді;
7. Пропонували пройти психологічні тести під час контрольних візитів до консультації для оцінки емоційного стану? а) Так; б) Ні; в) Іноді;
8. Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності: а) Депресія; б) Тривожність; в) Агресія; г) Розгубленість; д) Нестійкість уваги; е) Похмурість; є) Озлобленість; ж) Ворожість; з) Поганий настрій; и) Роздратування; і) Гнів; й) Невпевненість; к) Ваш варіант _____
9. Відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?
а) Ні, все добре б) Так, не вистачає підтримки від родини та/або близьких в) Так, не вистачає підтримки від лікарів

Дякуємо за відповіді!

Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна

А) Шкала ситуативної тривожності

Інструкція: Уважно прочитайте кожен з наведених нижче пропозицій і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних та неправильних відповідей немає (табл.1).

Таблиця 1

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	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 відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4

10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	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

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає (табл.2).

Таблиця 2

Шкала самооцінки особистісної тривожності

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
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.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе батьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно 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 занадто близько до серця	1	2	3	4

32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся 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.	Усякі 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 сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботу	1	2	3	4

Обробка результатів.

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1. $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20)

2. $OT = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Додаток В

Методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів»

Мета: Тест дозволяє оцінити деякі не адаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність, ригідність).

Інструкція: Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал. Якщо не збігається з вашим станом 0 балів (табл.3).

Таблиця 3

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості			
2	Часто червонію без причини			
3	Мій сон мене непокоїть			
4	Легко починаю нудьгувати			
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві			
6	Мене лякають труднощі			
7	Люблю аналізувати свої недоліки			

8	Мене легко переконати			
9	Я підозрілива			
10	Важко перенешу час очікування			
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід			
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом			
13	У неприємних ситуаціях я схильна без поважних причин звинувачувати себе			
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать			
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною			
16	Я часто почуваю себе беззахисною			
17	Іноді у мене буває стан відчаю			
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами			
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли			
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними			

21	Залишаю за собою право вирішального голосу			
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника			
23	Мене легко розсердити			
24	Люблю робити зауваження іншим			
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих			
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого			
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую			
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися			
29	У мене різка, грубувата жестикуляція			
30	Я злопам'ятна			
31	Мені важко змінювати звички			
32	Нелегко переключати увагу			
33	З обережністю ставлюся до всього нового			
34	Мене важко переконати			
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно			

	позбутися			
36	Нелегко зближуюся з людьми			
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану			
38	Я проявляю впертість			
39	Неохоче йду на ризик			

Методика оцінювання.

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

- I. 1-10-те питання - тривожність;
- II. 11-20-те питання - фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);
- III. 21-30-те питання - агресивність;
- IV. 31-40-ве питання - ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів.

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.