

## ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ В ЖІНОК ІЗ ЗАПЛАНОВАНОЮ І НЕЗАПЛАНОВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ

### PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATION DOMINANT IN WOMEN WITH PLANNED AND UNPLANNED PREGNANCY

На думку більшості вчених, одним із детермінуючих факторів, що впливають на розвиток кожної людини, є період внутрішньоутробного розвитку. За результатами багаторічних досліджень, встановлено, що психоемоційний стан майбутньої матері під час вагітності закономірно впливає на перебіг вагітності й пологів, на внутрішньоутробний розвиток дитини та, як наслідок, на її особистість у дорослому віці. Неодноразово доведено, що в спокійних матерів народжувалися й росли емоційно більш стабільні діти, ніж у жінок, які в період вагітності були схильні до стресів.

Не можна не звернути увагу на дані статистики: кількість абортів в Україні на період 2020 року становить 61048, найбільша кількість – у молодих жінок 20–34 років. Аналогічні показники спостерігаються також у випадках передчасних пологів, порушень пологової діяльності, а також народження хворих і недоношених дітей.

Виникає закономірне питання: наскільки добре розвинена система надання психологічної допомоги вагітним жінкам? Наскільки ретельно проводиться психологічна діагностика емоційного стану, визначення бажаної або небажаної вагітності, а також психологічний супровід жінок на різних термінах вагітності.

Вивчення психологічного стану жінок під час виношування дитини дає змогу припустити, що у вагітності є власна, властива їй динаміка загострення й ослаблення наявних у жінки проблем і різних психоемоційних аспектів сприйняття свого стану та відповідної поведінки. Особливо характерним аспектом загострення всієї наявної особистісної, психоемоційної та соціальної проблематики є незапланована вагітність

Дослідження особливостей психологічного компонента гестаційної домінанти в жінок із запланованою та незапланованою вагітністю допоможе знайти дієві шляхи і стратегії щодо запобігання виникненню складних психологічних ситуацій, що в результаті зможе призвести до зниження кількості абортів, ускладнень у перебігу вагітності й пологів (як фізіологічних, так і психологічних), а також сприятиме народженню здорових дітей.

**Ключові слова:** запланована й незапланована вагітність, психологічний компонент

гестаційної домінанти, акушерство й гінекологія, клінічна психологія, спостереження вагітності.

According to most scientists, one of the determining factors influencing the development of each person is the period of fetal development. According to the results of many years of research, it has been established that the psycho-emotional state of the future mother during pregnancy naturally affects the course of pregnancy and childbirth, the fetal development of the child and, as a consequence, his personality in adulthood. It has been repeatedly proven that calm mothers gave birth to and grew emotionally more stable children than women who were prone to stress during pregnancy.

We can not ignore the statistics – the number of abortions in Ukraine in 2020 is 61048, the largest number – among young women 20–34 years. Similar indicators are observed in cases of premature birth, birth defects, as well as the birth of sick and premature babies.

A natural question arises: how well developed is the system of providing psychological assistance to pregnant women? How carefully is the psychological diagnosis of emotional state, determination of desirable or undesirable pregnancy, as well as psychological support of women at different stages of pregnancy.

The study of psychological state of women during childbirth suggests that pregnancy has its own, inherent dynamics of exacerbation and weakening of existing problems in women and various psycho-emotional aspects of perception of their condition and behavior. A particularly characteristic aspect of the exacerbation of all existing personal, psycho-emotional and social issues is unplanned pregnancy

Exploring the psychological component of gestational dominance in women with planned and unplanned pregnancies will help find effective ways and strategies to prevent complex psychological situations, which in turn can lead to a reduction in abortions, complications during pregnancy and childbirth (both physiological and psychological), as well as promote the birth of healthy children.

**Key words:** planned and unplanned pregnancy, psychological component of gestational dominance, obstetrics and gynecology, clinical psychology, pregnancy observation.

УДК 159.9.072:[618.2:613.888.15]-055.2  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.24>

#### Молотокас А.А.

доктор філософії в галузі психології,  
асистент кафедри психодіагностики  
та клінічної психології  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

#### Діденко С.В.

к.мед.н.,  
доцент кафедри психодіагностики  
та клінічної психології  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

Вступ. Вагітність – складний і психологічно багатогранний стан жінки. Важливість і значимість цього періоду у формуванні повноцінних відносин у системі мати – дитина важко переоцінити. Науковці виділяють низку компонентів, що характеризують особистісну сферу жінок у зв'язку з народженням дитини: зміна соціального статусу; набуття нової соціальної ролі; зміни в суспільному житті жінки (перерва чи відмова від кар'єри, тимчасова неприцездатність, зниження рівня матері-

ального забезпечення); соціальні установки; модель батьківської сім'ї самої жінки; конкретно-культурна модель переживання матір'ю ставлення до дитини й своїх функцій. Таким чином, емоційний фон вагітності визначають багато факторів: психологічні й особистісні особливості майбутньої матері, її взаємини з чоловіком і найближчим оточенням, а також уся історія існування емоційних зв'язків у батьківській сім'ї (особливо з матір'ю). Для кожної жінки вагітність сама по собі є неспецифічним

стресом, який по-різному проявляється залежно від особливостей особи вагітної жінки та може спровокувати виникнення особистісних проблем [3, с. 66].

У сучасній акушерській практиці велике значення приділяється таким аспектам у реалізації діяльності, як спостереження й оцінка фізичного стану жінок протягом усього періоду вагітності, успішне розродження, а також спостереження за породіллю й немовлям у післяпологовий період. Однак, на наш погляд, у процесі вирішення цих, поза всяким сумнівом, важливих завдань певною мірою знижується ступінь оцінки психоемоційного стану жінок у період усього терміну гестації [1, с. 33].

Аршавський, ґрунтуючись на вченні А.А. Ухтомського сформулював визначення терміна «гестаційна домінанта». Це поняття має на увазі забезпечення спрямованості всіх найважливіших реакцій організму вагітної на формування сприятливих умов для розвитку плоду, забезпечуючи таким чином народження здорової дитини.

У загальновідомій класифікації гестаційної домінанти прийнято виділяти два компоненти – фізіологічний і психологічний. Фізіологічний компонент визначається біологічними змінами, психологічний – психічними змінами. Так чи інакше лише за гармонійної взаємодії двох компонентів можливе виношування, народження та виходжування здорової дитини. Психологічний компонент гестаційної домінанти (далі – ПКГД) розуміє під собою наявність безлічі механізмів психологічної саморегуляції, які спрямовані на забезпечення безпеки гестації та створення гармонійних умов розвитку дитини. При цьому також відбувається формування позитивного ставлення матері до вагітності, зміна в її поведінці, що забезпечує безпеку й гармонійне протікання гестації [8, с. 150].

І.В. Добряков під час своїх досліджень, проаналізувавши анамнестичні відомості, а також провівши безліч розмов із вагітними жінками, виділив п'ять основних типів психологічного компонента гестаційної домінанти: ейфоричний, тривожний, оптимальний, депресивний і гіпогестогнозичний. Розглянувши класифікацію типів психологічних компонентів гестаційної домінанти, ми можемо з упевненістю відзначити, що кожен із них має своєрідні складнощі в аспекті формування позитивного ставлення до вагітності й виховання дитини. При цьому велику роль відіграють і сімейні взаємини, характер вагітної, тип акцентуації, мотиви та потреби тощо. Поза всяким сумнівом, завдання фахівців своєчасно спостерігати й відзначати зміни в поведінці жінок, сприяти нормалізації їхнього стану, реалізації не тільки успішного перебігу вагітності й успішного розродження, а й адекватного сприйняття жінкою статусу «мама», прагнення дбати про малюка

та виховувати його як повноправну частину соціуму [5, с. 48].

Визначення типу ПКГД може суттєво допомогти розібратися в ситуації, за якої дитина була виношена й народжена, як складалися взаємини в сім'ї у зв'язку з її народженням, яким чином формувалася стиль сімейного виховання. Однак не можна не звернути увагу ще на один аспект становлення психологічного компоненту гестаційної домінанти – незаплановану вагітність, яка за певних обставин робить вагітність небажаною й такою, що потребує переривання.

До аспектів небажаної вагітності належать:

- абсолютна відсутність готовності, найголовніше, бажання в жінки стати матір'ю, будь-яка думка про вагітність і народження малюка викликає страх і тривогу;
- відсутність готовності до материнства на певному етапі життєвого шляху;
- небажання брати на себе відповідальність;
- сприйняття дитини як тягаря;
- страх перед значними змінами власного тіла;
- страх пологів, страх за своє життя, страх того, що дитина народиться з вадами [2, с. 107].

Оптимальний тип ПКГД характерний для вагітних, які без тривоги, але з необхідною відповідальністю ставляться до свого нового стану й готуються до прийняття нової соціальної ролі. І.В. Добряковим встановлено, що оптимальний тип психологічного компоненту гестаційної домінанти надалі сприятиме формуванню демократичного стилю виховання, що позитивним чином впливатиме на становлення та реалізацію особи дитини [6, с. 153].

Гіпогестогнозичний тип ПКГД передбачає слабо виражені знання про важливість правильної поведінки під час вагітності. Жінки в принципі не проти народження дитини, проте вони не готові будь-що змінювати у своєму житті, відмовлятися від звичок, що склалися. Дуже часто вагітність сприймається як небажаний факт. При цьому навіть якщо вагітність зберігається, як правило, спосіб життя не змінюється.

Під час аналізу робіт І.В. Добрякова доходимо висновку, що у сфері ставлення до дитини відзначаються такі характерні поведінкові риси: виховання малюка лягає на плечі бабусь і няні, при цьому сама мати виправдовує свою поведінку надмірною зайнятістю. У результаті формується стиль виховання і взаємин із дитиною, яка може виражатися в гіпопротекції, емоційному запереченні дитини, а також зниженні батьківських почуттів. У результаті дитина може зрости як егоїстом, так і асоціальною особистістю, не здатною до прояву емоцій [8, с. 147].

Ейфоричний тип ПКГД найчастіше характерний для жінок з істеричними рисами особистості. У низці випадків може характеризувати жінок, які протягом тривалого часу лікувалися від безпліддя. Характерною особливістю є прояв таких рис:

- вагітність стає оптимальним засобом маніпуляції – жінка намагається перебудувати стосунки з чоловіком і його родичами з метою придбання вигоди собі;

- з'являється можливість привернути увагу до себе, до свого становища. Жінка може зображати нездужання, перебільшувати актуальні проблеми.

Після народження дитини зберігаються риси «дитячої» поведінки: страх відповідальності, бажання підтримки з боку родичів. При цьому в низці випадків можуть спостерігатися ревності до дитини, якщо родичі приділяють малюку більше уваги, ніж породіллі. І надалі, на думку І.В. Добрякова, під час реалізації виховних аспектів відзначається деяке розширення батьківських почуттів щодо дитини, але може виникати потураюча гіперпротекція, що призводить до зниження самостійності дитини, порушення адаптації у соціумі [7, с. 281].

Тривожний тип ПКГД включає основну характерну рису – високий рівень тривожності, яка може вплинути на соматичний стан жінки під час вагітності. При цьому необхідно якомога раніше визначити причину тривоги. Причина тривоги може бути обґрунтованою, але в низці випадків причини можуть бути надуманими: без явного підґрунтя, при повному фізичному, сімейному, фінансовому благополуччі майбутню матір починають відвідувати необґрунтовані страхи. Згідно з ідеєю І.В. Добрякова, у цьому випадку формується стиль домінуючої гіперпротекції: високий ризик виховання дитини, яка буде не впевнена в собі, не самостійна, при цьому складно адаптована в суспільстві, унаслідок цього можуть розвинути різні психоемоційні порушення, самошкодjuвальна поведінка [4, с. 83].

Депресивний тип ПКГД проявляється насамперед різко зниженим фоном настрою у вагітних. У чомусь прояви схожі на компонент тривожного типу, проте в цьому випадку сильніші й складніше піддаються стабілізації: жінка, яка мріяла про дитину, може стверджувати, що тепер не хоче її, не вірить у свою здатність виносити та народити здорову дитину, боїться померти під час пологів. Відхилення в процесі сімейного виховання при цьому типі ПКГД аналогічні тим, що розвиваються при тривожному типі, але більш виражені. Зустрічаються також емоційне заперечення, жорстоке поводження. При цьому мати відчуває почуття провини, що посилює її стан. У такому випадку формується низька самооцінка, порушення поведінки в дитини, яка в результаті може призвести до девіантної поведінки [5, с. 47].

Ми можемо з упевненістю відзначити, що кожен із типів ПКГД має своєрідні складнощі в аспекті формування позитивного ставлення до вагітності й виховання дитини. Завдання фахівців – своєчасно спостерігати та відзначити зміни в поведінці жінок, сприяти нормалізації їхнього психологічного стану.

У дослідженні психологічного компонента гестаційної доміанти в жінок із запланованою та незапланованою вагітністю взяло участь 100 вагітних жінок, із яких 75 із запланованою вагітністю і 25 із незапланованою. Вік жінок – від 21 до 45 років. Використана методика «ТОБ» («Тест отношений беременной») І.В. Добрякова (тест взаємин вагітної), що дає змогу визначити тип психологічного компонента гестаційної доміанти у вагітної та прослідкувати, як ці показники взаємодіють із тими про очікування вагітності

Загальний розподіл типів психологічного компонента гестаційної доміанти серед вагітних жінок представлений на рис. 1.

Серед жінок, у яких вагітність була незапланована, більшість мають депресивний тип ПКГД (32%) (це ті, хто відзначає, що вагітність зруйнувала їхні плани, і не може виховати дитину, дати їй гідний рівень виховання й життя). Ще в 32% спостерігається гіпогестогнозичний тип, вони недостатньо усвідомлено підходять до вагітності та виношування дитини, сподіваючись на міцне здоров'я дитини або ж не приділяючи уваги забезпеченню умов для її спокійного розвитку, продовжуючи займатися активними справами, навчанням, роботою. У 20% жінок із незапланованою вагітністю виявлено оптимальний тип ПКГД, вони, хоча й не очікували вагітності, усе одно гарно сприйняли цю новину, докладають зусиль для дотримання здорового способу життя, забезпечення умов для повноцінного розвитку, позитивно сприймають себе як майбутню маму та гарно ставляться до ненародженої дитини.

На противагу цьому, ми можемо побачити, що в жінок, вагітність яких була запланованою, переважає тривожний тип ПКГД (34,7%). Це може говорити про більш відповідальне ставлення жінок до вагітності, що призводить до підвищення рівня тривоги про здоров'я дитини, можливості організму для виношування, острах про появу патології вагітності або екстрагенітальної патології. Можна припустити, що жінки із запланованою вагітністю могли заздалегідь до неї готуватися або така вагітність є довгоочікуваною для пари.

Висновки з проведеного дослідження. Характер ставлення до вагітності може з великою вірогідністю вплинути на її протікання, психологічний стан жінки та ставлення до материнства. Група жінок, вагітність яких буда неочікуваною, незапланованою, може бути віднесена до групи ризику появи тривожно-депресивних та інших дезадаптуючих розладів. Жінки цієї групи потребують ранньої допомоги психолога для

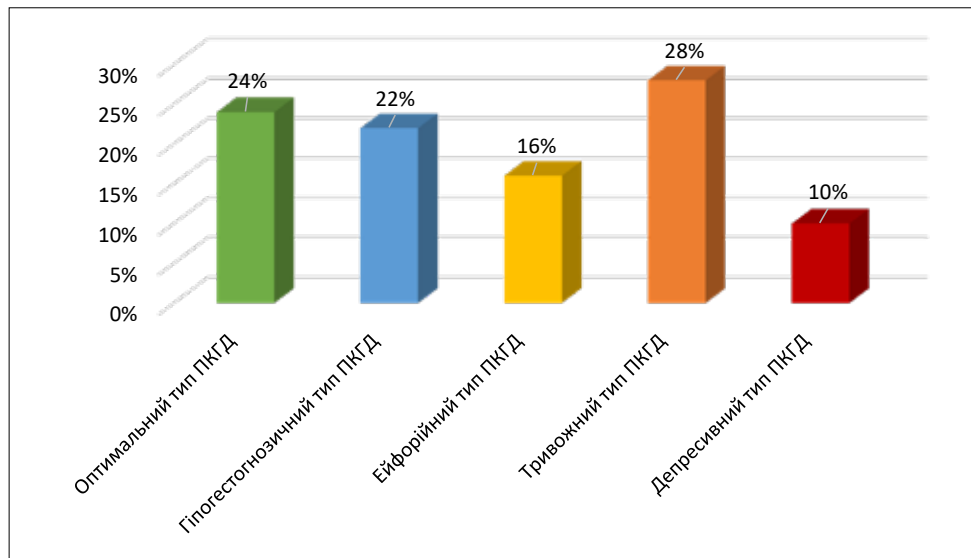


Рис. 1. Типи ПКГД вагітних жінок

Таблиця

Типи ПКГД вагітних жінок залежно від очікування вагітності

Типи ПКГД \ Вагітність	Оптимальний тип		Гіпогестогнічний тип		Ейфорійний тип		Тривожний тип		Депресивний тип	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Очікування вагітності</b>										
Запланована (75 жінок)	19	25,3%	14	18,7%	14	18,7%	26	34,7%	2	2,7%
Незапланована вагітність (25 жінок)	5	20%	8	32%	2	8%	2	8%	8	32%

формування здорових механізмів саморегуляції, зниження особистісної та ситуативної тривожності, що сприятиме найбільш ефективній адаптації до ситуацій, пов'язаних із вагітністю й майбутніми пологами.

На нашу думку, первинна психологічна діагностика та виявлення характеру ставлення до вагітності повинні займати ключове місце під час постановки вагітної на облік. Дослідження показало, що психологічний компонент гестаційної домінанти, що виражається у ставленні самої жінки до своєї вагітності, ставленні жінки до себе як до матері та ставленні близького оточення до вагітної, доволі відрізняється в жінок із запланованою і незапланованою вагітністю.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Абрамченко В.В. О психологической готовности женщины к родам. *Готовность организма к родам*. Ленинград, 1976. С. 32–35.
2. Психологическая, социальная и материальная поддержка беременности и родов / В.В. Абрамченко, Р.С. Кабаев, Ф.Д. Чикобаева, Н.Т. Месхи, С.К. Мамедова. *Репродуктивное здоровье общества* : сборник науч. трудов членов Российской

ассоциации перинатальной психологии и медицины. Санкт-Петербург, 2006. С. 106–108.

3. Бацилева О.В., Астахов В.М., Пузь І.В. Дослідження психологічних аспектів готовності сучасної молоді до батьківства. *Психологічний журнал*. 2019. № 10. С. 64–83.

4. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. *Психологический журнал*. 2000. Т. 21. № 2. С. 79–87.

5. Добряков И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2014. № 1 (45). С. 46–50.

6. Добряков К.В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург : Питер, 2010. 272 с.

7. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учебное пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 352 с.

8. Figueiredo B., Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects/ School of Psychology, University of Minho, Portugal. *J Affect Disord*. 2011. № 132 (1–2). P. 146–157.