

## СЕКЦІЯ 5 ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

### ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ТА ФОРМУВАННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ ДОМІНАНТИ PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN AND FORMATION OF MATERNAL DOMINANCE

Актуальність поставленої проблеми обумовлена, по-перше, вразливістю вагітних жінок до виникнення тривожних станів внаслідок дії внутрішніх (біологічних, психологічних) та зовнішніх (сімейних, соціальних, екологічних) чинників; по-друге – негативними наслідками збільшення тривожності на здоров'я жінки та плоду. У публікації висвітлено результати пілотажного дослідження, що виявляє рівень тривожності вагітних жінок та його кореляції з психологічним компонентом материнської домінанти. Проведене опитування 27 заміжніх жінок віком 24–35 років, терміном вагітності від 21 до 32 тижнів. Для діагностики використовувалась Шкала маніфестної тривоги Дж. Тейлора та Тест ставлень вагітної І. В. Добрякова. Отримані результати не підтверджують припущення про підвищений рівень особистісної тривожності вагітних жінок (середнє у вибірці складає 15,69±6,88). Психоемоційне напруження найчастіше проявляється у схильності «сприймати все серйозно» та нервованні через очікування, що відзначили більше 70 % вагітних, а також у швидкій втомлюваності, нападах неспокою, що позбавляють жінку сну. У вибірці виявлено 37 % жінок з провідним оптимальним типом ПКГД, які ставляться до своєї вагітності оптимістично-конструктивно та відповідально, розглядають виношування дитини як органічну частину життєвого сценарію. Найбільш поширеним відхиленням є ейфоричний варіант переживання вагітності, при якому жінки схильні сприймати своє материнство «в рожевому світлі» (в жодному з випадків він не є провідним, майже у половині опитаних спостерігається на рівні 33–50 % від загальної кількості відповідей). Відхилення в бік ейфоричного типу ПКГД найбільше проявляються у: переоцінці позитивного ставлення чоловіка до себе вагітної, претензійному очікуванні уваги від навколишніх людей, надмірній переконаності у власній материнській компетентності, усвідомленні вагітності як найбільшого щастя, безтурботній впевненості у грудному годуванні, приписуванні собі телепатичного зв'язку з дитиною, очікуванні пологів «як свята». Разом з тим, поширені окремі прояви тривожного типу ПКГД, зокрема 41 % жінок вказали на постійну стурбованість станом здоров'я дитини. Між показниками виявлено єдиний значимий зв'язок – вираженість гіпогестогнозичного типу ПКГД від'ємно та сильно корелює з показником тривожності ( $p=0,008$ ). Жінки, схильні до ігнорування або неусвідомленого неприйняття своєї вагітності, мають знижений рівень маніфестної тривоги. Отримані результати корисні для розуміння якісних характеристик формування ПКГД та відповідних психоемоційних станів у другому триместрі вагітності.

**Ключові слова:** психологічна аспекти вагітності, тривожність, психологічний компонент гестаційної домінанти,

оптимальний стиль переживання вагітності, ейфоричний стиль переживання вагітності.

The relevance of the present problem is conditioned, first, by the vulnerability of pregnant women to the development of anxiety states as a result of internal (biological, psychological) and external (family, social, environmental) factors; second, by the adverse effects of increased anxiety on the health of women and the fetus. The publication reflects the results of a pilot study identifying the level of anxiety in pregnant women and their correlation with the psychological component of maternal dominance. Twenty-seven married women, aged 24–35 years, with gestational ages ranging from 21 to 32 weeks, were interviewed. The J. Taylor Manifest Anxiety Scale and the I. V. Dobriakov' Pregnancy Relationship Test were used for diagnosis. The results obtained do not support the assumption of an elevated level of personal anxiety in pregnant women (mean in the sample 15.69±6.88). Psycho-emotional tension most often manifested as a tendency to «take everything seriously» and nervousness about expectations, noted by over 70 % of pregnant women, as well as rapid fatigability, bouts of anxiety that deprived women of sleep. The sample identified 37 % of women with a leading optimal PCGD type, who treat their pregnancy in an optimistically constructive and responsible manner and consider carrying a child to be an organic part of their life scenario. The most common deviation is the euphoric version of the pregnancy experience, in which women tend to perceive their motherhood «in a rosy light» (it is by no means the leading one; in almost half of the respondents it is observed at the level of 33–50 % of the total number of answers). Deviations towards the euphoric type of PCHD are most manifested in: overestimation of the positive attitude of men towards pregnant women, pretentious expectation of attention from people around them, excessive belief in one's own maternal competence, realization of pregnancy as the greatest happiness, carefree confidence in breastfeeding, prescription with the baby, expectation of delivery «as a holiday». At the same time, some manifestations of the anxiety type of PCGD were common, including 41 % of women who noted constant concern about the state of the baby's health. The only significant connection between the indices was found – the severity of the hypogestognoic type of PCGD negatively and strongly correlated with the anxiety index ( $p=0.008$ ). Women who tend to ignore or unconsciously dislike their pregnancy have a lower level of manifest anxiety. The findings are useful for understanding the qualitative characteristics of PCHD and the corresponding psychoemotional states in the second trimester of pregnancy.

**Key words:** psychological aspects of pregnancy, anxiety, psychological component of gestational dominant, optimal pregnancy experience style, euphoric pregnancy experience style.

УДК 159.922  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.35.11>

**Баришнікова В.В.**  
аспірантка третього курсу лабораторії консультування психології та психотерапії  
Інститут психології Г. С. Костюка  
Національної Академії педагогічних наук України

**Вступ із розкриттям актуальності проблеми дослідження.** Вагітність завжди була й буде найвідповідальнішим етапом життєвого шляху жінки, що реалізує одну з головних біологічних функцій та соціальних цінностей – материнство. В сучасних умовах нуклеарної родини, коли більшість молодих жінок не мають власного досвіду співіснування з вагітними родичками, догляду за молодшими братами й сестрами, перша вагітність може бути не тільки радісною та природною подією, але також і стресом, що супроводжується невизначеністю, розгубленістю, тривогою. В окремих випадках вона руйнує звичний спосіб життя та складений життєвий сценарій жінки. Це актуалізує проблему психологічної адаптації до вагітності. Тому психологічний супровід та психотерапевтична корекція вагітних – невід’ємна частина сучасного теоретичного та практичного акушерства. Важливою частиною цієї роботи є вчасна діагностика стресових та тривожних розладів, а також способів психічної саморегуляції, що дозволяє визначити відповідну тактику ведення кожної вагітної.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням здобутих наукових результатів.** В період вагітності відбувається психічна реорганізація, внаслідок якої формується материнська ідентичність, переглядається життєвий сценарій, активізується система турботи про дитину, закладається основа майбутніх материнських компетенцій. В західній психології ці процеси вивчаються в рамках теорії реципрокної прив’язаності [4; 1] та концепції *материнських ментальних уявлень* [8; 3]. Останні включають в себе уявлення про ненароджену дитину, саму жінку, її материнське «Я», зв’язок з дитиною. Чіткість, диференційованість, багатство та емоційний фон материнських ментальних репрезентацій динамічно змінюються впродовж вагітності; вони залежать від внутрішніх уявлень жінки про себе та інших, від сімейних обставин, стосунків з партнером, а також перебігу вагітності. Оскільки інформація про реальну дитину під час вагітності відсутня, на формування материнських уявлень впливають усвідомлені й неусвідомлені проєкції жінки, її фантазії, атрибуції, сновидіння [5].

У вітчизняній психології для характеристики цих процесів використовується запропоноване І. А. Аршавським в 1960-тих роках поняття «материнської домінанти», що включає в себе домінанти вагітності (гестаційна домінанта), пологів та вигодовування, які послідовно змінюють одна одну, забезпечуючи спрямованість фізіологіч-

них та нервово-психічних процесів в жіночому організмі на виношування майбутньої дитини. Найчастіше в літературі розглядається *психологічний компонент гестаційної домінанти* (далі ПКГД) – сукупність механізмів психічної саморегуляції, які активуються у жінки при виникненні вагітності, спрямовані на збереження гестації, створення умов для виживання та розвитку яйцеклітини, зародку, плоду. Сьогодні накопичено велику кількість емпіричних даних, які підтверджують зв’язки відхилень від оптимального типу ПКГД із випадковістю вагітності, наявністю у жінки соматичних захворювань та акушерко-гінекологічних патологій, ускладненнями пологів та станом здоров’я новонародженої дитини [12].

Не викликає сумнівів, що дідична система взаємодії «мати-дитина» фактично формується ще до моменту народження – вона закладається в ранньому дитинстві і оформлюється на етапі вагітності, в подальшому суттєво впливаючи як на розвиток дитини, так і на поведінку й переживання матері [6; 2]. Емоційні аспекти вагітності закладають основу для розвитку зв’язків між матір’ю та майбутньою дитиною. На психологічну адаптацію жінки до материнства, у свою чергу, впливає велика кількість біологічних, гормональних, сімейних та екологічних чинників [7].

Природні фізіологічні та соматичні зміни, котрі виникають в жінок у зв’язку з вагітністю, часто сприяють розвитку нервово-психічних розладів. Поширеними, але часто нерозпізнаними станами є тривожність і прихована за нею депресія, обумовлені численними страхами: страху перед пологами, страху за здоров’я дитини та її майбутнє, страху власних змін внаслідок вагітності, тощо. Постійне зростання рівня тривоги впливає на соматичний стан вагітної, може призвести до негативних наслідків для здоров’я жінки, в тому числі до переривання вагітності. Виникнення тривожних розладів під дією особистісно значимих факторів спричиняє функціональні порушення в організмі жінки, що, у свою чергу, призводить до порушення фізіологічного та психічного розвитку плода [17]. Це надзвичайно важлива проблема, яка потребує додаткового дослідження.

**Мета** – проаналізувати дані пілотажного дослідження, що виявляє рівень тривожності вагітних жінок та його кореляції з психологічним компонентом материнської домінанти.

Вибірку склали 27 заміжніх жінок віком 24–35 років, терміном вагітності від 21 до 32 тижнів (другий триместр). Всі респондентки були слухачками підготовчих кур-

сів КНП «Перинатальний центр м. Києва». Опитування відбувалося у вересні-грудні 2021 року.

Для діагностики психоемоційного стану використовувалась *Шкала маніфестної тривоги Джанет Тейлор* (Taylor Manifest Anxiety Scale; J. A. Taylor, 1953), адаптована Т. А. Немчиним в 1966 р. та В. Г. Норакидзе в 1975 [15]. TMAS призначена для вимірювання виразних, явних проявів тривоги як стану, а також хронічних тривожних реакцій. Методика створена шляхом відбору з ММРІ пунктів, які відповідають клінічному уявленню про тривожність як генералізоване хронічне переживання психічного або соматичного напруження, що проявляється через втому, дратівливість, нетерплячість, почуття внутрішньої скутості, схильність відчувати напади сильного страху та занепокоєння навіть з незначних приводів. Опитувальник містить 50 тверджень стосовно поведінки та переживань (напр., «Я впевнена в собі», «У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці», «Мені дуже важко зосередитись на чомусь»), які жінки оцінювали відносно себе, використовуючи відповіді «так, згодна» або «ні, незгодна». Кожний збіг з ключем оцінюється в один бал (відповіді «не знаю» оцінювали в 0,5 бали); сумарна оцінка прямо відображає рівень особистісної тривожності. За даними розробників оригінальної версії TMAS, діапазон отриманих оцінок у великій вибірці американських студентів складав від 1 до 46 балів із середнім 14,56; при цьому форма розподілу оцінок мала невелику позитивну асиметрію, тобто була зміщена в зону високих значень. Двадцятий процентиль припадав на значення 7, п'ятдесятій процентиль – на 13, вісімдесятій – приблизно на 21 [9]. Методика широко використовується у вітчизняних клініко-психологічних дослідженнях. Відомо, що стан тривоги пов'язаний із зміною когнітивної оцінки себе та навколишнього світу, отже при високих показниках слід обережно ставитись до інтерпретації даних самооцінювання [10, с. 339].

Для діагностики ПКГД використовувався **Тест ставлень вагітної І. В. Добрякова**. Це скринінговий інструмент, що дозволяє визначити ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи, відносини в сім'ї та загальну ситуацію, у якій виношується дитина [11]. Методика широко використовується перинатальними психологами та лікарями як в закладах охорони здоров'я, так в науково-дослідницькій роботі. Опитування рекомендується проводити в другому та третьому триместрі вагітності [12, с. 99]. Україномовний переклад здійснено авто-

ром статті. Методика містить 9 тверджень, об'єднані в три блоки: а) ставлення жінки до себе вагітної: усвідомлення факту вагітності, зміни способу життя та думки про майбутні пологи; б) формування системи «мати-дитина»: ставлення до себе як до матері, до своєї дитини та до грудного годування; в) ставлення в системі стосунків з навколишніми: ставлення до вагітної жінки її чоловіка, близьких та сторонніх людей. Щодо кожного пункту пропонується обрати один з п'яти варіантів відповіді, що відповідають типам ПКГД: оптимальний (О), гіпогестогнозичний (О), ейфоричний (Е), тривожний (Т), депресивний (Д). Таким чином 9 балів розподіляються в певних пропорціях за вищеназваними шкалами, окреслюючи індивідуальний профіль ПКГД вагітної. Якщо в результаті опитування один з варіантів отримує 6 та більше балів, він вважається визначальним. Відхилення від оптимального типу демонструє ставлення вагітних, які є проблемними та потребують корекції.

При проведенні дослідження з'ясувалось, що стосовно деяких питань жінкам важко обрати один варіант відповіді, який найбільше відповідає їх переживанням та ставленням. Ми дозволяли вказувати більше, ніж один варіант відповіді, адже такі випадки уточнюють та конкретизують відомості про можливі відхилення від оптимального психологічного перебігу вагітності. Щоб «вирівняти» підсумкові оцінки в єдину вимірну шкалу, ми не використовували сирі бали, а розраховували відсоткову долю від максимально можливої оцінки. Таким чином, оцінка типу ПКГД дорівнювала відношенню кількості виборів певного варіанту відповіді до загальної кількості відповідей, даних респонденткою (в інтервалі від 0 до 100 %).

**Аналіз та обговорення отриманих результатів.** За даними проведеної діагностики були розраховані середні тенденції та міри розкиду даних – табл. 1.

Використовуючи за критерій наявність 6 виборів з дев'яти (або 66,67 %) на користь певного типу ПКГД, у вибірці було виявлено десятеро жінок з провідним оптимальним типом. Це складає всього 37,03 % від загальної кількості опитаних і є досить тривожним результатом. Лише третина опитаних жінок ставляться то своєї вагітності оптимістично-конструктивно: вони радіють вагітності, ставляться до неї відповідально, слідкують за здоров'ям і продовжують вести активний спосіб життя, при цьому зберігають гармонійні стосунки з навколишніми, не поводяться претензійно й адекватно реагують на проблеми, що виникають. Виношування дитини для таких жінок є органічною

частиною життєвого сценарію (Добряков, 2010) [12, с. 84].

Як видно з табл. 1, найбільш поширеним відхиленням від оптимального або адекватного стилю переживання вагітності є ейфоричний варіант ПКГД, при якому переважає підвищений фон настрою. В жодному з випадків він не є провідним в індивідуальному профілі ставлень вагітної, але у 12 опитаних спостерігається на рівні 33–50 % від загальної кількості відповідей. Ці жінки схильні сприймати своє материнство «в рожевому світлі». Небезпека такого ставлення (на відміну від нормального гарного настрою) в тому, що ейфорія не сприяє адекватній та об'єктивній оцінці реальності. Вона робить жінок нечутливими, безтурботливими й неготовими до можливих проблем; може супроводжуватись істеричними проявами, рентними установками, різкою зміною способу життя, нехтуванням рекомендаціями лікарів або надмірними вимогами уваги, особливого ставлення стосовно себе, коли вагітність стає засобом маніпулювання навколишніми. Надмірне фантазування щодо привабливості материнства та очікування лише позитивних емоцій пов'язані з труднощами післяродового періоду, адже повсякденна турбота про малюка виявляється неочікувано гнітючою [12].

Виходячи з нашого досвіду роботи з вагітними, такі жінки, якщо і потребують психологічної корекції, то незначної. Вагітні з оптимально-ейфоричним типом материнської домінанти із задоволенням відвідують курси підготовки до пологів, гуртки для вагітних, виконують поставлені завдання, ведуть щоденники.

Розглядаючи окремі змістовні блоки ставлень вагітних, *відхилення в бік ейфоричного типу ПКГД* найчастіше спостерігаються за наступними параметрами: переоцінка позитивного ставлення чоло-

віка до себе вагітної (55,55 % опитаних), очікування уваги від навколишніх людей (51,85 %), надмірна переконаність у власній материнській компетентності (51,85 %), усвідомлення факту вагітності як найбільшого щастя (37,04 %), безтурботна впевненість у грудному годуванні (22,22 %), приписування собі телепатичного зв'язку з дитиною (18,52 %), очікування пологів «як свята» (14,81 %) – див. табл. 2.

Разом з тим, поширені окремі прояви *тривожного* стилю формування материнської домінанти: 40,74 % жінок вказали на постійну стурбованість станом здоров'я дитини, 25,94 % турбуються про проблеми з грудним вигодовуванням.

Прояви *депресивного* типу ПГГД вкрай рідкісні (всього два випадки, причому в кожному з них жінка вказала більше 9 відповідей). Зважаючи на це, кожен такий вибір з них є важливим діагностичним маркером небезпеки – несприятливої ситуації виношування дитини. Вагітні із вираженим гіпогестогностичним та депресивним ПКГД, у випадку виникнення ускладнень, не здатні самостійно розібратись у доступній інформації, ще більше заплутуються, впадають у паніку та депресію. Гірше того, такі жінки не звертаються до спеціалістів, щоб прояснити своє становище й не допустити погіршення. Вони мало довіряють людям, ведуть усамітнений стиль життя, відчуваючи при цьому провинув за свої дії. В інших людях вони схильні бачити кривдників та винуватців. Саме ця категорія вагітних жінок найбільше потребує вчасного виявлення та корекції.

Отримані результати актуалізують увагу до *проявів маніфестної тривоги*, характерних для другого триместру вагітності. Оцінки вище 15 балів за шкалою Дж. Тейлор виявлені у 14 осіб, тобто половини вибірки; серед них шестеро осіб (22,22 % вибірки) мають оцінки 21 бал та вище. Ці параметри

Таблиця 1

Описові статистики у вибірці 27 вагітних жінок (другий триместр)

	Тривожність за шкалою Дж. Тейлор	Тест ставлень вагітної (психологічний компонент гестаційної домінанти)				
			Г	Е	Т	Д
		О				
Середнє	15,69	59,83	3,91	25,74	9,86	0,65
Медіана	15	55,56	0	22,22	10	0
Стандартна похибка	1,32	3,19	1,12	3,04	1,79	0,46
Стандартне відхилення	6,88	16,59	5,82	15,80	9,33	2,38
Ексцес	-0,09	0,10	2,04	-1,12	1,30	11,78
Асиметричність	0,47	0,38	1,45	-0,06	1,13	3,55
Мінімум	3,5	30,77	0	0	0	0
Максимум	31	100	22,22	50	33,33	10

Примітка. Стандартна помилка асиметрії складає 0,448, ексцесу – 0,872.

Таблиця 2

**Зміст ставлень вагітної та поширеність варіантів ПКГД (кількість виборів; % від вибірки)**

Зміст ставлень вагітної	Оптимальний тип ПКГД	Гіпогестогно-зичний тип	Ейфоричний тип	Тривожний тип	Депресивний тип
AI. Ставлення до вагітності	В основному мені приємно усвідомлювати, що я вагітна	Я не відчуваю особливих емоцій, пов'язаних з тим, що я вагітна	Ніщо не доставляє мені такого щастя, як усвідомлення того, що я вагітна	Відколи я дізналася, що вагітна, я знаходжуся в нервовій напрузі	Я дуже засмучена тим, що вагітна
N; % вибірки	18; 66,67 %	0	10; 37,04 %	0	1; 3,70 %
AII. Ставлення до способу життя під час вагітності	Вагітність не змусила мене істотно змінити спосіб життя, але де в чому я стала себе обмежувати	Вагітність я не вважаю приводом для того, щоб міняти спосіб життя	Вагітність так змінила спосіб мого життя, що воно стало прекрасним	Вагітність змусила мене повністю змінити спосіб життя	Вагітність змусила мене відмовитися від багатьох планів...
N; % вибірки	20; 74,07 %	3; 11,11 %	3; 11,11 %	2; 7,41 %	0
AIII. Ставлення до майбутніх пологів	Я думаю, що під час пологів все зможу зробити правильно, і не відчуваю особливого страху	Я намагаюся взагалі не думати ні про вагітність, ні про майбутні пологи	Я думаю про пологи як про майбутнє свято	Я постійно думаю про пологи, дуже їх боюся	Коли я думаю про майбутні пологи, ... майже не сумніваюся в їх поганому результаті
N; % вибірки	23; 85,18 %	1; 3,70 %	4; 14,81 %	3; 11,11 %	0
BI. Ставлення до себе як до матері	Я вважаю, що якщо постараюся, то зможу стати хорошою матір'ю	Я не замислююся про майбутнє материнство	Я упевнена, що стану прекрасною матір'ю	Я сумніваюся в тому, що зможу справлятися з обов'язками матері	Я вважаю, що не зможу стати хорошою матір'ю
N; % вибірки	14; 51,85 %	0	14; 51,85 %	1; 3,70 %	0
BII. Ставлення до своєї дитини	Я часто із задоволенням уявляю собі дитину, яку виношую, розмовляю з нею	Я не думаю про те, якою буде дитина, котру виношую	Я розумію дитину, яку виношую, захоплююся нею ... вона знає і розуміє все, про що я думаю	Я постійно турбуюся про стан здоров'я дитини, яку виношую, намагаюся її відчути	Я часто думаю про те, що дитина, яку виношую, буде якою-небудь неповноцінною, і дуже боюся
N; % вибірки	14; 51,85 %	0	5; 18,52 %	11; 40,74 %	1; 3,70 %
BIII. Ставлення до вигодовування дитини грудьми	Я думаю, що годуватиму дитину грудьми	Я не думаю про те, як годуватиму дитину грудьми	Я у захваті, коли уявляю собі, як годуватиму дитину грудьми	Я турбуюся про те, що у мене будуть проблеми з годуванням грудьми	Я майже упевнена, що не зможу годувати свою дитину груддю
N; % вибірки	19; 70,37 %	0	6; 22,22 %	7; 25,93 %	0
VI. Ставлення до мене вагітної чоловіка	Через вагітність батько дитини став уважніше і тепліше відноситися до мене	Моя вагітність ніяк не змінила відношення до мене батька моєї дитини	Вважаю, що вагітність зробила мене прекраснішою в очах батька моєї дитини	Боюся, вагітність може погіршити відношення до мене батька дитини	Через вагітність я стала негарною, і батько дитини охолодів до мене
N; % вибірки	15; 55,55 %	4; 14,81 %	15; 55,55 %	0	0
VII. Ставлення до мене вагітної родичів і близьких	Більшість близьких розділяють мою радість з приводу вагітності, і мені добре з ними	Мене мало цікавить відношення до моєї вагітності навіть близьких мені людей	Не усі близькі раді тому, що я вагітна, не усі розуміють, що я тепер потребую особливого відношення	Деякі близькі відносяться до моєї вагітності неоднозначно, і це мене бентежить	Більшість близьких не схвалюють те, що я вагітна, мої стосунки з ними погіршали
N; % вибірки	25; 92,59 %	1; 3,70 %	2; 7,41 %	0	0
VIII. Ставлення до мене вагітної сторонніх людей	Я не відчуваю особливої незручності, коли навколишні помічають, що я вагітна	Мені наплювати, помічають оточуючі чи ні, що я вагітна	Мені приємно, коли оточуючі помічають, що я вагітна	Мені трохи ніяково, коли оточуючі помічають, що я вагітна	Мені завжди дуже соромно, коли оточуючі помічають, що я вагітна
N; % вибірки	13; 48,15 %	2; 7,41 %	14; 51,85 %	2; 7,41 %	0

Примітка: в деяких випадках жінки обирали більше, ніж одну відповідь.

розподілу відповідають характеристикам вибірки стандартизації методики, тобто не дають можливість підтвердити припущення про підвищений рівень особистісної тривожності вагітних жінок.

Для з'ясування якісної специфіки проявів тривожності у вибірці був проведений аналіз відповідей на кожний з 50-ти пунктів методики TMAS. На рис. 1 відзначені прояви тривожних реакцій, властиві більше, ніж 30 % опитаних.

Найбільш поширений прояв тривожності стосується схильності «сприймати все серйозно» та нервування через очікування, що відзначили 77,8 % вагітних жінок. Надзвичайно поширена швидка втомлюваність, а також напади тривоги, що позбавляють жінку спокою та сну. Через трансформації світосприйняття актуалізуються страхи та тривоги, жінка стає більш емоційно вразливою. Виходячи з отриманих відповідей, можна охарактеризувати психоемоційний стан вагітних у другому триместрі як стан швидкої та неконтрольованої збудливості, що проявляється на вегетативному рівні та призводить до швидкої втоми. Це відповідає психологічному портрету вагітних, описаним в науковій літературі та підтвердженим в попередніх дослідженнях [7; 12; 17] та ін.

Слід відзначити, що зібрані нами емпіричні дані лише частково підтверджуються результатами інших вітчизняних дослідни-

ків. Так, в працях Ю. П. Кореневої (2018, 2019) оприлюднені дані дослідження 44 жінок у віці 19–40 з термінами вагітності 20–39 тижнів. За Тестом ставлення вагітних у 45,5 % опитаних було діагностовано переважно оптимальний тип гестаційної домінанти, що наближено до описаних нами результатів. Разом з тим, авторка виявила у 25 % вагітних тривожний тип ПКГД, у 9,1 % – гіпогестогнозичний, у 6,8 % – ейфорійний, у 4,5 % – депресивний [14]. У нашій вибірці в жодному випадку ці варіанти переживання вагітності не отримали вираженої переваги (6 відповідей з 9 можливих), ми можемо говорити тільки про змішані типи з проблемними проявами. За Шкалою тривожності Дж. Тейлор дослідниця констатувала переважання високого і вище середнього рівня тривожності (52,7 % і 34,2 % відповідно) [13, с. 85] – це набагато більший показник, ніж в нашій вибірці (та загалом статистика в неклінічних популяціях). Поясненням отриманих розбіжностей можуть бути різні діагностичні критерії визначення провідного типу ПКГД, більш ранній термін вагітності або невраховані соціально-демографічні характеристики вибірки. В дослідженні О. В. Петрунько та К. А. Верлан показано, що для вагітних жінок у другому триместрі депресія нехарактерна, проте високий рівень особистісної та ситуативної тривожності спостерігається у 64 % вагітних. Відомо, що рівень тривожності та

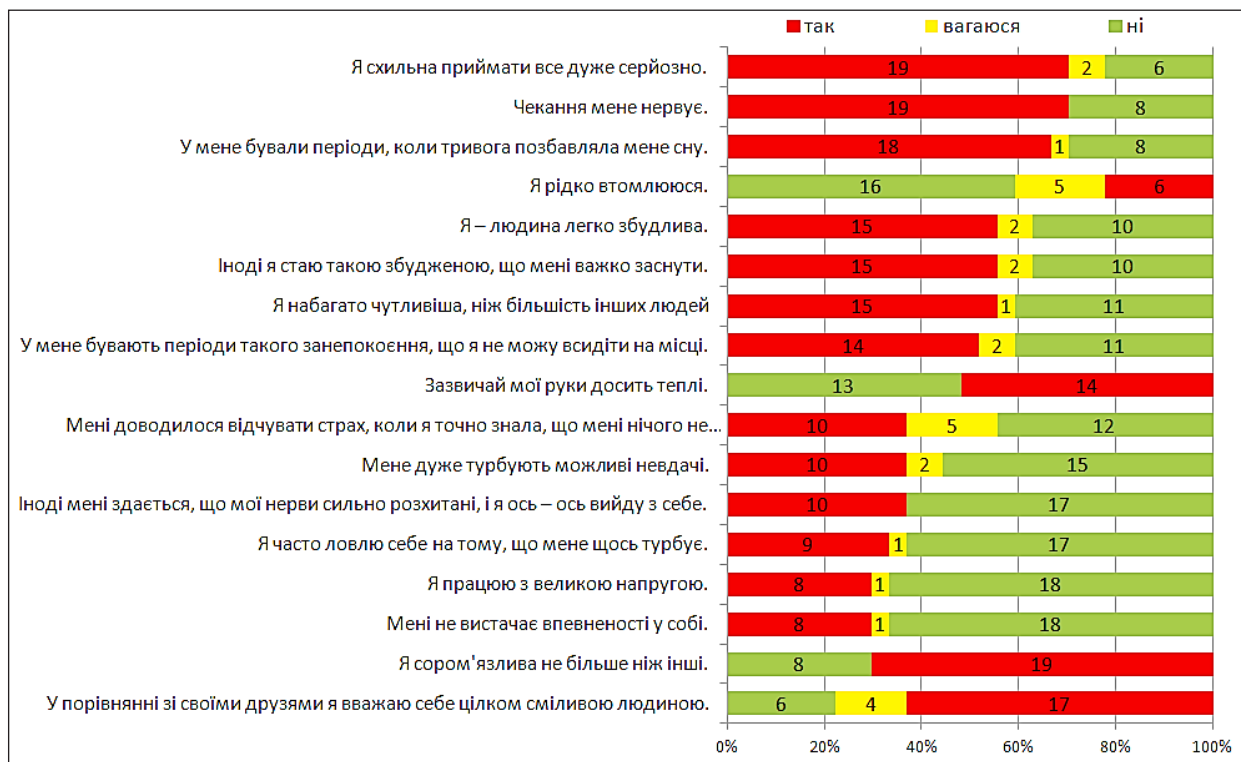


Рис. 1. Розподіл відповідей на питання шкали тривожності Дж. Тейлор

депресії підвищується у третьому триместрі вагітності [16]. Це частково підтверджує та пояснює отримані нами результати.

Розглянемо кореляції між показниками тривожності та параметрами ПКГД (табл. 3). Оскільки вибірка була малою, а розподіл даних не відповідав критеріям нормальності і містив «викиди», для розрахунку кореляцій використовувався непараметричний критерій т-Кендалла. Розрахунки проводились в програмі SPSS.

Від’ємні внутрішні кореляції шкал Тесту ставлень вагітної пояснюються технічними аспектами – методика влаштована так, що бали, отримані за одною субшкалою ніби «відтягують» бали від інших субшкал. Отже чим більше жінка обирає відповіді на користь оптимального переживання вагітності, тим менше у неї виражені ейфоричні, тривожні та депресивні прояви. Вираженість ейфоричного типу ПКГД негативно корелює з проявами гіпогестогнозичного типу (при  $p=0,041$ ) – цей зв’язок цілком логічний та не потребує пояснень. Більш неочікувана пряма кореляція між ейфоричним та депресивним стилями переживання вагітності ( $p=0,026$ ). Зважаючи на малу чисельність відповідей за шкалою «Депресивний тип ПКГД» цей результат потребує додаткового уточнення та перевірки. Між показниками Тесту ставлень вагітної та Шкалою тривожності виявлено єдиний значимий кореляційний зв’язок – вираженість гіпогестогнозичного типу ПКГД від’ємно та сильно корелює з показником тривожності ( $p=0,008$ ). Отже, жінки, схильні до ігнорування або неусвідомленого неприйняття

своєї вагітності, мають знижений рівень маніфестної тривоги. Цей зв’язок, скоріше за все, розкриває компенсаторні захисні механізми психіки, що активізуються в цей період. Так, Д. Пайнс вважає, що у формуванні даного стану важливу роль відіграє витіснення небажаних травмівних переживань [6]. Припускаючи наявність нелінійних зв’язків між змінними, ми розділили вибірку на групи за якісними характеристиками ПКГД. Використали кластерний аналіз методом k-середніх – табл. 4.

Таким чином було виявлено чотири кластери, що відображають природну типологію проявів ПКГД у вибірці: 1) перший кластер об’єднав сім осіб (25,92 % вибірки) з невиразно-оптимальним переживанням вагітності, що поєднується з різноманітними проявами інших типів ставлення: гіпогестогнозичного, ейфоричного та тривожного; 2) другий кластер об’єднав 11 осіб (40,74 % вибірки) з комбінованим оптимально-ейфоричним стилем переживання вагітності; зважаючи, що цей кластер є найбільшим, можна вважати таке поєднання нормальною ознакою; 3) третій кластер об’єднав 6 осіб (22,22 % вибірки), у яких найбільш виразно переважає оптимальний тип ПКГД; 4) четвертий кластер представлений трьома особами (11,11 % вибірки) з характерним поєднанням ейфоричних та тривожних переживань на фоні недостатньо-вираженого оптимального ставлення.

Відмінності середніх показників у виявлених кластерах були перевірені за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA. Групи значимо відрізня-

Таблиця 3

**Коефіцієнти рангової кореляції Кендалла між параметрами тривожності та вираженістю типів ПКГД**

Діагностичні змінні	Результати кореляційного аналізу	Психологічний компонент гестаційної домінанти					Шкала тривожності
			О	Г	Е	Т	
Оптимальний тип (О)	Коеф. кореляції	1,00	0,129	-0,628	-0,341	-0,347	-0,113
	Знач. (2-стор.)		0,407	0,000	0,021	0,036	0,424
Гіпогестогнозичний тип (Г)	Коеф. кореляції	0,129	1,00	-0,320	-0,004	-0,193	-0,406
	Знач. (2-стор.)	0,407		0,041	0,980	0,285	0,008
Ейфоричний тип (Е)	Коеф. кореляції	-0,628	-0,320*	1,00	-0,061	0,371	0,068
	Знач. (2-стор.)	0,000	,041		0,683	0,026	0,629
Тривожний тип (Т)	Коеф. кореляції	-0,341	-0,004	-0,061	1,00	-0,016	-0,009
	Знач. (2-стор.)	0,021	0,980	0,683		0,925	0,949
Депресивний тип (Д)	Коеф. кореляції	-0,347	-0,193	0,371	-0,016	1,00	-0,030
	Знач. (2-стор.)	0,036	0,285	0,026	0,925		0,853
Рівень тривожності за Дж. Тейлор	Коеф. кореляції	-0,113	-0,406	0,068	-0,009	-0,030	1,00
	Знач. (2-стор.)	0,424	0,008	0,629	0,949	0,853	

Примітка: сірою заливкою виділені значимі коефіцієнти, що свідчать про достовірний зв’язок між змінними.

Результати кластерного аналізу за результатами Тесту ставлень вагітної (метод k-середніх)

Типи ПКГД	Початковий/кінцевий центр кластеру				Значимість різниці (ANOVA)
	1	2	3	4	
О	56,00/64,57	56,00/47,73	100,0/83,00	44,00/48,00	0,000
Г	22,00/9,71	0,00/1,55	0,00/3,17	0,00/0,00	0,007
Е	0,00/14,14	44,00/41,27	0,00/12,00	22,00/22,00	0,000
Т	22,00/11,29	0,00/7,28	0,00/1,83	33,00/29,33	0,000
Д	0,00/0,00	0,00/1,64	0,00/0,00	0,00/0,00	0,413

ються за показниками тесту ставлень вагітної (крім депресивного типу ПКГД) – див. табл. 4. Також виявлені достовірні відмінності між кластерами у рівні особистісної тривожності за шкалою Дж. Тейлор:  $F=4,96$  при  $p=0,008$ . Найвищий середній показник виявлений у кластері 4, він дорівнює  $27,33 \pm 5,51$  бали. Перший, другий та третій кластери більш-менш схожі за рівнем вираженості тривожних реакцій:  $12,78 \pm 3,51$ ,  $15,23 \pm 7,26$  та  $14,08 \pm 4,13$  відповідно. Отже, збільшення рівня маніфестної тривожності в другому триместрі може бути пов'язане з формуванням специфічного неоптимального стилю переживання вагітності, що поєднує ейфоричні та тривожні прояви.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отримані результати не підтверджують поширену в літературі думку про підвищений рівень особистісної тривожності вагітних жінок. Психоемоційне напруження найчастіше проявляється парціально: в актуалізації страхів та схильності «сприймати все серйозно», у нервованні через очікування, у швидкій втомі, нападах тривоги, що позбавляють жінку спокою та сну. Через це жінка стає більш емоційно вразливою, що актуалізує відповідні механізми психологічного захисту та саморегуляції. Лише третина опитаних ставляться то своєї вагітності оптимістично-конструктивно та відповідально, розглядаючи виношування дитини як органічну частину життєвого сценарію. Найбільш поширеним відхиленням є ейфоричний варіант переживання вагітності, при якому жінки усвідомлюють її як найбільше щастя та схильні сприймати своє материнство «в рожевому світлі» (у половини опитаних спостерігається на рівні 33–50 % від загальної кількості відповідей). Прояви тривожного сприйняття вагітності полягають переважно у стурбованості станом здоров'я дитини. Жінки, схильні до ігнорування або неусвідомленого неприйняття своєї вагітності, мають знижений рівень маніфестної тривоги. Це розкриває компенсаторні захисні механізми психіки, що активізуються в цей період. Хоча отримані результати є розвідувальними і потребують подальшого уточ-

нення, вони корисні для розуміння якісних характеристик формування ПКГД та відповідних психоемоційних станів на другому семестрі вагітності.

В якості найбільш доступного та дієвого способу знизити прояви тривожності у вагітних та оптимізувати становлення материнської доміанти ми бачимо ревіталізаційний медіально-рефлексійний тренінг, спрямований на генерування позитивних настанов, зосередженість свідомості жінки на ще не народженій дитині, прийняття нею власної вагітності як бажаної та корисної генеративної події. Інноваційною частиною такої роботи є використання аудіо-записів в комплекті з окулярами віртуальної реальності, що допомагає збільшити ефективність процесів аутотренінгу та релаксації. Ці технології мають позитивний ефект у зниженні невротизації вагітних, усуненні тривожно-песимістичних настроїв, формуванні навичок емоційної саморегуляції та психологічної готовності до пологів. Теоретичне й практичне обґрунтування цих технологій складає перспективу наших подальших досліджень.

**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Ainsworth M. D. Infant-mother attachment. *American Psychologist*. 1979. Vol. 34 (10). P. 932–937.
2. Ammaniti M., & Trentini C. How New Knowledge About Parenting Reveals the Neurobiological Implications of Intersubjectivity: A Conceptual Synthesis of Recent Research. *The International Journal of Relational Perspectives*. 2009. Vol. 19. P. 537–555. <https://doi.org/10.1080/10481880903231951>
3. Ammaniti M., Tambelli R., and Odorisio F. Exploring Maternal Representations During Pregnancy in Normal and At-Risk Samples: The Use of the Interview of Maternal Representations During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*. 2013. Vol. 34 (1). P. 1–10. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>
4. Bowlby J. Attachment and Loss [trilogy]. Volume I. Attachment. London : Hogarth Press; New York : Basic Books, 1969. 428 p.
5. Lara-Carrasco J., Simard V., Saint-Onge K., Lamoureux-Tremblay V. & Nielsen T. Maternal representations in the dreams of pregnant women: a prospective comparative study. *Frontiers in Psychology*. 2013. Vol. 4. Article 551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00551>



6. Pines D. A. *Woman's Unconscious Use of Her Body*. New Haven : Yale University Press, 1994. 254 p.
7. Slade A., Cohen L. J., Sadler L. S., & Miller M. The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*, 2009 (p. 22–39). The Guilford Press.
8. Stern D. N. Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*. 1991. Vol. 12 (3). P. 174–186.
9. Taylor J. A. A Personality Scale of Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1953. Vol. 48 (2). P. 285–290.
10. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. 3-е изд. СПб. : Питер, 2007. 688 с.
11. Васильченко О. М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості. Київ – Нікополь : СПД Фельдман О. О., 2012. 96 с.
12. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2010. 234 с. [http://elibrary.bsu.edu.az/files/books\\_163/N\\_110.pdf](http://elibrary.bsu.edu.az/files/books_163/N_110.pdf)
13. Коренєва Ю. П. Тривожність і фрустрація як чинники невротизації вагітних жінок різного віку : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2019. <https://ra.vnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/Korenyeva.pdf>
14. Коренєва Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. № 32. С. 149–161. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst\\_2018\\_32\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2018_32_15)
15. Норакидзе В. Г. Методы исследования характера личности. Тбилиси : Мецниереба, 1975. 244 с.
16. Петрунько О. В., Верлан К. А. Емоційні стани жінок під час вагітності як чинник впливу на здоров'я майбутньої дитини. *Науковий вісник Миколаївського національного ун-ту імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. № 1. С. 134–137. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups\\_2017\\_1\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2017_1_25)
17. Сюсюка В. Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. *Вісник наукових досліджень*. 2017. № 1. С. 95–98. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt\\_2017\\_1\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2017_1_22)