

## СЕКЦІЯ 9 ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

### ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ВТРАТАМИ В АНАМНЕЗИ

### STUDY OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE AND PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PREGNANTS WITH A HISTORY OF PERINATAL LOSSES

Стаття присвячена дослідженню психоемоційного стану вагітних з перинатальними втратами в анамнезі, а також розкриттю особливостей психологічного супроводу жінок даної групи. Здійснено теоретичний аналіз проблеми перинатальних втрат, проаналізовано особливості переживання жінками такого травматичного досвіду, а також його вплив на подальше їх функціонування, у тому числі й на перебіг наступних вагітностей. Показано, що переживання ситуації перинатальної втрати виступає серйозним психотравмуючим фактором не тільки для жінки, але й для чоловіка та подружжя в цілому. Наголошено, що реакція жінки на ситуацію перинатальної втрати залежить як від характеру самої втрати, так і від низки супутніх факторів. Підкреслено необхідність комплексної оцінки психоемоційного стану вагітних цієї групи задля своєчасної організації та надання відповідної медико-психологічної допомоги.

Здійснено емпіричне дослідження, за результатами якого встановлено, що наявність перинатальних втрат в анамнезі зумовлює виникнення у більшості вагітних жінок високого рівня психоемоційного напруження, особистісної та ситуативної тривожності, переважання тривожного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти. Відзначено, що перебування у несприятливому психологічному стані зумовлює погіршення загального соматичного здоров'я вагітної, підвищує ризик ускладнень під час перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також негативно впливає на стан новонародженого.

Представлено авторську програму комплексного психологічного супроводу вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі, яка спрямована на стабілізацію їх психоемоційного фону, попередження та корекцію дезадаптаційних станів, підготовку до майбутнього материнства. Розкрито основні етапи роботи, визначено критерії оцінки ефективності запропонованої програми. Зазначено доцільність та актуальність використання представленої програми психологічного супроводу вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі.

**Ключові слова:** перинатальні втрати, психоемоційний стан, вагітність, психологічні особливості, психологічний супровід.

The article is devoted to the study of the psycho-emotional state of pregnant women with a history of perinatal losses, as well as to the disclosure of the features of the psychological support of women of this group. A theoretical analysis of the problem of perinatal losses was carried out, the peculiarities of women's experience of such a traumatic experience, as well as its impact on their further functioning, including on the course of subsequent pregnancies, were analyzed. It is shown that experiencing the situation of perinatal loss is a serious psychotraumatic factor not only for the woman, but also for the husband and the couple as a whole. It is emphasized that a woman's reaction to the situation of perinatal loss depends on both the nature of the loss itself and a number of accompanying factors. The need for a comprehensive assessment of the psycho-emotional state of pregnant women of this group is emphasized for the timely organization and provision of appropriate medical and psychological assistance.

An empirical study was carried out, according to the results of which it was established that the presence of perinatal losses in the anamnesis causes the occurrence of a high level of psycho-emotional stress, personal and situational anxiety, the predominance of the anxious type of the psychological component of the gestational dominant in the majority of pregnant women. It was noted that being in an unfavorable psychological state leads to the deterioration of the general somatic health of a pregnant woman, increases the risk of complications during the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period, as well as negatively affects the condition of the newborn.

The author's program of comprehensive psychological support for pregnant women with a history of perinatal losses is presented, which is aimed at stabilizing their psycho-emotional background, preventing and correcting maladaptive states, and preparing for future motherhood. The main stages of the work are disclosed, the criteria for evaluating the effectiveness of the proposed program are defined. The expediency and relevance of using the presented program of psychological support for pregnant women with a history of perinatal losses is indicated.

**Key words:** perinatal losses, psychoemotional state, pregnancy, psychological features, psychological support.

УДК 618.39-021.3:616.89-008.454  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.52.44>

#### Астахов В.М.

д.мед.н., професор,  
професор кафедри акушерства  
і гінекології,  
керівник лабораторії психології  
репродуктивної сфери, пренатальної  
та перинатальної психології  
Донецький національний медичний  
університет

#### Бацилєва О.В.

д.психол.н., професор,  
професор кафедри здоров'я людини,  
реабілітології і спеціальної психології  
Харківський національний педагогічний  
університет імені Г.С. Сковороди

#### Пузь І.В.

к.психол.н., доцент,  
науковий співробітник лабораторії  
психології репродуктивної сфери,  
пренатальної та перинатальної  
психології  
Донецький національний медичний  
університет

**Постановка проблеми.** Загальновідомо, яка хоче стати матір'ю, важливим є процес зачаття та благополучного виношування вагіт-

ності, яка має завершитися народженням живої і здорової дитини. Незважаючи на значний прогрес, постійний розвиток і вдосконалення медичних технологій, однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства залишається проблема перинатальних втрат, під якою розуміють загибель плоду на різних стадіях вагітності, під час пологів, смерть новонародженого протягом 28 днів після народження, а також невдалий результат після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Слід зазначити, що більшість ситуацій, пов'язаних із втратою бажаної вагітності на будь-якому терміні або смертю новонародженої дитини, мають характер гострої кризи, наслідки якої відбиваються не тільки на фізичному, але і на психологічному і соціальному благополуччі як самої жінки, так і її сім'ї та близького оточення [1; 9]. Окрім цього, такий наявний травматичний досвід в анамнезі жінки виступає серйозною загрозою для настання та нормального перебігу наступної вагітності. Це призводить до того, що такі жінки входять до групи ризику щодо виникнення та розвитку різних ускладнень як медичного, так і психологічного характеру [7]. Практичний досвід свідчить, що, попри відсутність порушень соматичного здоров'я і нормального плину вагітності, у більшості таких вагітних має місце високий рівень психоемоційного напруження, оскільки доведено, що саме психологічні стресори належать до низки найбільш активних та поширених стимулів, що впливають на всі функції організму, можуть бути важливими чинниками етіопатогенезу соматичних захворювань з порушенням діяльності функціональних систем організму та формуванням патологічної нейроендокринної відповіді, що може збільшувати ризик виникнення патології під час вагітності та пологів і погіршення стану плода та новонародженого, а також формування у подальшому неадекватної материнської поведінки по типу тривожної гіперпротекції [1]. Отже, вагітні з перинатальними втратами в анамнезі потребують особливої уваги не тільки з боку лікарів, а й з боку медичних психологів. У зв'язку з цим актуальними стають питання, пов'язані з комплексною оцінкою психоемоційного стану вагітних цієї групи, що дозволить своєчасно організувати та надавати відповідну комплексну медико-психологічну допомогу, спрямовану на профілактику акушерських і перинатальних ускладнень під час як поточної, так і наступної вагітності, покращення загального психоемоційного стану жінки, формування адекватної материнської поведінки.

Отже, **мета** даної статті – розкрити психологічні аспекти проблеми перинатальних втрат; дослідити особливості психоемоційного стану вагітних з перинатальними втратами в анам-

незі та представити особливості психологічного супроводу жінок цієї групи.

**Виклад результатів дослідження.** Аналіз літературних даних свідчить про те, що ситуація перинатальної втрати складається не тільки з самої фізичної втрати, пов'язаної з реальною смертю дитини, але і з символічної втрати, пов'язаної з невдалою спробою набуття нових соціальних ролей – ролі матері, ролі батька та ролі батьків загалом [7]. Перинатальна втрата може виступати серйозною психічною травмою, оскільки вона викликає переживання, які мають тривалий потужний вплив на психіку жінки. Загальновідомим є той факт, що психічна травма як наслідок стресу може бути значно важчою від самого стресу і може зумовлювати прояви саморуйнівної поведінки. У більшості випадків реакція жінки на ситуацію перинатальної втрати залежить від характеру самої втрати і низки супутніх факторів, основними серед яких є такі: по-перше, ставлення жінки до вагітності і материнства в цілому; по-друге, термін вагітності, на якому сталася втрата; по-третє, індивідуальні психологічні особливості жінки; по-четверте, характер взаємин з чоловіком і рідними [3; 7]. Так, наприклад, ситуація втрати вагітності на ранніх термінах може бути досить складною для розуміння і неоднозначною для переживання в зв'язку з несподіванкою, нерозумінням події на тлі відсутності фізичних відчуттів самого факту вагітності [1; 7]. У другому і третьому триместрах, коли жінка вже відчуває ворухіння плоду і має певні сформовані уявлення щодо образу майбутньої дитини та активно готується до майбутнього материнства, переживання, пов'язані з ситуацією перинатальної втрати, як правило, є набагато більш інтенсивними порівняно з першим триместром [7; 8].

Психологічно складною для майбутньої матері є діагностика під час проведення перинатального скринінгу різних аномалій розвитку у майбутньої дитини. Така ситуація виступає істотним психотравмуючим фактором для жінки, яка втрачає надію на народження здорової дитини. Уже з цього етапу може початися процес емоційного переживання втрати, що супроводжується гіпертрофованим почуттям відповідальності за здоров'я і життя майбутньої дитини. При цьому в ситуації, коли батьки приймають рішення перервати вагітність у зв'язку з виявленою патологією ненародженої дитини, характерним для більшості з них є наявність амбівалентних переживань. Так, з одного боку, у них відзначається виникнення почуття полегшення в зв'язку з тим, що своєчасно був виявлений ризик народження тяжкохворої дитини, а з іншого боку, у них з'являється почуття провини, пов'язане з прийняттям рішення перервати бажану вагітність, незважаючи на наявні медичні показання [5].

У ситуації інтранатальної (під час пологів) або неонатальної (перші 28 днів після народження) втрати переживання, що виникають у жінок, детермінуються розвитком глибокого внутрішнього конфлікту, причиною якого пов'язана з тим, що дитина могла б народитися або народилася живою, але реальність виявилася іншою, ніж очікувалося. При цьому звинувачення у тому, що трапилося, можуть стосуватися як самої себе (неправильна поведінка і дії), так і інших, зокрема медичних працівників і близького оточення [5].

Слід зазначити, що, незважаючи на те, на якому терміні трапляється втрата, дана ситуація для більшості жінок є особистісною трагедією [7; 9]. У ситуації, коли переживання втрати є досить інтенсивним і супроводжується такими симптомами, як відчуття провини, зацікленість на проблемі, пов'язаній з втратою дитини, можливим є розвиток пост-травматичного стресового розладу. З позиції психології сім'ї переживання перинатальної втрати виступає ненормативною кризою в подружніх стосунках. У ситуації, коли відносини в парі гармонійні, горе, що трапилося, об'єднує подружжя, яке прагне підтримувати один одного. При цьому зовнішні зв'язки подружжя з оточуючими їх людьми зміцнюються, що сприяє отриманню ними додаткової підтримки в емоційно складній ситуації ззовні. У протилежному випадку дана ситуація може призвести до значного погіршення відносин, до звинувачень один одного в тому, що трапилося, до соціальної ізоляції від близького оточення. Згідно з даними статистики, близько 12% подружніх пар приймають рішення розлучитися після перинатальної втрати [9]. З огляду на це стає очевидним, що у процесі надання психологічної допомоги обов'язковим є дослідження особливостей психоемоційного стану вагітної, а сам процес має бути спрямований не тільки на жінку, але і на подружжя в цілому, що дозволить знизити ризик розриву відносин, сприятиме їх гармонізації, що можна розглядати як ефективний ресурс для конструктивного переживання ситуації втрати [7].

Часто жінки, які втратили дитину, особливо першу, прагнуть повторно завагітніти якомога швидше після того, що сталося. Безперечно, що це особисте рішення, і жінка повинна його приймати самостійно, але з обов'язковим урахуванням медичних показань. Також під час планування наступної вагітності необхідно звертати особливу увагу на такі моменти: розуміння важливості наявності певного проміжку часу, необхідного для відновлення жіночого організму після попередньої вагітності; обговорення етапів горя після пережитої втрати для того, щоб батьки, зокрема жінка, могли розуміти те, чи готові вони зіткнутися з переживаннями, пов'язаними з новою вагіт-

ністю; необхідність обов'язкового особливого супроводу на етапах вагітності, які збігаються з пережитими травматичними подіями.

Аналіз результатів власних досліджень, які відповідають літературним даним, свідчить, що більшість вагітних жінок, які мають перинатальні втрати в анамнезі, може знаходитися в стані стресу, про що свідчить наявність у них високого рівня психоемоційного напруження, тривожності, різних страхів [3; 7; 9]. Досить часто у таких жінок діагностується розвиток депресивного синдрому, провідними симптомами якого є прояви апатії, дратівливості, невпевненості в собі, підозрливості і недовіри щодо оточуючих, погіршення самопочуття на тлі порушення сну, апетиту, зловживання психоактивними речовинами.

Окремо слід зауважити, що настання і перебіг нової вагітності у жінок з перинатальними втратами в анамнезі може супроводжуватися значними труднощами у формуванні емоційного зв'язку в системі «мати – дитина», зниженням загального фону настрою, наявністю різних страхів і фобій, нав'язливих думок, пов'язаних з виношуванням і народженням дитини, прийняттям нової соціальної ролі – ролі матері [9]. У таких жінок достовірно частіше відзначається наявність високого рівня психоемоційного напруження і ситуативної тривожності, що зумовлені страхом повторення ситуації втрати. При цьому після народження дитини жінки можуть відчувати певні труднощі, пов'язані з прийняттям нової дитини, формуванням адекватної материнської поведінки.

Отже, під час організації та здійснення психологічного супроводу жінок, які переживають втрату дитини або мають такий досвід в минулому, важливо розуміти, які емоції і переживання у них виникають в даній ситуації, завдяки чому є можливим надання більш ефективної підтримки без додаткових травматичних переживань. На нашу думку, важливим завданням є дослідження саме психоемоційного стану вагітних з перинатальними втратами, а також їх ставлення до ситуації теперішньої вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому. Використання результатів такого дослідження має розглядатися як необхідний та ефективний ресурс під час організації та реалізації комплексного медико-психологічного супроводу цієї категорії жінок.

Емпіричне дослідження проводилося на базі наукової лабораторії репродуктивної сфери, пренатальної і перинатальної психології Донецького національного медичного університету МОЗ України. Відповідно до мети нашої роботи були сформовані дві групи досліджуваних. Так, до складу I групи (експериментальної) увійшли 53 вагітні жінки з перинатальними втратами в анамнезі (після 22 тижня вагітності). До складу II групи (контрольної) увійшло 57 вагіт-

них жінок, які не мали перинатальних втрат в анамнезі. Загальна кількість вибірки становила 110 осіб. Усі досліджувані перебували на 18–20 тижні вагітності (II триместр). Середній вік досліджуваних становив  $28,1 \pm 4,6$  року. Усі жінки знаходилися під наглядом акушера-гінеколога у жіночих консультаціях за місцем проживання, де проводився відповідний медичний супровід згідно з Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417. Усі учасниці були поінформовані про мету дослідження, була отримана згода на участь у ньому.

Як психодіагностичний інструментарій ми використали опитувальник визначення нервово-психічного напруження Т. Немчина, опитувальник оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), шкалу особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, тест відношень вагітної І.В. Добрякова [2].

Оцінка результатів дослідження була проведена у формі порівняльного аналізу отриманих даних у експериментальній та контрольній групах. Усі необхідні розрахунки були зроблені за допомогою методів математичної статистики (MS Excel for Windows XP і SPSS 10.0.5).

За результатами опитувальника визначення нервово-психічного напруження (НПН) Т. Немчина (рис. 1) було встановлено, що серед вагітних I групи ( $n=53$ ) перший ступінь (I) НПН ( $37,5 \pm 2,3$ ), особливостями якої є відносна збереженість ознак психічного та соматичного здоров'я, був виявлений у 15,1% учасниць. Другий ступінь (II) НПН ( $55,1 \pm 2,5$ ), що характеризується активізацією когнітивної діяльності та соматичних функцій, спостерігався у 32,1% жінок. Третій ступінь (III) НПН ( $81,7 \pm 2,4$ ), що супроводжується дезорганізацією психічної

діяльності, відчуттям фізичного дискомфорту, був виявлений серед 52,8% вагітних цієї групи. Серед вагітних II групи ( $n=57$ ) у 50,9% досліджуваних був виявлений I ступінь НПН ( $36,3 \pm 2,1$ ); у 29,8% – II ступінь НПН ( $64,6 \pm 4,1$ ); у 19,3% (11) – III ступінь НПН ( $82,9 \pm 1,8$ ).

Аналізуючи результати за опитувальником оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), ми виявили такі характерні відмінності актуального стану серед вагітних, які брали участь у дослідженні. Так, погане самопочуття, зниження активності та настрою відзначали 26,4% вагітних жінок серед досліджуваних I групи та 12,3% вагітних II групи. Наявність гарного самопочуття, підвищення активності та настрою було діагностовано у 24,5% вагітних I групи та у 42,1% вагітних II групи. Гарне самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою було властивим для 32,1% учасниць I групи та 21,0% учасниць II групи. Погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою відзначалося у 17,0% учасниць I групи та у 24,6% учасниць II групи.

Показники за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна дозволи визначити, що для більшості вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі характерною є наявність високого рівня як особистісної, так і ситуативної тривожності (рис. 2). Так, серед досліджуваних I групи ( $n=53$ ) високий рівень особистісної тривожності ( $62,7 \pm 4,9$ ) був діагностований у 26,4% жінок; високий рівень ситуативної тривожності ( $65,1 \pm 5,1$ ) – у 41,5%; помірний рівень особистісної та ситуативної тривожності ( $37,2 \pm 1,4$ ) – у 20,8%; низький рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності ( $26,5 \pm 0,9$ ) – у 11,3%.

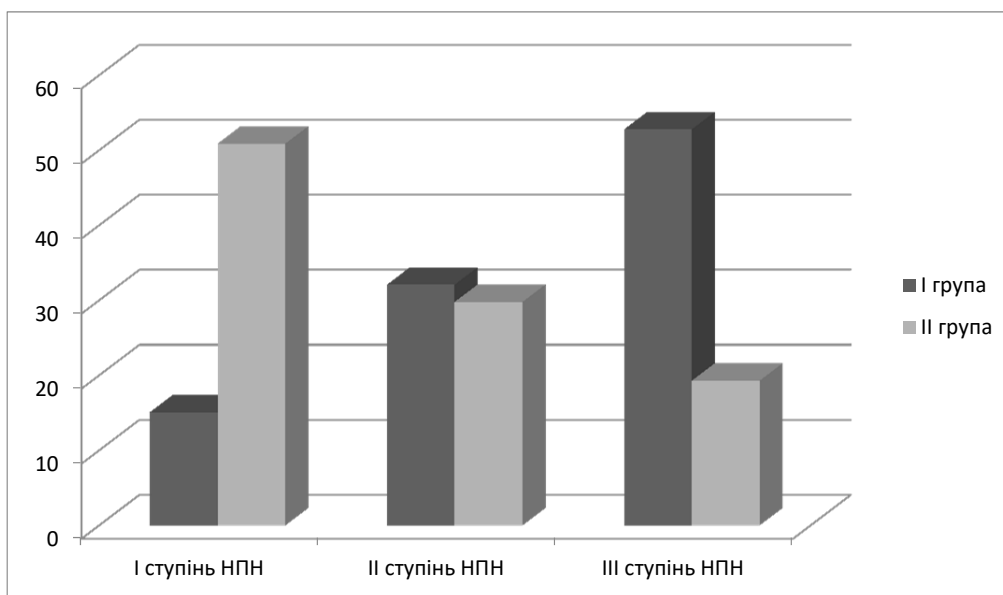


Рис. 1. Порівняльні результати дослідження за опитувальником виявлення нервово-психічної напруги Т. Немчина (у %)

Серед вагітних жінок, які не мали досвіду переживання перинатальних втрат в анамнезі II групи (n=57), високий рівень особистісної тривожності (58,4±2,4) був виявлений у 12,3% учасниць, високий рівень ситуативної тривожності (62,8±3,4) – у 17,5%. Характерною для 42,1% (24) вагітних цієї групи була наявність помірного рівня як особистісної, так і ситуативної тривожності (35,1±1,3). Низький рівень тривожності (25,5±0,9) був діагностований у 28,1% учасниць дослідження.

Аналіз отриманих результатів за тестом відношень вагітної І.В. Добрякова показав такі результати. Так, серед досліджуваних I групи переживання оптимального типу психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) було характерним для 7,6% вагітних; гіпогестогнозичний тип ПКГД був діагностований у 5,7% досліджуваних; ейфорійний тип ПКГД був виявлений у 15,1% вагітних; у 37,7% вагітних жінок був діагностований тривожний тип ПКГД; депресивний тип ПКГД був виявлений у 11,3% учасниць дослідження. У 22,6% вагітних жінок був виявлений змішаний тип ПКГД (у 25,0% оптимально ейфорійний тип та у 75,0% оптимально тривожний тип).

Серед досліджуваних II групи були виявлені такі типи ПКГД: у 35,1% досліджуваних – оптимальний тип ПКГД; у 5,3% – гіпогестогнозичний тип ПКГД; у 17,5% – ейфорійний тип ПКГД; у 26,3% – тривожний тип ПКГД; у 15,8% – змішаний тип ПКГД. Депресивний тип ПКГД не був виявлений у жодної учасниці II групи.

Узагальнюючи отримані результати дослідження, можна побачити, що у більшості вагітних жінок, які мають перинатальні втрати в анамнезі, порівняно з жінками, які не мають подібного досвіду, діагностується високий

рівень психоемоційного напруження, особистісної та ситуативної тривожності, зниження активності та настрою. Також у таких жінок відзначається домінування тривожного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти, що супроводжується виникненням та розвитком різних страхів та побоювань з приводу перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, розвитку майбутньої дитини тощо. Слід зазначити, що перебування в такому психологічному стані нерідко зумовлює погіршення загального соматичного здоров'я жінки та підвищує ризик ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, народження дитини з різними вадами, а також подальшого формування неадекватної материнської поведінки по типу гіперпротекції. Отже, не виникає сумнів у необхідності організації комплексного медико-психологічного супроводу вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі.

Враховуючи специфіку переживання ситуації перинатальних втрат, психологічні особливості періоду вагітності та особливості психоемоційного стану вагітних, ми розробили програму психологічного супроводу вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі [4]. Мета програми – стабілізація психоемоційного фону вагітної жінки, попередження та корекція дезадаптаційних станів, підготовка до майбутнього материнства. Об'єктами роботи виступають вагітні жінки з перинатальними втратами в анамнезі. Заняття проводяться 1 раз на тиждень тривалістю 1,5 години, починаючи з 22–23 тижня вагітності. Загальна кількість занять – 15 занять. Робота проводиться як в індивідуальній, так і груповій формі. Також до роботи залучається й майбутній батько або

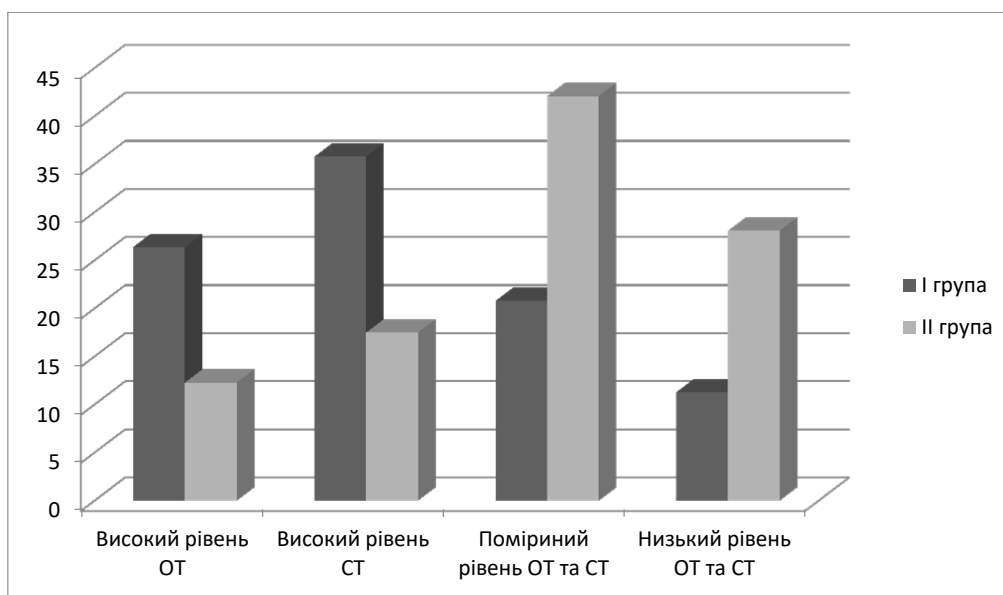


Рис. 2. Порівняльні результати дослідження за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (у %)

інша близька для вагітної жінки людина, що сприяє організації всебічної підтримки жінки не тільки з боку фахівців, але й з боку близького оточення. Під час занять застосовуються психотерапевтичні техніки та методи, елементи тренінгової форми роботи, індивідуальні та групові бесіди.

Авторська програма розрахована на три етапи, кожен з яких складається з п'яти занять. Так, на початку роботи з вагітними важливим та необхідним є проведення комплексного психодіагностичного дослідження, метою якого є оцінка актуального психоемоційного стану та виявлення індивідуальних психологічних особливостей жінок. Особливо значущим у роботі з даною групою є створення позитивної, доброзичливої та заспокійливої атмосфери. Головним завданням *першого етапу* роботи є стабілізація психоемоційного фону вагітних жінок. Значна увага приділяється виявленню та корекції страхів вагітних, опануванню ефективних засобів саморегуляції психічних станів. На *другому етапі* відбувається профілактика розвитку дезадаптаційних станів. Проводиться аналіз індивідуальних емоційних переживань вагітних, пов'язаних із досвідом переживання ситуації перинатальної втрати. Заняття *третього етапу* спрямовані на формування готовності вагітної до пологів, післяпологового періоду та ситуації взаємодії з новонародженою дитиною. Також на цьому етапі відбувається профілактика розвитку неадекватного ставлення до прийняття та реалізації ролі матері. Оцінка ефективності запропонованої програми відбувається на підставі появи таких новоутворень у вагітної жінки, як стабілізація психоемоційного стану, позбавлення від негативних переживань та різного роду страхів, пов'язаних із негативним досвідом попередньої вагітності, підвищення рівня психологічної готовності до пологів та післяпологового періоду, формування адекватного ставлення до ситуації материнства.

**Висновки.** Переживання ситуації перинатальних втрат виступає серйозним психотравмуючим фактором, який позначається на функціонуванні організму на всіх рівнях з порушенням діяльності його функціональних систем, а також може впливати на формування патологічної нейроендокринної відповіді та неадекватного емоційного реагування у подальшому, що створює реальну загрозу як для соматичного, так і для психічного здоров'я і життя жінки, а також благополуччя сім'ї в цілому. З огляду на сучасні дослідження в галузі перинатальної психології одним із пріоритетних напрямів у сучасній акушерській практиці мають стати питання, пов'язані з системною організацією та наданням ефективної комплексної медико-психологічної допомоги не тільки жінкам, а й сімейним парам

як в ситуації перинатальної втрати, так і в ситуації наступної вагітності після переживання травматичного досвіду невдалого батьківства з метою стабілізації їх соматичного та психоемоційного стану та попередження розвитку у них різних дезадаптивних станів, які призводять до зниження якості життя і порушення їх подальшого особистісного функціонування. Представлена програма психологічного супроводу вагітних жінок, які мають перинатальні втрати в анамнезі, виступає одним із можливих варіантів надання психологічної допомоги, спрямованої не тільки на пропрацювання травматичного досвіду, що має місце, але й на активізацію особистісних ресурсів вагітної жінки, що необхідно для її подальшого ефективного функціонування у ролі матері.

Перспектива наших подальших досліджень полягає у запровадженні авторської програми в межах комплексного медико-психологічного супроводу вагітних жінок з перинатальними втратами в анамнезі, що є особливо актуальним, оскільки збереження та відновлення репродуктивного потенціалу виступає надзвичайно важливим завданням для нашої країни в реаліях сьогодення.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Астахов В.М., Бацилева О.В., Пузь І.В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/734543>.
2. Астахов В.М., Бацилева О.В., Пузь І.В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок з різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22. № 5 (122). С. 701–708. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2020.5.214762>.
3. Баранова В. Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності. *Перинатологія і педиатрія*. 2017. № 1 (69). С. 70–73. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology\\_2017\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2017_1_12).
4. Бацилева О.В., Астахов В.М., Пузь І.В. Програма психологічного супроводу вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей)* : матеріали III міжрегіональної наук.-практ. конф., м. Харків, 26 жовтня 2019 р., ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2019. С. 15–17.
5. Пузь І.В. Перинатальна втрата як кризова ситуація розвитку особистості жінки. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя* : матеріали IV Міжнародної наук.-практ. конф., м. Суми, 22–23.02.2018 р. ; Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДУ імені А.С. Макаренка, 2018. С. 294–296.
6. Asselmann E., Kunas S.L., Wittchen H.U., Martini J. Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective

longitudinal study. *PLoS One*, 2020. 15(8). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237609>.

7. Astakhov V., Batsylyeva O., Puz I., Shudrikova N. Features of the organization of medical and psychological assistance in the situation of perinatal losses. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27. № 3. С. 44–50 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.3.265829>.

8. Horesh D., Nukrian M., Bialik Y. To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major

depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*. 2018. № 53. P. 95–100. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.02.003>.

9. Lazarides C. et al. The association between history of prenatal loss and maternal psychological state in a subsequent pregnancy: an ecological momentary assessment (EMA) study. *Psychological Medicine*. 2021. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291721002221>.