

УДК 159.923:61
DOI 10.32782/pub.health.2022.2.3

Гільман Анна Юріївна,
кандидат психологічних наук, старший викладач
кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання
Національного університету «Острозька академія»

Мазяр Катерина Вікторівна,
бакалавр громадського здоров'я
Національного університету «Острозька академія»

ДОСЛІДЖЕННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ЖІНОК У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

У статті розглянуто прояви негативних психічних станів у жінок у період вагітності. Описано емпіричне дослідження негативних психічних станів у жінок віком від 18 до 25 років у період вагітності. Охарактеризовано фактори, що детермінують тривожність у вагітних жінок. Визначено, що психічні стани у жінок у період вагітності характеризуються складністю, інтегративністю, цілісністю, поліфункціональністю та поліструктурністю. Їх виникнення спричинене особливостями суб'єкт-ситуаційної взаємодії жінок, що зумовлена її смисловою системою та конкретною психологічною ситуацією, у зв'язку із чим їм характерна тривога, стрес та депресія. З'ясовано, що для жінок (віком 18–25 років) у період вагітності зазвичай характерний високий рівень фрустрації та тривожності, середній рівень агресивності та високий рівень ригідності, що вказує на емоційно негативно насичене переживання молодих осіб у період вагітності щодо виношування дитини та подальших пологів.

У статті визначено та проаналізовано, що для вагітних жінок із помірною та вираженою депресією притаманна розгубленість, нестійкість уваги, відчуття безпорадності, незрозуміння простих ситуацій та змін свого психічного стану. Для обох груп жінок характерним є такий негативний стан, як тривога, незрозуміле відчуття зростаючої небезпеки, передчуття катастрофи, напружене очікування трагічного результату. Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, перебільшеними виразними актами тощо. Для вагітних жінок з легкою депресією характерний стан дисфорії.

Розроблено практичні рекомендації щодо психопрофілактики депресії під час вагітності.

Ключові слова: вагітність, психічні стани, фрустрація, агресивність, тривожність, ригідність, депресія, стрес.

Hilman, A. Yu., Maziar, K. V. THE RESEARCH ON NEGATIVE MENTAL STATES IN WOMEN DURING PREGNANCY

The article deals with the manifestations of negative mental states in women during pregnancy. An empirical study of negative mental states in women aged from 18 to 25 during pregnancy is described. The factors that determine anxiety in pregnant women are characterized. It has been established that the mental states of women during pregnancy are characterized by complexity, integrity, multifunctionality and polystructurality. Their occurrence is caused by the peculiarities of the subject-situational interaction of women, which is due to its semantic system and a specific psychological situation, in connection with which anxiety, stress and depression are characteristic. It was found that women (aged 18–25 years) during pregnancy are usually characterized by a high level of frustration and anxiety, an average level of aggressiveness and a high level of rigidity, which indicates an emotionally negatively saturated experience of young people during pregnancy regarding childbearing and childbirth.

The article defines and analyzes that pregnant women with moderate and severe depression are characterized by confusion, instability of attention, a sense of helplessness, misunderstanding of simple situations and changes in their mental state. Both groups of women are characterized by such a negative state as anxiety, an incomprehensible feeling of increasing danger, a premonition of a catastrophe, and a tense expectation of a tragic result. Anxiety is accompanied by motor excitement, anxious exclamations, exaggerated expressive acts, etc. Pregnant women with mild depression are characterized by a state of dysphoria.

Practical recommendations for the psycho prophylaxis of depression during pregnancy have been developed.

Key words: pregnancy, mental states, frustration, aggressiveness, anxiety, rigidity, depression, stress.

Вступ. Психологія материнства є однією з найбільш складних та не досить розроблених галузей нинішньої науки. Вчені аналізують стан вагітності як певний період стресу, емоційної кризи, поворотного пункту в житті жінки. Під час вагітності відбувається значна зміна свідомості жінки

та її відносин з навколишнім світом. Досить важливою є зміна загального способу життя, входження в материнську роль.

Беззаперечним є той факт, що кожна жінка переживає вагітність по-своєму. Більше того, одна і та сама жінка по-різному переживає декілька

станів вагітності. У цьому аспекті багато що залежить від загального психічного стану матері, особливо від того, як саме вона ставиться до власної вагітності та до майбутнього народження немовля. Певні ускладнення в переживанні вагітності досить часто спровоковані появою тривоги за її успішний результат.

У таких жінок, які протягом усього часу вагітності зберігають позитивне ставлення до себе, до майбутньої дитини та досить високо їх цінують, пологи та вагітність проходять без будь-яких труднощів, не спостерігається післяпологової депресії, а в післяпологовий період такі жінки доволі просто беруть на себе роль люблячої, турботливої, розуміючої матері [6; 10].

Актуальність дослідження зумовлена тим, що народження дитини та вагітність є певним коротким, але доволі важливим етапом у житті жінки. Разом із тим фізіологію та психологію жінки, яка є вагітною, потрібно розглядати не відокремлено, а як єдину цілісну систему. Досить часто психічні та нервові порушення, зафіксовані у дітей, безпосередньо пов'язані з відповідними особливостями знаходження немовля в утробі матері. З огляду на те, що така проблема є такою гострою та мало досліджена, вона потребує нових шляхів рішень та досліджень.

Досить вагомих внесок у дослідження негативних психічних станів у жінок у стані вагітності внесли такі вчені, як: А. Захаров, А. Варга, В. Астахова, В. Брутман, Н. Бондаренко, Т. Наритник, Г. Філіппова, Е. Агнаєва, І. Гранділевська, І. Добряков, І. Хамітова, М. Чибісова, Н. Кедрова, О. Слободяник, Н. Мамишева, Н. Коваленко, С. Мінюрова, Т. Леус та інші.

У роботах цих дослідників-психологів доволі ретельно та тонко досліджені особливості психологічного стану жінки під час вагітності, динаміку таких станів, пов'язану з успішністю її пристосування до ролі матері. Однак не досить вивченим залишається питання дослідження негативних психічних станів у жінок під час вагітності.

Мета дослідження – дослідити негативні психічні стани у жінок у період вагітності.

Матеріали та методи: *теоретичні:* аналіз психолого-педагогічної літератури; *емпіричні:* тестування (методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», методика «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. Жмурова), методи описової статистики.

Результати дослідження та обговорення. У психологічній науці вагітність визначають насамперед як певний етап загального розвитку материнської сфери жінки, яка готує її до май-

бутньої реалізації функцій материнства в постнатальному періоді, іншими словами, певний етап психологічного становлення та підготовки жінки як матері [2]. Такий процес безпосереднього переходу до материнства відбувається на всіх рівнях: ментальному, фізичному, перетворюючому тіло та душу жінки, емоційному. Гормональний фон вагітності може спричинити доволі часті підвищення тривожності, змін лібідо, зміни настрою, сльозливості та стомлюваності, а також до інших емоційних змін, які важко передбачити [9].

Аналізуючи стан вагітності як певну стадію розвитку, можна виокремити головні відмінні характеристики такого проміжку часу. У загальному зміни безпосередньо торкаються трьох рівнів життя людини: психофізіологічного, психологічного та фізіологічного.

У перші місяці вагітності жінки найбільш помітними є зміни, які торкаються сенсорного сприйняття жінки. Фактично кожна вагітна жінка, без винятку, сповіщає про зміну у відчутті смаків та запаху, що власне може спостерігатися доволі рано, а саме з другого тижня вагітності. Разом із тим у вагітних досить часто спостерігається змінене сприйняття кольорів, звуків, образів зорового характеру. Досить часто вагітним жінкам не до вподоби досить гучна музика, вони переважно полюбують медитативну або класичну музику. Великій кількості вагітних жінок не до вподоби певні напої та їжа. Досить активно посилюються нюхові відчуття. У такий період вагітні жінки розпочинають детальніше відчувати гармонію та красу. Також вони досить чутливі до сполучень кольорів.

Зміни в психологічній сфері жінки під час вагітності проявляються у так званому синдромі вагітності, який являє собою відповідний стан психогенного характеру, що є обмеженням певним часовим періодом, що бере свій початок не в день зачаття, а під час розуміння жінкою власного нового становища та закінчується не народженням дитини, а в результаті так званої «підмаліонізації» власного немовля. Власне синдром вагітності жінка переживає на рівні несвідомому та має деякі межі, обмежені часом, та характеризується деякими симптоматичними проявами [7].

На найпершому етапі досить часто випробується афект розуміння себе вагітною жінкою. В межах такого симптому чим більший у вагітної жінки інтелектуальний та соціальний рівень, чим більше вона професійна, успішна та незалежна, тим важче їй буде зважитися стати матір'ю, тим більше питань про сенс дітонародження буде визначено нею перед собою.

Наступною стадією розвитку синдрому вагітності є рефлексивне розуміння власного нового образу – «Я вагітна». Для такого етапу характерним є визнання змін фізіологічного характеру у власному організмі. Дійсні нейроендокринні та біологічні зміни, що супроводжують вагітність, мають здатність чинити досить глибокий вплив психологічного характеру на жінок, які при надії. З огляду на те, що такі зміни мають досить активний характер на самому початку вагітності, необхідний певний проміжок часу для звикання до них. Переживання жінки емоційного характеру впродовж самого першого стресу визначається такими проявами, як блювота, нудота, головний біль, запаморочення та порушення апетиту [6; 14].

На досить велику увагу заслуговує так званий симптом емоційної лабільності, що характерний для всього періоду вагітності жінки. Такий симптом являє собою певну дезадаптивність емоційного характеру, що проявляється у відповідних змінах настрою. У певної кількості жінок з'являється відчуття вищої насолоди та задоволеності, а також збільшується пасивність. В інших у такий момент часу підвищується фізична активність та з'являється певна легка форма депресії, можливо, через те, що вагітна робить спроби заперечити нове відчуття власної пасивності, що з'явилося у неї. Загальні настроєві коливання здатні виражатися в різноманітному ступеня напрузі внутрішнього характеру, а саме в повільності, відчуттях нудьги, в наростаючому невдоволенні власне собою, у певному вербалізованому почутті деякої пригніченості.

У результаті гормональних і фізичних змін в організмі вагітної жінки відбувається трансформація її психічного стану.

Із самого початку вагітності утворюється гормон вагітності, або хоріонічний гонадотропін. Цей гормон стимулює збільшення утворення прогестерону і тим самим пригнічує менструацію. Близько сідмдесятого дня утворення гормону вагітності досягає свого максимуму, потім знижується, позаяк його функцію з підтримки вагітності в цей час більшою мірою приймають гормони плаценти.

Гормон прогестерон заспокоює психіку, надає заспокійливу дію на матку для збереження вагітності. Водночас він впливає на весь організм. Наслідком його впливу є деяка загальмованість, втома. У плаценті виробляються гонадотропні та естрогенні гормони, плацентарний лактоген, соматотропін. Вони стимулюють ріст грудей, сприяють підготовці молочних залоз до лактації, впливають на процеси росту матки і плоду.

Естроген пробуджує в майбутньої матері стадавні інстинкти, наприклад інстинкт «гнізда» і пов'язані з ним турботи облаштування куточка для дитинчати і підготовки предметів догляду за ним.

Також у плаценті виробляється релаксин, який сприяє розм'якшенню кісток тазу і шийки матки. Завдяки його дії сухожилля і суглоби в ділянці тазу наприкінці вагітності стають м'якшими і більш гнучкими. Крім того, релаксин викликає сильне почуття жіночої самосвідомості.

Виробляються також гормони «радості» – ендорфіни. Вони також є природними знеболюючими речовинами [5; 9; 12].

З часу внутрішнього сприйняття та розуміння себе як вагітної у жінки може проявлятися симптом певного суперечливого відношення до вагітності. На думку дослідників М. Радіонова та В. Брутман, навіть найбажаніша вагітність є забарвленою певним афектом суперечливості, в котрому разом є присутніми оптимізм, радість, насторожене очікування та надія, печаль, страх. У такому випадку виникають страхи та побоювання, які безпосередньо пов'язані з пологами. У вагітної розпочинається невпевненість та паніка у власних можливостях стати хорошою матір'ю та народити; з'являється побоювання за здоров'я дитини, певна стурбованість за можливе погіршення матеріального становища власної сім'ї, перед можливим обмеженням власної свободи і, зрештою, переживання власної тілесної метаморфози та пов'язаної з цим сексуальної непривабливості [8].

Надалі з'являється досить характерна для періоду вагітності перебудова психічної самосвідомості особистості вагітної з подальшим включенням у неї дитячого образу. У такий момент майбутньою матір'ю відбувається переживання зародження нового життя в ній. Такий етап розпочинається у той момент, коли вагітна розпочинає відчувати найперші ворухіння немовляти. У міру збільшення плоду чуттєвий компонент таких відчуттів набуває яскравішої форми та отримує певний відтінок предметності. Вагітна в такий період досить часто починає розуміти поведінку майбутньої дитини таким чином: «турбується», «веселиться», «прокинувся» тощо. Вагітність, що наділена певним змістом, стає натхненником майбутньої матері, утворює певний афективний фон, котрим вона одухотворяє власне майбутнє дитини, її існування викликає певне почуття ніжності, забарвлюється в певні емоційні теплі тони. Певна група жінок буває настільки занурена в такі переживання, що в їхній поведінці також з'являються певні риси дитячості. Вагітні стають

великою мірою безпорадними, сензитивними та розм'якшеними. На думку науковців, у цей період вагітності досить часто з'являється внутрішній діалог матері з дитиною. Особливий стан емоційного піднесення забезпечує утворення образу дитини, що активно вмикається в жіночій самосвідомості. Для такого образу характерним є наповнення незвичайним чуттєво-сутнісним змістом, що можна описати як «спорідненість» та «єдність». Симптом прийняття нового життя у собі є вершиною синдрому вагітності, будучи певним індикатором переробки, сприйняття, а також оцінки жінкою досвіду такого стану психофізіологічного характеру. Для цього стану характерною є певна відповідальність за долю дитини, сні, фантазії та мрії про неї [2; 4; 6; 14].

Наступним і одним з найбільш емоційно насичених та яскравих симптомів є власне симптом страху перед майбутніми пологамі. З великою вірогідністю кожна вагітна жінка певною мірою відчуває конфлікт внутрішнього характеру, що виражається, з одного боку, в певному бажанні врешті-решт народити дитини, а з іншого боку, все ж таки якимось чином уникнути пологів.

Є певні фактори, що детермінують тривожність у майбутніх мам, а саме:

1. Можливі ускладнення під час вагітності, що можуть безпосередньо вплинути на здоров'я новонародженого. Загальний спектр хвилювань у такому випадку досить об'ємний: від досить шкідливої для здоров'я жінки роботи за комп'ютером до незроблених колись щеплень та боязні захворюти на краснуху або грип.

2. Незапланована спонтанна вагітність: побачивши позитивні результати тесту на вагітність, жінка розпочинає судорожно згадувати, які саме алкогольні напої вона пила, скільки викурювала сигарет і які саме ліки приймала. У тому разі коли результати підрахунків досить невтішні, відповідно починається паніка.

3. Генетичні страхи: народження дитини, яка буде неповноцінною внаслідок безповоротних причин природного характеру.

4. Боязнь пологів: певне відчуття безпорадності, очікування болю, відсутність влади над своїм тілом.

5. Естетичні страхи: деяка боязнь тих змін, що проходять з жінкою та її фігурою.

6. Один з найбільш поширених страхів – страх про здоров'я майбутньої дитини.

7. Боязнь відповідальності за долю дитини: ніхто такою мірою не відповідає за життя і здоров'я іншої людини, як мати за дитя.

8. Страх стати поганою матір'ю: сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною.

9. Страх майбутнього: різноманітних змін у сім'ї, безпосередньо пов'язаних з появою дитини – від житлових та матеріальних труднощів до повної зміни відносин з чоловіком та кінця професійної кар'єри [7].

Отже, активний вплив психічних негативних станів позначається на різноманітних сферах особистості. Так, на психофізіологічному рівні погіршується стан здоров'я, самопочуття, можлива поява певних психоневрологічних та психосоматичних захворювань. У когнітивній сфері мінімізується включеність процесів пізнавального характеру у певну діяльність. Дослідження У. Найссера, М. Юсупова, Д. Люсіна, С. Рубінштейна, Я. Рейковського підтверджують зумовленість особливостей перебігу інтелектуальних процесів психічними станами особистості [3; 5; 11; 13]. Психічний стан відповідно до свого знаку викликає одну зі схем перцепції, спрямовуючи тим самим певні когнітивні процеси особистості, а особливо сприйняття. Психолог С.Л. Рубінштейн, аналізуючи загальний вплив психічних станів на процеси психіки, порівнював їх з відповідними шлюзами, що встановлюються на деякій висоті, адаптують протікання вольових, пізнавальних та інших процесів, визначають певні динамічні аспекти роботи та залежать від змістової їх характеристики [13]. На рівні особистості утворюється певна емоційна вразливість, неадекватна самооцінка, дезадаптованість, невпевненість у собі, захисні форми поведінки (маніпулятивної, агресивної, конфліктної, девіантної тощо), порушується перебіг процесів самопізнання та саморозвитку, зменшується мотивація, розвиваються неефективні поведінкові патерни, небажані особистісні, професійні якості тощо [7; 13; 14].

Отже, протягом усього періоду вагітності жінка переживає різні психічні стани та має як позитивні, так і негативні емоційні реагування на стимули навколишнього середовища. Насамперед жінкам у період вагітності характерні типові негативні психічні стани, такі як тривога, депресія та стрес.

З метою дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності було сплановане та проведене емпіричне дослідження, яке реалізоване на базі Локачинської центральної районної лікарні.

Пошук вибірки здійснювався стихійно. Вибірку становили 40 осіб. Вік жінок – від 18 до 25 років.

За методикою Г. Айзенка «Діагностика самооцінки психічних станів» було з'ясовано особливості самооцінки психічних станів респонденток (табл. 1).

Отже, з таблиці видно, що у 75% опитаних жінок віком від 18 до 25 років – високий рівень тривожності, 25% мають середній рівень. Більшість респонденток тривожні, лише у небагатьох простежується тривожність допустимого рівня. У жінок віком від 35 до 45 років низький рівень тривожності було виявлено у 6 (30%), середній рівень – у 12 (60%) та високий рівень – у 2 (10%). Графічно отримані результати представимо на рис. 1.

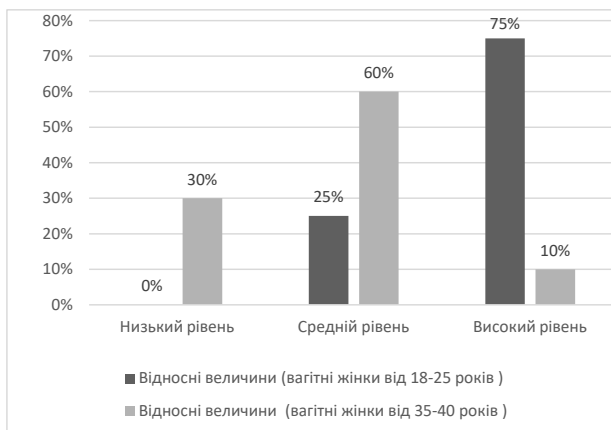


Рис. 1. Рівень тривожності у вагітних жінок

Високий рівень тривожності свідчить про більше переживання вагітних жінок віком

18–25 років за перебіг вагітності, ніж старших жінок. Переважання середнього та низького рівня тривожності у жінок віком від 35 до 40 років свідчить про те, що вони теж переживають за перебіг вагітності, але в більшості це вже не перші пологи, тому вони менш тривожні, ніж молодша група жінок.

У вагітних жінок віком 18–25 років низький рівень фрустрації був виявлений у 6 (30%), середній рівень – у 5 (25%) та високий рівень – у 9 (45%).

Такі результати молодих жінок можуть свідчити про високу агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай.

Натомість у жінок віком від 35 до 40 років низький рівень фрустрації був виявлений в 14 (70%), середній рівень – у 5 (25%) та високий рівень – у 1 (5%). У старшої групи жінок всі негативні психічні стани мають значно менший прояв (рис. 2).

Під час дослідження агресивності вагітних жінок за методикою Айзенка було встановлено, що низький рівень агресивності притаманний лише 3 (15%), середній рівень – 15 (75%), а високий – 2 (10%). Можна зробити висновок, що молоді жінки переважно мають помірну ворожість стосовно інших людей. У жінок віком від 35 до 40 років було встановлено, що низький рівень агресивності переважає у 14 (70%), середній рівень – 4 (20%), а високий – 2 (10%). Отже, у більшості жінок старшого віку рівень агресивності менший, ніж у жінок молодшого віку (рис. 3).

Таблиця 1

Результати діагностики самооцінки психічних станів

№	Психічний стан	Абстрактні величини (вагітні жінки 18–25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки 35–40 років)	Відносні величини %
1	Тривожність				
	Низький рівень	0	–	6	30 %
	Середній рівень	5	25 %	12	60 %
	Високий рівень	15	75 %	2	10 %
2	Фрустрація				
	Низький рівень	6	30 %	14	70 %
	Середній рівень	5	25 %	5	25 %
	Високий рівень	9	45 %	1	5 %
3	Агресивність				
	Низький рівень	3	15 %	14	70 %
	Середній рівень	15	75 %	4	20 %
	Високий рівень	2	10 %	2	10 %
4	Ригідність				
	Низький рівень	2	10 %	8	40 %
	Середній рівень	6	30 %	8	40 %
	Високий рівень	12	60 %	2	20 %

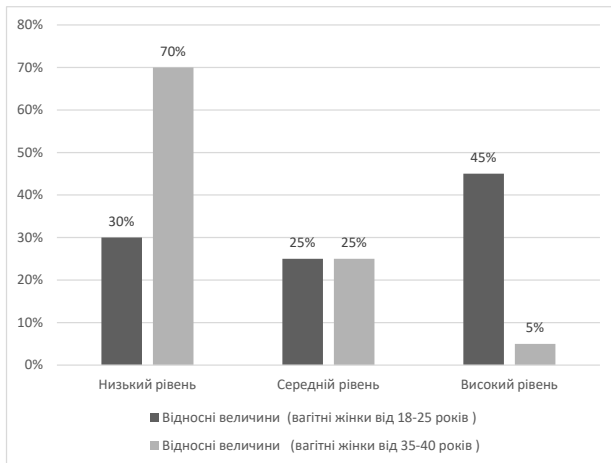


Рис. 2. Рівень фрустрації у вагітних жінок

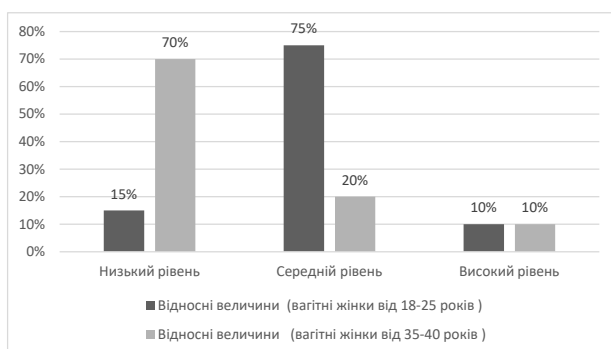


Рис. 3. Рівень агресивності у вагітних жінок

Результати діагностики рівня ригідності говорять про те, що у жінок низький рівень ригідності був виявлений у 2 (10%), середній – у 6 (30%), а високий – у 12 (60%). Це свідчить про високий ступінь залякності, млявості, нерухливості почуттів, таким жінкам важко перебудовуватися для виконання завдань, якщо цього потребують обставини. У жінок віком 35–40 років низький рівень ригідності було виявлено у 8 (40%), середній рівень – так само у 8 (40%), а низький рівень – у 2 (20%) (рис. 4).

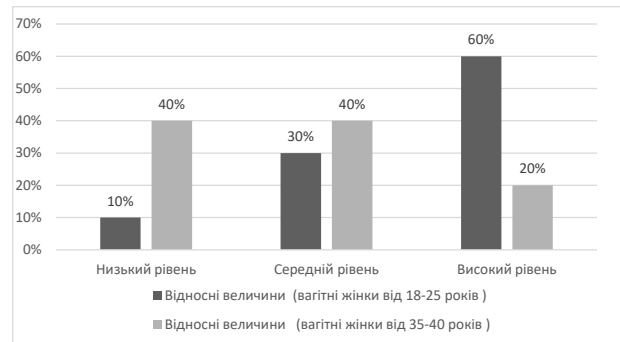


Рис. 4. Рівень ригідності у вагітних жінок

Отримані результати за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. Жмурова представимо в таблиці 2.

Таким чином, проаналізувавши таблицю 2, можна зробити висновок, що у вагітних жінок спостерігається відсутність депресії лише у 1 (5%), натомість у жінок старшої групи депресії немає в 2 (10%). У 2 (10%) жінок віком від 18 до 25 років була зафіксована мінімальна депресія, відповідно у вагітних віком 35–40 років – у 3 (15%).

Легка депресія була встановлена у 2 (10%) вагітних віком 18–25 років та у 3 (15%) жінок старшого віку. Помірна депресія була характерною майже для однакової кількості жінок обох груп. Так, у 6 (30%) вагітних жінок було виявлено таку депресію, відповідно у жінок віком 35–40 років – у 5 (25%).

Виражена депресія була досить характерною для 8 (40%) жінок віком від 18 до 25 років та лише 1 (5%) жінки віком 35–40 років. Глибока депресія була діагностована в 1 (5%) жінки молодшого віку та в 1 (5%) вагітної старшого віку. Отже, можна зробити висновок, що жінки віком від 18 до 25 років мають прояви депресії вищі, ніж жінки старшого віку.

Таблиця 2

Результати диференціальної діагностики депресивних станів

№	Депресивні стани	Абстрактні величини (вагітні жінки 18–25 років)	Відносні величини %	Абстрактні величини (вагітні жінки 35–40 років)	Відносні величини %
1	Депресія відсутня або незначна	1	5 %	2	10 %
2	Депресія мінімальна	2	10 %	3	15 %
3.	Легка депресія	2	10%	8	40%
4	Помірна депресія	6	30 %	5	25%
5	Виражена депресія	8	40%	1	5 %
6	Глибока депресія	1	5%	1	5%

Отже, для молодих вагітних жінок характерними є виражена та помірна депресія. Для таких жінок притаманний такий негативний стан, як розгубленість, тобто гостре відчуття невміння, безпорадності, нерозуміння найпростіших ситуацій та змін свого психічного стану. Типові надзміненість, нестійкість уваги, запитливий вираз обличчя, пози й жести спантеличеної і вкрай невпевненої людини.

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. Емоційна енергія діє настільки потужно, що виникають своєрідні фізичні відчуття: «всередині все стислося в клубок, напружилосся, натягнулося як струна, ось-ось порветься, лусне...». Тривога супроводжується руховим збудженням, тривожними вигуками, відтінками інтонацій, перебільшеними виразними актами.

Для вагітних жінок притаманною є легка депресія, для якої характерним є такий стан, як дисфорія («погано переносити», «несу погане, недобре»). Похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями.

За результатами проведеного емпіричного дослідження було розроблено практичні реко-

мендації щодо психопрофілактики депресії під час вагітності, які спрямовані на створення сприятливого емоційного фону та впевненості у нормальному перебігу вагітності й майбутніх пологів, вироблення навичок з подолання страху перед пологами й можливим больовим відчуттям (практичні рекомендації засновані на положеннях когнітивно-біхевіорального підходу за А.Беком та раціонально-емотивної терапії за А. Еллісом).

Отже, загалом цілі дослідження досягнуті, результати роботи є оригінальними, потенційні методологічні обмеження полягають у тому, що бракує у вибірці дослідження жінок зрілого віку у стані вагітності.

Висновки. Отже, в результаті проведеного дослідження було з'ясовано, що для жінок (віком 18–25 років) у стані вагітності зазвичай характерний високий рівень фрустрації та тривожності, середній рівень агресивності та високий рівень ригідності, що вказує на емоційне негативно насичене переживання молодих осіб у період вагітності щодо виношування дитини та подальших пологів. Розроблено рекомендації щодо психопрофілактики депресії під час вагітності.

Перспективою дослідження є визначення статично значимого зв'язку між показниками тривожності та агресивності, ригідності та фрустрації у жінок у період вагітності.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Астахов В.М. Психологическое сопровождение беременных в современных условиях. *Здоровье женщины*. 2014. № 4 (90). С. 58–61.
2. Білий Є.Є., Грищенко В.М., Хаймах К.І. Стан репродуктивного здоров'я жіночого населення України. *Збірник матеріалів науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів KHLASM Kharkiv International Annual Scientific Meeting*. 30–31 травня 2019. Харків. С. 45.
3. Брутман В.И. «Девиантное материнское поведение». *Московский психотерапевтический журнал*. № 4. 1996 г. С. 26.
4. Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов. *Сборник материалов конференции «Перинатальная психология и родовспоможение»*. Санкт-Петербург. 1997. С. 54.
5. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. 2-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 783 с.
6. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Санкт-Петербург. 1998. 378 с.
7. Люсин Д.В. Эмоциональная регуляция когнитивных процессов. *Когнитивная психология : учебник для вузов*. Москва : ПЭР СЭ, 2002. С. 333–346.
8. Могілевкіна І.О., Бабенко О.М., Карасьова О.В. Депресивні стани під час вагітності та в післяпологовому періоді. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 2016. № 2. С. 133–139.
9. Нікогосян Л.Р. Принципи організації психопрофілактичних заходів у вагітних жінок. *15-й міжн. мед. конгрес студентів та молодих вчених*. Тернопіль : ТДМА, 2011. С. 181.
10. Прокопенко А.В. Психологічна готовність до материнства як психогігієнічна умова усвідомленої вагітності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка*. 2013. Вип. 22. С. 156–159.
11. Психосоматические аспекты беременности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1995. № 4. С. 17–22.
12. Шалимова Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности : практическое пособие. Москва : АРКТИ, 2006. 232 с.
13. Шрамко І.А. Ставлення жінок до власного життя в умовах вагітності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон : Гельветика, 2018. Вип. 4. С. 233–240.
14. Юрченко В.М. Психічні стани людини: системний опис : монографія. Рівне, 2006. 574 с.
15. Frolova T.V., Lazurenko V.V., Pasiyeshvili N.M., Amash A.G., Bilyi Ye.Ye., Stenkova N.F. Placental Dysfunction: health status, nutritional status and mineral profile of a mother-child pair. *Wiadomosci lekarskie*. Warsaw, Poland : 1960. 2020. 73 (1). P. 95–98.