

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ЖІНОК У
ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД**

**Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**

Виконала: здобувачка другого
(магістерського) рівня
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної (наукової)
програми Психологія
Дар'я Лапшина

Керівник к.психол.н. Олена Танасійчук

Рецензент к.психол.н., доцент Інна
Чугуєва

Івано-Франківськ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ	7
1.1. Основні наукові підходи до визначення сутності поняття «емоції» та їх класифікації	7
1.2. Розлади емоцій	19
1.3. Психологічні чинники емоційних розладів жінок у післяпологовий період	28
Висновки до першого розділу	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД.....	37
2.1. Організаційно-методична процедура дослідження	37
Завдання дослідження:.....	37
Етапи дослідження:.....	38
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	42
Результати дослідження рівня тривожності досліджуваних (за методикою Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності	42
2.3. Психологічна допомога жінкам з проявами емоційних порушень	50
Висновки до другого розділу	57
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61

ВСТУП

Актуальність теми. Вивчення емоційних станів жінок у післяпологовому періоді насамперед підпорядковане фізіологічним процесам даного етапу. Формування психологічної готовності жінки до народження дитини, до догляду за нею підпорядковане певній динаміці змін в емоційній сфері та фізіологічному стані в період вагітності та після пологів. Народження дитини розглядається як критичний період в особистісному розвитку жінки, як етап серйозного перегляду життєвих перспектив, який може супроводжуватися внутрішньо особистісними конфліктами, що мають несприятливий вплив на розвиток дитини.

Емоційні стани та їх прояви у жінок у післяпологовому періоді за модальністю, вираженістю та тривалістю мають особливу специфіку та відрізняються від подібних проявів в інші значущі періоди життя. Важливе клініко-психологічне значення мають виникнення та розвиток таких негативних емоційних станів у жінок у післяпологовому періоді, які можуть мати тривожно-депресивні прояви, пов'язані з підготовкою та переживанням стресової ситуацією пологів та адаптацією до процесу догляду за дитиною, до виражених психотичних порушень. Розвиток депресивних емоційних станів у жінок у післяпологовому періоді впливає як на якість життя жінки, її функціонування, а й на соматичний стан та здоров'я дитини в цілому.

Вивченням динаміки емоційних станів у жінок у післяпологовому періоді, як комплексу психофізичних процесів, займалися сучасні науковці І. А. Анчева, О.В. Грабчак, В.М. Запорожан, А.С. Кондратова, В.І. Кузнєцова, Л.Р. Нікогосян, Т.М. Пушкарьова, О.Г. Хоминич, І.С. Шрамко та ін., що дозволило виявити специфіку розвитку післяпологових афективних порушень жінок та їх вплив на якість життя.

Вивчення специфіки емоційних станів у жінок у післяпологовому періоді дозволить побудувати адекватну модель медико-психологічного супроводу пологів та післяпологового періоду, а також психологічної допомоги та

профілактики післяпологової депресії та інших афективних розладів, психокорекції низького рівня якості життя жінки та індивідуальні особливості.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційну роботу виконано в межах тематики наукових досліджень кафедри психології Херсонського державного університету «Соціально-психологічні виміри становлення та розвитку особистості» (державний реєстраційний номер 0119U101096).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви емоційних порушень жінок у післяпологовий період.

Реалізація поставленої мети кваліфікаційної роботи зумовлює необхідність виконання таких **завдань** дослідження:

1. Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до проблеми вивчення емоційних порушень жінок у післяпологовий період.
2. Провести емпіричне дослідження емоційних порушень жінок у післяпологовий період.
3. Встановити психологічні чинники емоційних порушень жінок у післяпологовий період.
4. Визначити особливості психологічної допомоги жінкам з проявами емоційних порушень у післяпологовий період.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера особистості.

Предмет дослідження: психологічні чинники емоційних порушень жінок у післяпологовий період.

Відповідно до мети і завдань дослідження обрано й використано комплекс **методів та методик:** *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження психологічних чинників емоційних порушень жінок у післяпологовий період; *емпіричні* – експеримент, спостереження, бесіди, тестування; комплекс методик для дослідження: тест Спілбергера-Ханіна, з метою дослідження психологічного феномену тривожності; методика діагностики «емоційного виснаження» В. Бойка – для вивчення міри вираженості та симптомів синдрому емоційного

виснаження емоційних порушень жінок у післяпологовий період; особливості емоційних порушень жінок у післяпологовий період досліджувалася за допомогою опитувальника стратегій подолання стресових ситуацій (С. Хобфолла).

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що:

- *розкрито* сучасний зміст психоемоційних порушень у післяпологовий період;
- *визначено* психологічні чинники емоційних розладів жінок у післяпологовий період;
- *розроблено* рекомендації з психологічної допомоги жінкам з проявами емоційних порушень.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані викладачами ЗВО, практичними психологами в роботі із жінками, при поглибленні уявлень про психологічні особливості жінок з порушеннями афективної сфери, в жіночих консультаціях, перинатальних центрах, клініках, що надають медичні послуги і застосування допоміжних репродуктивних технологій, в роботі фахівців цих установ, а також в процесі психодіагностичної роботи і при наданні їм психологічної допомоги.

Апробація роботи. Матеріали кваліфікаційної роботи доповідались на VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної психології: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень молодих науковців» та на засіданні кафедри психології, факультету психології, історії та соціології Херсонського державного університету (протокол № 6 від 05.12.2022).

Публікації. За матеріалами кваліфікаційної роботи опубліковано статтю, що вміщена у збірник матеріалів VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної психології: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень молодих науковців» на тему: «Психологічні особливості депресивних розладів жінок у післяпологовому періоді».

Структура роботи : Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел.

Основний зміст роботи викладений на 65 сторінках друкованого тексту і вміщує 4 таблиць та 2 рисунки. Список використаних джерел нараховує 47 роботи класичних та сучасних дослідників.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ

1.1. Основні наукові підходи до визначення сутності поняття «емоції» та їх класифікації

Важлива роль емоцій підкреслювалася як стародавніми мислителями (Геракліт, Марк Аврелій, Платон, Піфагор, та ін.), так і сучасними філософами, психологами та педагогами. На сучасному етапі існує декілька підходів щодо визначення сутності емоцій.

За сучасними психологічними уявленнями емоції (від лат. *emovere* – збуджувати, хвилювати) – «це особливий клас психічних процесів і станів (людини та тварин), пов'язаних з інстинктами, потребами, мотивами та відображуваних у формі безпосереднього переживання (задоволення, радості, страху та ін.) значущі діючі на індивіда явища і ситуації для забезпечення його життєдіяльності. Емоції слугують одним із головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності та поведінки, які спрямовані на задоволення актуальних потреб» (Горностай П.П., Титаренко Т.М.) [27, с. 76].

Свою теорію стосовно формування емоцій висловив американський психолог польського походження Р. Зайонц. Він стверджував, що емоції можуть проявлятися без оцінки ситуації, тобто підсвідомо (Reevy G.M.) [45, с. 30].

Американські дослідники вживають цей термін, описуючи різноманітні емоційні реакції, такі як задріть, розчарування, роздратування, стрес. Так, американський психолог С. Шехтер інтерпретує емоції як фізіологічне порушення, що виникає внаслідок фізіологічного збудження та когнітивної оцінки (Schachter S. Emotion) [46]. Іншими словами, у відповідь на конкретну ситуацію відбувається фізіологічне збудження, яке потребує оцінки того, що викликало реакцію. Тип емоції, яка з'являється у відповідь на стимул, залежить не від фізіологічної реакції індивіда і відчуттів, що він при цьому переживає, а від суб'єктивної оцінки ситуації індивідом (Schachter S. Emotion) [46].

Автор енциклопедії емоцій Г. Ріві пропонує трактувати емоції як реакції на зовнішні та внутрішні чинники, які можуть тривати від декількох секунд до декількох годин (Reevy G.M.) [45, с. 24].

Словник української мови подає таке визначення поняття: «Емоція – це переживання людиною ставлення до дійсності, до особистого й навколишнього життя; душевне переживання, почуття людини. Такі психічні емоції, як радість, переляк, горе, страх, сором, особливо, коли вони з'являються несподівано, викликають похвильності або уповільнення скорочень серця».

У тлумачному словнику української мови запропоновано декілька визначень поняття «емоція»:

- 1) суб'єктивний стан людини чи тварини у формі переживань;
- 2) переживання людиною свого ставлення до дійсності, навколишнього середовища (Л. П. Вировець) [39].

У літературознавчому словнику-довіднику емоції трактуються як «психічні стани, акти, які проявляються у свідомості людини у вигляді переживань, чуттєвого збудження» (Гром'як Р.Т., Ковалів Ю.І.) [6, с. 228]. Емоції, за словником – довідником, відбивають ставлення людини до дійсності, як прості форми чуттєвого контакту з навколишнім середовищем (Гром'як Р.Т., Ковалів Ю.І.) [6, с. 228].

За визначенням, поданим Г.С.Костюком, емоції та почуття розглядають як «різноманітні переживання людини, в яких відображається хід її життєвих взаємовідношень із зовнішнім світом і іншими людьми».

М.Й. Варій зазначає, що емоцію звичайно розуміють як переживання, внутрішнє хвилювання (Варій М.Й.) [2, с. 488].

З позицій когнітивного підходу емоції є поєднанням почуттів, психологічних змін у свідомості людини в ході її пізнавальної діяльності. Частіше вони є вираженням психосоматичних станів особистості, а не власне її дій (Smith G.M.) [47, с. 103], тобто лише впливають на ментальні та тілесні реакції людини, але не втілюють їх.

Когнітивне тлумачення природи емоцій передбачає врахування, серед іншого, змін у психосоматичному стані людини з неемоційного на емоційний (Kövecses Z. Metaphor) [44, с. 52]. Переживання емоцій є процесом, що зароджується у підсвідомості людини і має імпульсивний, «квантовий» (Васюк К. М.) [3, с. 11] характер. Емоції розглядають як події, когнітивна модель яких передбачає п'ятиетапний сценарій їх створення і реалізації: причина – емоція – контроль – втрата контролю – поведінкова реакція (Kövecses Z. Metaphor) [44, с. 52]. Відповідно, емоції, з одного боку, впливають на внутрішній стан особистості (self – «passionaspect»), а з іншого, контролюють емоційну поведінку людини («actionaspect») [43, с. 206–208].

У когнітивній психології вивчення емоційних станів ґрунтується на розумінні психофізіологічних механізмів породження емоцій у ході пізнання людиною світу, що реалізуються у свідомості людини у формі переживання і відображають суб'єктивне значення об'єктів і ситуацій дійсності, регулюють діяльність особи. Це передбачає не лише з'ясування природи когнітивних процесів, які відбуваються під час створення емоцій та дослідження лінгвального втілення переживання персонажами емоцій у художніх текстах, а також з'ясування сутності явища емоційного резонансу (Коц С.М.) [14] як властивості художніх текстів пробуджувати у читачів певні почуття і емоції, подовжуючи час сприйняття текстів і надаючи їхній інтерпретації особистісного характеру.

Дослідивши запропоновані визначення, ми приймаємо за універсальне визначення таке, що пояснює емоції як суб'єктивне ставлення людини до предметів і явищ навколишньої дійсності. Інакше кажучи, індивідуальна реакція людини на зовнішні та внутрішні стимули.

Не менше суперечливих думок побутує і серед підходів до класифікації емоції. Питання про кількість і види емоційних реакцій обговорюють уже впродовж багатьох століть. Ще Аристотель виокремлював любов і ненависть, бажання й відразу, надію і розпач, боязкість і сміливість, радість і сум, гнів. Представники давньогрецької філософської школи стоїцизму стверджували, що емоції, маючи у своїй основі *два блага й два зла*, слід поділяти на чотири основні

пристрасті: *бажання й радість, сум і страх*. Далі вони поділяли їх на 32 другорядні пристрасті. Б. Спіноза вважав, що існує стільки видів задоволення, невдоволення й бажання, скільки є видів тих об'єктів, з боку яких ми зазнаємо афектів. Р. Декарт визнавав шість головних пристрастей: *подив, любов, ненависть, бажання, радість і сум* (Васюк К. М.) [3]. Як бачимо, поділ мотиваційних утворень (бажань) почуттів та емоцій у цих уявленнях відсутній, так само, як і поділ почуттів та емоцій.

Спроби дати універсальну класифікацію емоцій намагались багато вчених, і кожен з них висував для цього власні підстави. Т. Браун в основу класифікації поклав часову ознаку, поділивши емоції на безпосередні, тобто ті, що виявляються «тут і тепер», *ретроспективні й проспективні*. Він будував класифікацію на підставі ставлення до джерела дії.

Усі емоції Т. Браун поділяв на три групи:

- яким властивий механічний початок (інстинкти, звички);
- емоції із тваринним початком (апетит, бажання, афектації);
- емоції з раціональним початком (самолюбство, обов'язок) (Приходько Г. І.) [25, с. 151].

І. Кант зводив всі емоції до двох груп, в основі яких лежала причина виникнення емоцій: емоції сенсуальні та інтелектуальні. При цьому афекти і пристрасті він зараховував до вольової сфери (Васюк К. М.) [3].

М. Спенсер пропонував поділяти почуття за ознакою їхнього виникнення і відтворення на чотири класи. До першого він зараховував *презентативні почуття* (відчуття), що виникають безпосередньо під час дії зовнішніх подразників. До другого класу – *презентативно-репрезентативні*, або прості емоції, наприклад, страх. До третього класу – *репрезентативні емоції*, зумовлені поезією як подразником, що не має конкретного предметного втілення. Нарешті, до четвертого класу Спенсер зараховував *вищі, відсторонені, емоції*, які творяться без допомоги зовнішнього подразника абстрактним шляхом (наприклад, почуття справедливості) (Васюк К. М.) [3].

Основоположник наукової психології В. Вундт вважав, що кількість емоцій (точніше було б сказати – відтінків емоційного тону відчуттів) настільки велика (значно більше, ніж 50 000), що мова не має у своєму розпорядженні достатньої кількості слів для їхнього позначення (Васюк К. М.) [3].

Тітченер розрізняв емоції, настрої і складні почуття, в яких істотну роль відіграють стани *задоволення* й *невдоволення* [25].

П.В. Симонов, виходячи з характеру взаємодії живих істот з об'єктами, здатними задовольнити наявну потребу (контактними або дистанційними), запропонував класифікацію емоцій, подану на табл. 1.

Таблиця 1

Класифікація емоцій людини залежно від характеру дії

Величина потреби	Оцінка ймовірності задоволення	Контактна взаємодія з об'єктом	Дистанційні дії		
			Оволодіння, володіння об'єктом	Захисту, збереження об'єкта	Подолання, боротьба за об'єкт
Наростає	Перевищує прогноз, що був	Насолода, задоволення	Захват, щастя, радість	Безстрашність, сміливість, упевненість	Спілкування, наснага, бадьорість
Невелика	Висока	Байдужість	Спокій	Розслаблення	Незворушність
Наростає	Падає	Невдоволення, відраза, страждання	Занепокоєння, сум, горе, розпач	Настороженість, тривога, страх, жах	Нетерпіння, обурення, гнів, лють, сказ

З точки зору оціночного критерію мотиви поділяють на позитивні та негативні, стверджуючи, що смуток і страх належать до однієї категорії і відрізняються лише ступенем стилістичної навантаженості, або зарядом негативу (Reevy G.M.) [45, с. 31]. Щоправда більшість дослідників погоджуються у тому, що така класифікація є не зовсім адекватною (Колісник Л.О.) [11; 45]. Як компромісний варіант Л.О. Колісник пропонує впровадити терміни «конструктивні емоції» та «деструктивні емоції», що, на її думку, дасть

можливість більш глибоко і всебічно оцінити ситуацію не лише з точки зору бажаної чи небажаної для суб'єкта (Колісник Л.О.) [11].

На підтримку такого підходу до класифікації емоцій виступив Л. Фестінгер. Психолог зауважує, що позитивні емоції проявляються у тому разі, коли заплановане втілюється в життя без перешкод на своєму шляху. Негативні емоційні прояви з'являються в результаті невідповідності між дійсним станом речей та запланованим результатом. Така невідповідність між очікуваним та реальним пояснює існування позитивних та негативних емоцій (Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І.) [4]. Цей підхід до двоїстої природи емоцій не розкриває розмаїття можливих емоційних репрезентацій і зміщує основний акцент на суб'єкта ситуації без врахування предметної діяльності, через яку суб'єкт контактує з оточуючим середовищем.

Деякі психологи при класифікації емоцій виходять із потреб, які провокують появу цих емоцій.

Б.І. Додонов зазначає, що створити універсальну класифікацію емоцій взагалі неможливо, тому класифікація, придатна для розв'язання одних завдань, виявляється недієвою при розв'язанні іншого кола завдань. Він запропонував свою класифікацію емоцій (Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І.) [4]:

Альтруїстичні емоції. Ці переживання виникають на основі потреби в сприянні, допомозі, заступництві за інших людей, у бажанні давати людям радість і щастя. Альтруїстичні емоції виявляються в переживанні почуття занепокоєння за долю кого-небудь і в піклуванні, у співпереживанні радості та успіхів іншого, почуттях ніжності, розчулення, відданості, участі, жалощів.

Комунікативні емоції. Виникають на основі потреби – спілкуванні. На думку Б.І. Додонова, не кожна емоція, яка виникає під час спілкування, є комунікативною. Під час спілкування виникають різні емоції, але комунікативними є лише ті з них, які виникають як реакція на задоволення або незадоволення прагнення до емоційної близькості (мати співчутливого друга, співрозмовника тощо), бажання спілкуватися, ділитися думками й переживаннями, розуміти одні: одного. До емоцій, які виявляються при цьому,

автор зараховує почуття симпатії, почуття поваги до когось, почуття вдячності, почуття обожнювання кого-небудь, бажання заслужити схвалення від близьких і шановних людей.

Глоричні емоції(від лат.*gloria*– слава). Ці емоції пов'язані з потребою в самоствердженні, славі, у прагненні завоювати визнання, пошану. Вони виникають при реальному або уявлюваному «пожинанні лаврів», коли людина стає предметом загальної уваги і захоплення. У протилежному разі в неї виникають негативні емоції. Виявляються ці емоції в почутті враженого самолюбства й бажанні взяти реванш, у почутті гордості, переваги.

Праксичні емоції (або праксичні почуття, за П.М. Якобсоном). Це емоції, які виникають у зв'язку з діяльністю, її успішністю чи неуспішністю, бажанням домогтися успіху в роботі, наявністю труднощів. Б.І. Додонов пов'язує їхню появу з рефлексом мети (за І.П. Павловим). Виражаються ці емоції у почуттях захопленості роботою, задоволенні результатами своєї праці, приємній втомі, переконанні, що день пройшов не даремно.

Пугнічні емоції (від лат. *Pugna* – боротьба). Вони пов'язані з потребою в подоланні небезпеки, на основі якої виникає інтерес до боротьби. Це прагнення гострих відчуттів, захоплення небезпекою, ризиком, почуття спортивного азарту, «спортивна злість», гранична мобілізація власних можливостей.

Романтичні емоції. Це емоції, що пов'язані з прагненням до всього незвичайного, таємничого, незвіданого. Виявляються в очікуванні «світлого чуда», у привабливому почутті даліни, особливої значущості того, що відбувається, або в зловісно-таємничому почутті.

Гностичні емоції (від грецьк.*gnosis* – знання). Це те, що звичайно називають інтелектуальними почуттями. Вони пов'язані не просто з потребою в одержанні будь-якої нової інформації, а з потребою в когнітивній гармонії, як пише Б.І. Додонов. Суть цієї гармонії в тому, щоб у новому, невідомому відшукати знайоме, звичне, зрозуміле, проникнути в сутність явища, зводячи, таким чином, всю наявну інформацію до «спільного знаменника». Типова ситуація, яка збуджує ці емоції, – це проблемна ситуація. Виявляються ці емоції

у здивуванні, почутті зрозумілості чи невизначності, у прагненні перебороти протиріччя у власних міркуваннях, звести все в систему, в почутті здогадування, близькості рішення, у радості відкриття істини.

Естетичні емоції. Щодо цих емоцій існують два основні погляди. Перший: естетичні емоції в чистому вигляді не існують. Є переживання, у яких переплітаються різні емоції. Другий: естетична емоція є не що інше як почуття краси. За Б.І. Додоновим, не кожне сприйняття твору мистецтва зумовлює естетичні емоції. Виявляються вони в насолоді красою, в почутті витонченого, граціозного, піднесеного або величного, хвилюючого драматизму («солодкий біль»). Різновидом естетичних почуттів є ліричні почуття світлого смутку і замисленості, зворушеності гіркувато-приємним почуттям самотності, насолодою спогадів про минуле.

Гедоністичні емоції. Це емоції, які пов'язані із задоволенням потреби в тілесному і духовному комфорті. Виражаються вони в насолоді приємними фізичними відчуттями від смачної їжі, тепла, сонця тощо, у почутті безтурботності, «солодкої лінії», у легкій ейфорії, у хтивості.

Акзизитивні емоції (від франц.*acquisition*– придбання). Ці емоції спричиняє інтерес до заощадження, колекціонування, придбання речей. Виявляються в радості з нагоди придбання нової речі, від збільшення своєї колекції, у приємному почутті при огляді власних накопичень тощо.

Є.П. Ільїну ця класифікація видається дещо надуманою. Зміст класифікації емоцій повинен бути не в тому, щоб співвіднести їх із конкретними видами потреб (для цього потрібно ще мати обґрунтовану й несуперечливу класифікацію самих потреб, чого дотепер немає), а в тому, щоб виявити групи емоцій, які розрізняються за якістю переживань та їхньої ролі для людини й тварин (Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В.) [34].

Для прихильників дискретної моделі емоційної сфери людини характерний підхід поділу емоцій на первинні (базові) і вторинні. Однак науковці називають різну кількість базових емоцій: від двох до десяти. П. Екман на основі вивчення

лицьової експрес: виокремлює шість таких емоцій: *гнів, страх, відраза, подив, сум радість* (Васюк К. М.) [3].

Р. Плутчик виокремлює вісім базових емоцій, поділяючи їх на чотири пари, кожна з яких пов'язана з певною дією:

- руйнування (гнів) - захист (страх);
- прийняття (схвалення) - відкидання (відраза);
- відтворення (радість) - позбавлення (зневіра);
- дослідження (очікування) - орієнтація (подив) (Васюк К. М.) [3].

На думку К. Ізарда, базові емоції повинні мати такі обов'язкові характеристики:

- мати виразні й специфічні нервові субстрати;
- виявлятися за допомогою виразної та специфічної конфігурації м'язових рухів особи (міміки);
- спричиняти виразне й специфічне переживання, яке людина усвідомлює;
- як такі, що виникли в результаті еволюційно-біологічних процесів;
- здійснювати організаційний і мотиваційний вплив на людину, слугувати її адаптації.

Поділ емоцій на провідні й ситуативні. В.К. Вілюнас поділяє емоції на дві фундаментальні групи: провідні й ситуативні (похідні від перших).

Першу групу становлять переживання, породжені специфічними механізмами потреб, які забарвлюють предмети, що *безпосередньо* їх стосуються. Ці переживання виникають звичайно при загостренні деякої потреби і відображенні предмета, який відповідає їй. Вони передують відповідній діяльності, спонукають до неї й відповідають за загальну її спрямованість. Вони значною мірою визначають спрямованість інших емоцій, тому автор і назвав їх провідними.

До другої групи належать ситуативні емоційні явища, породжувані універсальними механізмами мотивації й спрямовані на обставини, які *опосередковують* задоволення потреб. Вони виникають уже за наявності

провідної емоції, тобто в процесі діяльності (внутрішньої або зовнішньої), і виражають мотиваційну значущість умов, які сприяють її здійсненню або ускладнюють її (страх, гнів), конкретних досягнень у ній (радість, прикрість), що склалися або можливих ситуацій тощо.

Аналізуючи ситуативні емоції людини, В. Вілюнас виокремлює клас емоцій успіху-неуспіху із трьома підгрупами:

- констатуючий успіх-неуспіх;
- передбачувальний успіх-неуспіх;
- узагальнений успіх-неуспіх (Васюк К. М.) [3].

Емоції, які констатують успіх-неуспіх, відповідають *за зміну стратегій поведінки*; узагальнена емоція успіху-неуспіху виникає в результаті оцінки діяльності загалом. Емоції передбачуваного успіху – неуспіху дозволяють у разі повторного виникнення ситуації передбачати події й спонукають людину діяти в певному напрямі.

В. Тихонович поділяє емоції («почуття») на *активаційні*, до яких зараховує бадьорість, радість, азарт; *тензійні* (емоції напруження) – гнів, страх, тривога і *самооцінні* – сум, провина, сором, розгубленість.

Один із найбільш відомих американських психологів, спеціаліст в області психології емоцій П. Екман виділяє 6 базових емоційних проявів: гнів, страх, відраза, подив, сум, радість (Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І.) [4].

Не менш видатний психолог Р. Плутчик виокремлює 8 фундаментальних емоцій, які в свою чергу об'єднують в пари, пов'язані спільною дією: гнів-страх, схвалення-відраза, радість-зневіра, очікування-подив [3, с. 445].

Одну із найбільш вичерпних класифікацій запропонував американський психолог К.Є. Ізард. Він виділяє 10 фундаментальних емоцій: інтерес-хвилювання, радість, горе-страждання, гнів, відраза, презирство, страх, подив, сором, провина. Особливу увагу К.Є. Ізард приділяє страху, виокремлюючи його як найсильнішу негативну емоцію. Саму по собі емоцію К.Є. Ізард розглядає як єдність трьох складових:

- 1) активність мозку та нервової системи;

- 2) діяльність мускулатури та мімичної, пантомімичної експресії;
- 3) суб'єктивного переживання.

К. Ізард зазначає позитивну роль і такої негативної емоції, як сором. Крім того, він відзначає, що й радість, яка виявляється у формі зловтіхи, може завдати людині, яка її відчуває, такої ж шкоди, як і гнів.

Тому К. Ізард вважає, що «замість того, щоб говорити про негативні й позитивні емоції, було б правильніше вважати, що існують такі емоції, котрі сприяють підвищенню психологічної ентропії, та емоції, які, навпаки, полегшують конструктивну поведінку. Такий підхід дозволить нам зарахувати ту чи іншу емоцію до розряду позитивних або негативних, залежно від того, який вплив вона робить на внутрішньо-особистісні процеси й процеси взаємодії особистості з найближчим соціальним оточенням при врахуванні більш загальних етологічних й екологічних чинників».

Високий ступінь позитивного емоційного реагування має назву *блаженства*. Наприклад, людина відчуває блаженство, гріючись біля вогню після довгого перебування на морозі або, навпаки, поглинаючи холодний напій у спеку. Для блаженства характерно, що приємне відчуття розливається по всьому тілі.

Вищий ступінь позитивного емоційного реагування має назву *екстазу*, або екстатичного стану. Звичайно, люди відчувають екстаз, коли переживають пік щастя. Для цього стану характерно те, що він охоплює всю свідомість людини, стає домінуючим, завдяки чому в суб'єктивному сприйнятті зникає зовнішній світ, і людина перебуває поза часом і простором. Для рухової сфери при цьому характерна або нерухомість - людина тривалий час залишається в одній позі, якої набула, або, навпаки, вона відчуває тілесну легкість, виявляє радість, що доходить до несамовитості, котра виражається в бурхливих рухах (Васюк К. М.) [3].

Екстатичні стани спостерігають і при душевних захворюваннях: при істерії, епілепсії, шизофренії. При цьому нерідко виявляються галюцинації: райські аромати, спів, бачення ангелів тощо.

Емоційне реагування може бути різної тривалості: від скороминучих переживань до станів, що тривають години й дні.

Як пише В.К. Вілюнас, ми захоплюємося або обурюємося, засмучені або пишаємося обов'язково кимсь або чимсь. Приємним або важким буває те, *що* ми відчуваємо, сприймаємо, мислимо. Так звані безпредметні емоції пише він, звичайно, теж мають предмет, тільки менш визначений (наприклад, тривогу може спричинити ситуація загалом: ніч, ліс, недоброзичлива атмосфера) або неусвідомлений (коли настрій псує невдача, у якій людина не може зізнатися) (Васюк К. М.) [3].

У різноманітних виявах емоційної сфери особистості С.Л. Рубінштейн виокремлює три рівні.

Перший – це рівень *органічної афективно-емоційної чутливості*. Він пов'язаний з фізичними відчуттями задоволення – незадоволення, зумовленими органічними потребами. Вони можуть бути, за Рубінштейном, як спеціалізованими, місцевого характеру, відображаючи як емоційне забарвлення тону або окреме відчуття, так і більш загального, розлитого характеру, відображаючи більш-менш загальне самопочуття людини, не пов'язане у свідомості з конкретним предметом (безпредметні туга, тривога чи радість).

Другий, вищий рівень емоційних виявів, за О. Рубінштейном, становлять *предметні почуття* (емоції). На зміну безпредметній тривозі приходять страх перед чим-небудь. Людина усвідомлює причину емоційного переживання. Опредмечування почуттів знаходить своє вище вираження в тому, що самі почуття диференціюються, залежно від предметної сфери, до якої належать, на інтелектуальні, естетичні й моральні. Із цим рівнем пов'язане захоплення одним предметом і відраза до іншого, любов або ненависть до певної особи, обурення якою-небудь людиною чи подією тощо.

Третій рівень пов'язаний зі *світоглядними почуттями* – більш загальними почуттями, аналогічними за рівнем узагальненості сторонньому мисленню. Це почуття гумору, іронії, почуття піднесеного, трагічного тощо (Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І.) [4].

Характерно, що Рубінштейн нічого не каже про настрій, а афекти й пристрасті відмежовує окремо від цих рівнів емоційного реагування, хоча й пише, що вони є близькими до них.

Отже, на сьогоднішній день не існує єдиної класифікації емоцій. Всі існуючі класифікації мають недоліки, нерідко переходять одна в одну, охоплюють різну кількість критеріїв та уявлень про емоції.

1.2. Розлади емоцій

Розлади емоцій та почуттів ще називають афективними розладами. Важливе значення мають емоційні особливості та тип нервової системи особистості.

До емоційних особливостей особистості відносять емоційну збудливість, емоційну імпульсивність та схильність до афекту, емоційну стійкість, силу, темп та ритм емоційних реакцій, емоційний тонус (Родіна Н. В.) [31].

Емоційні особливості обумовлені типом нервової системи; вони проявляються в поведінці та досить легко фіксуються. Ми можемо виявити, наскільки людина емоційно збудлива або який настрій є домінантним. Завдяки спостереженню можна дослідити силу, темп та ритм емоційних реакцій. Внаслідок формування навичок культурної поведінки, стриманості та інших вольових властивостей особистості емоційні особливості проявляються все менш виражено.

Емоційні особливості особистості утворюють її емоційно-афективну сферу, в якій виражається динамічна сторона емоційних процесів. Ми бачимо мимовільні виражальні рухи: міміку, пантоміміку, жести, а також аналізуємо застосовані інтонаційно-виражальні засоби мови. Динаміка емоційних процесів, її зовнішні прояви (зокрема, виражальні рухи), не вичерпують індивідуальних проявів емоційної сфери особистості. Вони в конденсованій формі виступають в емоційних властивостях особистості (Турецька Х.) [40].

При розладах емоцій та почуттів відзначається зміна рівня афективної сфери.

Регрес почуттів характеризується зникненням вищих почуттів та царюванням нижчих емоцій та почуттів, що пов'язані із задоволенням органічних потреб. Зазвичай цей розлад спостерігається при шизофренії.

Прогрес почуттів зустрічається рідше і характеризується домінуванням вищих почуттів (моральних, естетичних та ін.). Такий розлад притаманний деяким психопатичним особистостям.

Важливе значення в емоційній сфері особистості відіграють розлади настрою. Вони спостерігаються у вигляді підвищеного (гіпертимія) або зниженого (гіпотимія) настрою.

До різновидів хворобливо підвищеного настрою відносять гіпоманію, манію, ейфорію, морію та екстаз (Виходцева О. А) [23].

Гіпоманіакальний стан характеризується підвищеною рухливістю та комунікабельністю, веселістю, жартівливістю, впевненістю у собі.

Маніакальний настрій характеризується тріадою розладів:

- Підвищеним настроєм.
- Прискоренням психічної діяльності.
- Збільшенням темпу рухової активності (Виходцева О. А) [23].

Радісний настрій не зникає за будь-яких обставин, його неможливо зіпсувати страшними звістками або невдачами. Неприємності, які людина пережила в минулому, досить швидко забуваються. Людина поводиться дуже активно, з легкістю переоцінює власні професійні, фізичні та розумові здібності та можливості. Хворі стають надто говіркими, прагнуть постійно співати, танцювати, декламувати вірші, наказувати оточуючим. Майбутнє життя в уявленні хворого наповнене гарними перспективами, почуття власної гідності на висоті, всі мрії та плани здаються досяжними. Але в той самий час переоцінка власних здібностей та перспектив призводить до появи маячних ідей геніальності, величч, фізичної переваги. Розгальмовуються сексуальні потяги, може спостерігатися сексуальна агресія. Пацієнти мають підвищений апетит, але в той же час потребують лише декілька годин сну для повноцінного відпочинку.

Замість типової тріади спостерігаються мішані, нечітко окреслені гіпоманії, що проявляються і підвищених веселоощах, високій рухливості, вередливості, неслухняності, підвищеній самооцінці. Спостерігаються фрагментарні ідеї величі та розгальмованість потягів. Якщо манія поєднується з астеничними станами, то спостерігається підвищена стомлюваність, головні болі, порушення сну, зниження апетиту.

Ейфорія – стан піднесеного радісного настрою, надмірної веселості, благодушності та безтурботності, який не виправданий ані об'єктивним станом людини, ані зовнішніми обставинами. Ейфорія супроводжується мимічним і загальним руховим пожвавленням, іноді психомоторним збудженням, багатослівністю (Мартинюк І. А.) [17].

Вживання поняття «ейфорія» в широкому значенні означає почуття великого задоволення, радості, емоційного піднесення (наприклад, після тривалого відрадження людина повертається додому і очікує на зустріч з близькими та друзями).

Морія являє собою немотивований підвищений настрій, що поєднується з неадекватною поведінкою за наявності зниження інтелектуального рівня особистості. Спостерігається при органічному ураженні або пухлинах лобових долей головного мозку.

Екстаз є напруженим переживанням блаженства, величезного щастя, найвищого ступеню захоплення, зазвичай із звуженням свідомості. Може спостерігатися при епілептичних розладах.

До різновидів хворобливо зниженого настрою відносять субдепресію, депресію, дисфорію, тривогу та страх (Виходцева О. А) [23].

Субдепресія є такою формою зниження настрою, що характеризується слабкістю, пригніченістю, загальним зниженням рівня активності. Субдепресія досить часто супроводжує психічні та невротичні розлади.

Депресія – пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів та місяців. Характерною особливістю депресії є наявність тріади ознак:

пригнічений настрій, уповільнення психічних процесів, рухова загальмованість (Мельник А. П.) [19].

Відчуття пригніченості, песимізму, занепаду душевних сил виникає внаслідок деяких психічних та загальних захворювань або як реакція на складні життєві ситуації (смерть близької людини, подружня зрада, втрата роботи у складні економічні часи та ін.). У хворих на депресію спостерігається загальмованість рухів, мови, зниження активності, ініціативи, виникають порушення сну та апетиту.

У стані депресії з'являються тяжкі немотивовані страхи.

У стані депресії волюва та пізнавальна активність різко знижуються, з'являються думки про власну відповідальність за різноманітні неприємні події та факти професійного та особистого життя (або життя близьких людей). Почуття провини за події минулого та почуття безпорадності перед майбутніми труднощами призводять до виникнення уявлення про безперспективність зусиль щодо подолання перешкод на шляху до кращого життя. Самооцінка людини різко знижується. Змінюється сприймання часу (час починає «тягтися занадто довго»), у поведінці з'являються загальмованість, безініціативність, людина швидко втомлюється, що негативно впливає на ефективність та продуктивність праці. В крайніх випадках бувають спроби суїциду (Виходцева О. А) [23].

Дисфорія – постійно знижений настрій, тужливо-злостивий, постійна роздратованість, що виникає несподівано, без зовнішньої причини та продовжується від декількох хвилин до декількох днів. У стані дисфорії пацієнти особливо чутливі до дій та вчинків інших людей, схильні до спалахів агресії. Дисфорія може виявлятися атипово у вигляді підвищеного або екзальтованого настрою з дратівливістю, напруженістю, агресивністю. Дисфорія виникає при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, деяких формах психопатії (Савенкова І.І.) [32].

Тривога – стан немотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами. Це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням загрозливих

подій (тривога частіше не проектується назовні: тривога за власне здоров'я, за роботу та ін.) (Виходцева О. А) [23].

Поняття тривоги було введено в психологію З.Фрейдом (1925), який розділив конкретний страх (Furcht) та невизначений страх, тобто тривогу, що має глибинний, ірраціональний, невизначений характер (Angst). Сучасні психологи розрізняють ситуативну тривогу (вона характеризує стан суб'єкта у певний момент часу) та тривожність як відносно стійке утворення, як властивість особистості (Турецька Х.) [40].

На фізіологічному рівні реакції тривоги проявляються у посиленні серцебиття, прискоренні дихання, збільшенні обсягу циркуляції крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниженні порогу чутливості. На психологічному рівні тривога відчувається як напруження, занепокоєння, знервованість, почуття невизначеності на можливої невдачі, неможливість прийняти рішення. Оптимальний рівень тривоги є необхідним для ефективного пристосування до оточуючої дійсності (це так звана адаптивна тривога). Занадто високий або занадто низький рівень тривоги стають дезадаптивними реакціями, що заважають ефективно організувати діяльність та поведінку суб'єкта (Коц С.М.) [14].

Задля більш детального висвітлення тривоги варто розглянути явища тривожного ряду– емоційні стани, що закономірно змінюють один одного за умови зростання тривоги. Поняття «явища тривожного ряду» було введено Ф.Б.Березінім у 1967 році. Згідно думки науковця, найменшу інтенсивність тривоги характеризує відчуття внутрішньої напруженості. Йому на зміну приходять гіперстезичні реакції, потім – власне тривога, далі – страх. Страх змінюється відчуттям невідворотності катастрофи, а найбільш високим рівнем тривоги, що призводить до дезорганізації поведінки та діяльності, виступає тривожно-боязке збудження (Виходцева О. А) [23].

Страх– це стан тривожного боязкого напруження, що виникає невмотивовано; це почуття внутрішньої напруженості, пов'язане з очікуванням конкретних загрозливих подій, дій. Для оцінювання міри патологічності страхів

використовують параметри адекватності, інтенсивності, тривалості та міри контрольованості людиною почуття страху (Мельник А. П.) [19].

Якщо страх стає нав'язливим, тобто переживається часто, погано контролюється, істотно порушує самопочуття та діяльність людини, він позначається як фобія. Фобії - це непереборні нав'язливі страхи, побоювання конкретного змісту, що стосуються будь-яких явищ повсякденного життя. Вони виникають при неврозах, психозах, органічних захворюваннях головного мозку, інколи при сильній фізичній або нервовій перевтомі або після сильних емоційних переживань. Фобії супроводжуються вегетативними дисфункціями (серцебиття, підвищене потовиділення та ін.).

При невротичних фобіях хворі усвідомлюють необґрунтованість страхів, ставляться до них як до хворобливих та суб'єктивно болісних переживань, що не підлягають контролю. За наявності невротичних фобій невротик несвідомо уникає розв'язання конфлікту. Тому у поведінці фобії проявляються як нав'язливі, ритуальні дії, метою яких є зменшення страху або бажання втекти від предмету фобії (Родіна Н. В.) [31].

Важливо зазначити, що окремі фобії трапляються у психічно здорових людей (наприклад, страх перед темрявою, при виконанні діяльності, яка в минулому супроводжувалася невдачею тощо), у деяких водолазів – при опусканні на велику глибину, у спортсменів – перед відповідальним стартом.

Коротко охарактеризуємо деякі види фобій:

- Агорафобія (топофобія) - різновид нав'язливих станів у вигляді боязні простору, відкритих місць або скупчення людей.
- Клаустрофобія - боязнь замкненого простору, закритих приміщень.
- Танатофобія - страх смерті.
- Соціофобії - побоювання отримати осуд оточення за скоєння певних дій та вчинків (боязнь почервоніти - ерейтофобія, боязнь засміятися невчасно та ін..).

- Нозофобія - нав'язливий страх, боязнь захворіти або заразитися будь-якою хворобою, частіше невиліковною, смертельною (канцерофобія, кардіофобія та ін.) (Виходцева О. А) [23].

До зміни емоційної реактивності відносять:

Порушення сили вираження почуттів вбирає в себе такі форми прояву, як патологічний афект, емоційна гіперестезія (сенситивність), емоційна гіпестезія, апатія, емоційна тупість.

Патологічний афект – афект, що виникає без достатньої зовнішньої причини, перебігає з ознаками порушення свідомості, значними вегетативними проявами без цілеспрямованої діяльності та амнезією щодо власної поведінки після закінчення афекту. Під час патологічного афекту у пацієнтів спостерігається порушення орієнтації, надмірна жестикуляція, мовна розгальмованість. Закінчується переживання цього стану появою загальної слабкості, байдужістю до поточних подій, глибоким сном. Після пробудження людина виглядає розгубленою, пригніченою, може не пам'ятати того, що з нею відбувалося (Савенкова І.І.) [32].

Емоційна гіперестезія (сенситивність) проявляється як надмірна чутливість, невпевненість у власних фізичних силах, здібностях, надмірна сумлінність, схильність до сумнівів, застрягання на власних переживаннях. Проявляється при сенситивній психопатії (Родіна Н. В.) [31].

Емоційна гіпестезія виявляється у млявості емоційних реакцій, черствості, емоційній холодності, відсутності співпереживання. Виникає внаслідок сильного шокowego впливу або в результаті важкої астенії.

Апатія – хвороблива байдужість, відсутність емоцій; апатію також називають «емоційно-мотиваційний параліч». Індиферентність, байдужість, відсутність інтересу до оточуючого світу та подій власного життя може виникати внаслідок окремих розладів фізичного здоров'я, нервової системи людини або у зв'язку з певними соціально-психологічними факторами (розчарування в житті або друзях, невідповідність власних очікувань та соціальної реальності, втрата ідеалів). Апатія означає втрату активного ставлення особистості до життя, що

негативно впливає на навчальну та професійну діяльність, сімейні взаєностосунки. Подолання апатії пов'язують з вольовими зусиллями щодо відновлення інтересу до праці, навчання, спілкування (Виходцева О. А) [23].

Емоційна тупість являє собою емоційне збіднення, зникнення емпатії, абсолютну байдужість (зокрема, байдуже ставлення до рідних та близьких), відсутність здатності реагувати на будь-які події (навіть на ті, що суттєво впливають на життя хворого). Втрачається інтерес до власної особистості, соціального статусу, власного здоров'я.

Порушення стійкості почуттів вбирає в себе такі форми прояву, як емоційна лабільність, експлозивність, малорухливість емоцій.

Емоційна лабільність – коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану. Притаманна пацієнтам із судинними захворюваннями головного мозку, пацієнтам з астеничними станами (Виходцева О. А) [23].

Експлозивність (вибуховість) виявляється у неможливості стримувати афекти, дратівливості (інколи проявляється агресія та руйнівні дії). Досить часто спостерігається при дисфоріях (епілептичного, психопатичного та травматичного походження) та проявляється у вигляді нестримних афектів, що не відповідають ситуації.

Малорухливість емоцій – нездатність переключатися з однієї емоції на іншу, «застрягання» на одній з емоційних реакцій (Мартинюк І. А.) [17].

Викривлення почуттів вбирає в себе такі форми прояву, як амбівалентність та емоційна неадекватність.

Амбівалентність емоцій та почуттів. Термін «амбівалентність почуттів» було введено в клініку швейцарським психологом та психіатром Е.Блейером для позначення притаманних шизофренікам суперечливих відносин та реакцій, які швидко змінюються. Через деякий час цей термін почав широко використовуватися в психології для позначення складних суперечливих почуттів та емоцій (Виходцева О. А) [23].

Амбівалентність емоцій та почуттів – це одночасне співіснування протилежних почуттів. Амбівалентність передбачає наявність суперечливого, двоїстого емоційного переживання людиною задоволення та . незадоволення, симпатії та антипатії, любові та ненависті. Амбівалентність є свідченням суперечливості почуттів, що виникають через багатогранність предметів та явищ, багатоманітність потреб та інтересів особистості, неоднозначного ставлення людини до оточуючої дійсності (Родіна Н. В.) [31].

Неадекватність емоцій – парадоксальність емоційних реакцій (під час переживання сумних подій у людини спостерігається веселий настрій і навпаки). Спостерігається при шизофренії.

Також в психологічній літературі подаються до розгляду інші розлади емоцій.

Туга – почуття напруження, що межує з біллю («душа болить», хворі зазвичай говорять про больові відчуття у ділянці серця). На відміну від тривоги, туга супроводжується моторною загальмованістю (Мартинюк І. А.) [17].

Відчуття втрати почуттів - переживання незворотної втрати можливості почувати.

Алекситимія – це низький рівень розвитку афективних та когнітивних процесів. Типовий алекситимік – це інтелектуально малорозвинена людина, котра не може описати власний стан, досить погано диференціює власні почуття та емоції, увагу спрямовує на осмислення елементарних життєвих проблем (Виходцева О. А) [23].

У вузькому розумінні підалекситимією мають на увазі нездатність точно описати власні емоційні переживання, невміння говорити про власні емоції, нерозвиненість рефлексивного компоненту емоцій.

Ангедонія (агедонія) – це психічний стан, що характеризується втратою інтересу до життя, втратою почуття радості, задоволення. Зазвичай ангедонія супроводжує депресію. Ангедонія може бути наслідком соматичних захворювань (Виходцева О. А) [23].

Мартинюк І.А. зазначає [17], що слід виділяти такі *види недорозвитку емоцій*, як загальний недорозвиток емоцій та парціальний недорозвиток емоцій.

Загальний недорозвиток емоцій спостерігається при загальному психічному недорозвитку (олігофренії). Прояви емоцій можуть бути у формі стереотипних рухів та дій. Парціальний недорозвиток емоцій супроводжує дитячий аутизм (безпристрасне обличчя, відсутність співчуття, не спостерігаються мимічні ознаки емоційних проявів, людина не дивиться у вічі співрозмовнику).

Таким чином, емоційні порушення – серйозна психологічна проблема для жінок у післяпологовий період. При їх надмірній інтенсивності, тривалості та частоті повторюваності відбувається виснаження адаптаційних резервів організму, що може стати однією з причин розвитку післяпологових невротичних розладів. Виявлення емоційних та поведінкових порушень та своєчасна психологічна корекція сприяють зниженню післяпологових невротичних розладів.

1.3. Психологічні чинники емоційних розладів жінок у післяпологовий період

Вивчення емоційних психологічних особливостей пологів та післяпологового періоду нерозривно пов'язано з перебігом та особливостями періоду вагітності та підготовки жінки до пологів.

Післяпологовий стан – один із складних, багатогранних та надзвичайно чутливих станів жіночого життя. Післяпологовий період загальноновизнано вважаються часом підвищеного ризику розвитку симптомів складного емоційного стану, що обумовлено сукупністю біологічних змін та змін соціальних ролей у житті жінки (Крижановська З. Ю.) [15].

Втома, підвищена чутливість, почуття безпорадності, безнадійності, надмірна залежність, почуття неадекватності, тривоги, страху, почуття «зміни» (Я не така, якою була раніше), почуття, що «життя ніколи не буде таким самим знову», нестача енергії, втрата інтересу до життя, до сексу, безпричинні страхи

за своє здоров'я, життя та безпеку дитини – все це може почати переслідувати жінку.

На соматичному рівні такий складний емоційний стан може супроводжуватися сонливістю, втратою апетиту, тенденціями до закрєпів. Ці симптоми можуть початися відразу після пологів, досягаючи піку на 3-7 день і незабаром зникнути. Але час прояву стану може змінюватись, може наступити і через 2-3 тижні після пологів. І утримуватись по-різному: від кількох тижнів до кількох місяців. Чутливий стан молодих мам протягом перших тижнів після пологів психоаналітик В.М. Запорожан назвав «первинним почуттям материнства» і визначив як нормативний стан, що проходить сам собою [7, с. 105]. Якщо ж пацієнтка не зустрічає розуміння лікарів та близьких, її стан може загостритися і при несприятливому прогнозі перейти в депресивний, де вона вже потребуватиме допомоги професіоналів.

Післяпологова депресія (ПД) – досить поширений емоційний розлад. Це тривалий та суб'єктивно тяжкий стан, що супроводжується зниженням настрою, недовікою до життя, пригніченістю. У жінок із подібним розладом виявляється високий рівень тривоги, іноді – страхи (Маруненко І. М., Омері І. Д., Шеремета М. М.) [18].

ПД – це складна суміш фізичних, емоційних та поведінкових змін, що відбуваються у житті жінки відразу після пологів. Згідно з Діагностичним та статистичним керівництвом з психічних захворювань, післяпологова депресія це форма гострої депресії, що проявляється на четвертому тижні після народження дитини. Процес постановки діагнозу включає як тимчасові рамки появи симптомів хвороби, і навіть її стадію складності (Виходцева О. А) [23].

Післяродова депресія тісно пов'язана з хімічними, соціальними та психологічними змінами у житті жінки, що відбуваються після народження дитини. Поняття описує низку фізичних та емоційних змін, які переживає кожна молода мама. На щастя, як й інші форми депресії, післяпологову депресію можна вилікувати з допомогою медикаментів чи психотерапії.

При ПД часто трапляються і сомато вегетативні симптоми:

- відсутність чи зниження апетиту;
- ті чи інші розлади сну (трудність при засинанні, раннє пробудження, поверхневий сон, що не приносить відчуття відпочинку, або жахливі сновидіння);
- відсутність зусиль і бажання щось робити, що супроводжується постійним почуттям втоми;
- неможливість сконцентруватися на простих життєвих ситуаціях;
- головний біль, запаморочення, мігрень, неприємні відчуття в ділянці серця і живота, болі в суглобах;
- порушення менструального циклу, зникнення сексуального потягу.

Для ПД характерна нездатність адекватно оцінювати свій стан, змінити поганий настрій на добрий, тривогу і уразливість – на спокій і діловитість. Ситуація посилюється ще й тим, що негативні переживання, які відчуває жінка, не схожі на очікувану радість та полегшення, які мали б наступити після пологів. Виникає почуття самотності, ізольованості, здається, що ніхто не звертає уваги і зовсім не надає значення тому, що відбувається з нею, не розуміє всієї важливості її занепокоєння з приводу дитини. Жінці здається, що її стан зовсім не цікавить оточуючих, що вони не підтримують та не розуміють її.

Виділяють такі клінічні варіанти післяпологових депресій:

- післяпологова депресія (змінюючий стан, зустрічається у третини жінок незабаром після народження дитини, зазвичай, не вимагає спеціального лікування);
- легкий або помірно виражений депресивний стан, що виникає протягом року, наступного народження дитини (розвивається в 10% жінок);
- післяпологові психози з атиповою картиною (депресивні чи маніакальні симптоми присутні одночасно, надалі високий ризик розвитку біполярних розладів) (Виходцева О. А) [23].

Післяпологова депресія обумовлена дією широкого спектра різноманітних факторів. Можна виділити чотири основні групи цих факторів:

- спадкова схильність до афективних розладів;

- фізичні та фізіологічні причини (зміни організму під час вагітності та після родів тощо);
- соціальні чинники (особливості сім'ї та соціального оточення)
- психологічні чинники (особливості особистості жінки, сприйняття себе як жінки, матері тощо) (Мартинюк І. А.) [17].

Слід зазначити, що, як правило, причини ПД мають комплексний характер.

Післяпологова депресія проявляється: перепадами настрою, занепокоєнням, тривожністю, дратівливістю, безсонням з одночасною сонливістю, відмовою доглядати дитину, постійною плаксивістю, часто лежить, не хоче вставати з ліжка, не спілкується з дитиною та іншими членами сім'ї, до дитини пропадає активний інтерес, не виявляє жодної ініціативи, відчуває особливе погіршення настрою вранці, неенергійна, скаржиться на недостатню допомогу з боку близьких, скаржиться на стомлюваність.

Якщо і в цьому випадку ніхто не зверне уваги на післяпологову депресію і не ініціює початок її лікування, розлад, швидше за все, прогресуватиме. Через кілька місяців подальший розвиток післяпологової депресії може призвести до потреби госпіталізації жінки.

Післяпологова депресія може досягати різної глибини – від тривалого астеничного синдрому зі зниженим настроєм, порушеннями сну та апетиту до тяжких станів, які можуть перейти у гострий психоз чи ендогенну депресію (Мельник А. П.) [19].

Таким чином, якщо післяпологовий період сам по собі не є тією подією, яка провокує розвиток депресії після пологів, то сукупність різних психотравмуючих чинників (як пов'язаних з материнством, так і не пов'язаних) підвищує ризик виникнення післяпологової депресії.

Якщо післяпологова депресія не діагностується та відповідно не лікується, вона може набути хронічний перебіг, у матері різко знижується самооцінка. У такому разі її охоплює стійке почуття безпорадності та розпачу.

Психологічний стан жінки у післяпологовий період безпосередньо пов'язаний з її мотиваційною готовністю стати матір'ю та зі стилем виношування

вагітності. Вагітній, що виношує дитину за так званими непрямими мотивами, з тривожним, амбівалентним стилями виношування, а також з ейфоричним стилем, складніше прийняти себе в ролі матері та налагодити контакт з малюком.

Так само варто зупинитися на несподіваних стресових станах, що відбулися під час вагітності або в післяродовий період (смерть родича, аварія, розлучення тощо) – все це безумовно впливатиме на особливості психологічного самопочуття молодої мами в післяпологовому періоді. Під час вагітності, під впливом домінанти вагітності, жінка інстинктивно захищає своє дитинча, свою вагітність, не дозволяючи «опуститися» у стрес. Після ж пологів, як би відпружинуються всі ті затиснуті почуття, які так ретельно контролювалися нею, адже завдання народження виконане. Жінку, що називається, «накриває» хвилиною сильних почуттів, у яких без сторонньої допомоги вона ризикує «захлинутися».

Тривала психотравмуюча ситуація (важка сімейна обстановка, зради та моральні заохочення з боку партнера, великі матеріальні труднощі тощо), що має місце під час вагітності, у післяпологовий період може сприяти розвитку складних емоційних переживань породіллі, особливо якщо вона мала фантазії про те, що дитина «врятує» її з цієї ситуації, змінить життя чи ставлення на краще. Розуміючи, що вирішувати важку життєву ситуацію доведеться все-таки їй самій, та ще й піклуватися про дитину, виявляється непомірно важко. І вимагає підтримки, знаходження додаткових ресурсів (Виходцева О. А) [23].

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

1. Характелогічні характеристики особистості, акцентування темпераменту, характер.
2. Вік мами.
3. Психологічна невідповідність жінки до вагітності та пологів, неконструктивні стилі гестації.
4. Складні стосунки в сім'ї (між подружжям, з родичами), статус одинокої матері; соціальні труднощі.

5. Наявність обтяженої акушерської чи соматичної історії.
 6. Наявність негативного минулого досвіду, пов'язаного з пологами.
 7. Досліджено психологічною травмою дитячого анамнезу вагітної жінки.
 8. Народження немовляти із відставанням у фізичному чи психічному розвитку (часто передчасно народженими дітьми), немовлята з «важким темпераментом».
 9. Післяпологове перебування матерів та немовляти у палаті окремого перебування. Помічено значне погіршення настрою у пацієнтів, відокремлених від новонародженого через необхідність виживання або переходу до дитячої лікарні.
 10. Наявність гострої стресової ситуації.
 11. Сезонний фактор. Відповідно до спостережень психологів, у весняні та літні періоди у матерів спостерігаються менші прояви післяпологового неврозу, ніж восени та зимовий час.
 12. Депресивні післяпологи в історії молодой матері в сім'ї по жіночій лінії.
- Якщо складний емоційний стан залишається більше місяця і є нав'язливим, включаючи сон та порушення апетиту, психіатри відносять такий стан до депресивного. Невротична депресія представлена за допомогою таких симптомів, як лаконізація настрою зі схильністю до зниження до вечора, часто поєднується з тривожністю, труднощами засинання, поверхневим «ласкавим» сном, труднощами в концентрації уваги, почуттям втоми, відсутністю сили. Бажані консультації психолога, іноді психіатра. Особливості, характерні для ендогенної депресії: раннє ранкове пробудження (пізня самовідданість), щоденні вібрації настрою (погіршення настрою вранці), сумний депресивний вираз на обличчі, ознаки психомоторного інгібітора, почуття провини, меланхолії, смуток, труднощі з прийняттям рішень, тахікардією (Родіна Н. В.) [31]. Найбільш важкі і тривалі випадки невротичних і неврозоподібних станів при поглибленому аналізі виявляють складний генезис: поєднання психотравмуючих обставин, соматичних ускладнень у післяпологовому періоді, виснажують хронічних захворювань в анамнезі. Ці стани надзвичайно ригідні щодо різних видів терапії,

оскільки ліквідація однієї і навіть кількох патогенетичних ланок неврозу все ж таки не усуває повністю його патогенетичної основи. Запущені стани, що характеризуються нічними кошмарами, сильною м'язовою напругою всього опорно-рухового апарату, повною байдужістю під час годування, внутрішньою відмовою від тілесного контакту з дитиною, страхами, що глибоко сидять, або навіть панікою (страх перед завтрашнім днем), порушенням самооцінки (я тепер ні на що не годжуся), порушенням самовідчуттям (я тепер сама не своя, моє тіло тепер мене не слухається) вимагають обов'язкового комплексного залучення низки спеціалістів.

У післяпологовий період багато жінок відзначають зміни самопочуття, що виражаються у дратівливості, плаксивості, підвищеної стомлюваності, зміни апетиту, нудоті, сонливості протягом дня. Також у жінок часто з'являються тривожні розлади. Тривога є фундаментальним емоційним станом, властивим людині у ситуації невизначеності та очікування з непрогнозованим результатом. Тривожний стан суб'єктивно характеризується відчуттям внутрішньої напруги з активацією реакцій вегетативної нервової системи.

Певний рівень тривоги має мобілізуючу функцію, при якому збудження, що виникає, необхідне для виконання тих чи інших завдань. У даному випадку цікавлять насамперед тривожні стани жінок у післяпологовий період, які досягають рівня психопатологічних розладів, що мають зв'язок з акушерською патологією та потребують термінової корекції (Родіна Н. В.) [31].

На фізіологічному рівні почуття тривоги оцінюється як внутрішній дискомфорт, невелике хвилювання, що успішно пригнічується. Тривожний стан виникає час від часу, іноді у суб'єктивно значущих ситуаціях. Основна діяльність не порушена.

У разі невротичної тривожності під час бесіди з жінкою помітно, що вона напружена, насторожена, іноді здригається, озирається. Мова дещо плутана, із запам'ятовуванням або зайвою деталізацією. Жінка висловлює думки про небезпеку, неприємні події, які чекають на неї чи сім'ю в найближчому майбутньому. Відзначається тремор рук, частішає пульс.

При тривожності психотичного рівня відзначається різке рухове збудження, можливо безладне метання, прагнення втекти від ситуації. Іноді, навпаки, виникає «загальна скутість» або повна знерухомленість (крайній варіант), зіниці розширені, бліді шкірні покриви, холодний піт.

До факторів, які впливають на підвищення рівня тривожності в післяпологовий період, відноситься емоційне негативне переживання молодих матерів у зв'язку зі суб'єктивним відчуттям зовнішньої привабливості, зміною форми тіла, побоюваннями за результат вагітності. Встановлено, що незалежно від терміну вагітності найбільш інтенсивний стресовий вплив надають тривожні побоювання за здоров'я дитини, результат вагітності у зв'язку з наявністю акушерських ускладнень, сімейні конфлікти, та матеріально-побутове неблагополуччя (Пушкарьова Т. М., Скрипченко Н. Я.) [30].

Розмовляючи з жінкою, важливо ретельно слухати її, звертаючи увагу на невербальну мову тіла, задати уточнюючі питання, щоб визначити ступінь психологічних страждань, глибину їх проявів. Часто психолог виступає як підтримуюча мати, якої так не вистачає молодій жінки. І саме від нього вона отримує «дозвіл» на свої суперечливі почуття, недосконалість, створити свій стиль материнства, часто відмінний від стилю, прийнятого в сім'ї.

Таким чином, післяпологовий період є часом підвищеного ризику розвитку невротичних порушень, насамперед емоційних. Поява тривоги поряд з іншими невротичними симптомами (депресії, істерії, неврастенії, розлади нічного сну) формує клінічну картину неврозів, невротичних реакцій, психопатії, психосоматичних розладів.

Висновки до першого розділу

При аналізі теоретичних джерел було встановлено, що серед психологічних факторів розвитку післяпологових невротичних депресій найбільше значення мають перші пологи, перед менструальний синдром в анамнезі, особистісні особливості жінок, відокремлення дитини від матері. Емоційні розлади найчастіше виникають у жінок із такими особистісними рисами, як підвищена тривожність, раніше перенесена післяпологова депресія. Такі стани несприятливо впливають на їхні взаємини із немовлям.

Безумовно, жінки з післяпологовими емоційними розладами потребують психологічної допомоги. Тільки здорова мати може забезпечити почуття безпеки та довіри дитини до навколишнього світу. Роль психологів має полягати у формуванні психологічної готовності вагітної до пологів. Не менш важливо допомагати жінці у формуванні психологічної готовності стати матір'ю.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

2.1. Організаційно-методична процедура дослідження

Для проведення емпіричного дослідження емоційних порушень жінок у післяпологовий період була розроблена програма, реалізація якої передбачала застосування комплексу методів, адекватних предмету дослідження. Зокрема, застосовувались теоретичні методи – аналіз, синтез, осмислення та узагальнення положень медичної, психологічної літератури, класифікація, структурно-функціональне моделювання; психодіагностичні методи – тестові методики, анкетування.

Мета дослідження: дослідження особливостей емоційних порушень жінок у післяпологовий період.

Завдання дослідження:

- Провести серію тестувань жінок у післяпологовий період;
- Проаналізувати отримані емпіричні дані;
- Зробити узагальнення й висновки.

Для вирішення будь-якого з вище перерахованих завдань, а також і інших, на основі психологічного діагнозу виділяються пріоритети і здійснюється вибір у наданні тієї чи іншої психологічної допомоги. У зв'язку з цим треба підкреслити, що психолог повинен дотримуватися ряду соціально-етичних вимог – принципів діагностики (принцип конфіденційності, принцип наукової обґрунтованості, принцип не нанесення збитку, принцип об'єктивності, принцип ефективності та ін.).

Для більш чіткої побудови діагностичної роботи вважаємо за потрібне виділити об'єкт і предмет діагностичної діяльності в соціально-психологічній роботі по профілактиці та корекції емоційних розладів.

Об'єктом діагностики для психолога, є особистість, у системі її взаємодії із соціальним мікросередовищем і окремими суб'єктами цього середовища, що роблять вплив на формування даної особистості. В широкому розумінні слова

психологічна діагностика це наука і практика постановки соціально-психологічного діагнозу. Важливим елементом психологічного діагнозу є необхідність з'ясування в кожному окремому випадку того, чому дані прояви є в поведінці обстежуваного (обстежуваних), які їхні причинні наслідки.

Отже, психологічна діагностика передбачає всебічний і поглиблений аналіз особистості, виявлення недоліків у її поведінці і їх причин, позитивних аспектів, і направлена на розв'язання практичних завдань—гармонізацію розвитку особистості, сприяння її особистісному зростанню.

Етапи дослідження:

Процедура емпіричного дослідження емоційних порушень жінок у післяпологовий період проходила в три етапи.

На підготовчому етапі була визначена основна вибірка дослідження. Формуючи нашу вибірку, ми виходили з необхідності залучити до дослідження жінок різного віку. Вибірка була сформована на базі Київського центру роботи з жінками. У проведенні нашого дослідження брали участь 45 жінок, які були у післяпологовому періоді. На підготовчому етапі був здійснений відбір традиційних методик, які досліджують особливості емоційних порушень жінок у післяпологовий період:

- оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілберґера-Ханіна);
- методика діагностики «емоційного виснаження» В. Бойка;
- опитувальник стратегій подолання стресових ситуацій (С. Хобфолла) [29].

На діагностичному етапі були вивчені якісні характеристики емоційності та емоційних реакцій та індивідуально-психологічні особливості жінок у післяпологовий період. Протягом наступних етапів з кожною досліджуваною проводилася і індивідуальна консультація за результатами психологічного дослідження.

На третьому етапі–заключному–відбувалося підведення підсумків, розробка психологічних рекомендацій для корегування підвищеного рівня емоційної нестабільності та реагування, оформлення матеріалів дослідження.

Опис і обґрунтування методів дослідження.

1. Тест Спілбергера-Ханіна.

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, які досліджують психологічний феномен тривожності. Методика, створена для визначення рівня особистої та ситуативної тривожності.

Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, що відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особистісної особливості (властивість тривожності).

Методика, запропонована Спілбергом-Ханіна, це єдина методика, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість і як стан, пов'язаний з поточною ситуацією. В той час як більшість інших методик з вимірювання рівня тривожності дозволяють оцінити або тільки особисту тривожність або тільки стан тривожності. Цей тест допоможе нам визначити вираженість тривожності в структурі особистості.

Вимірювання тривожності як властивості особистості особливо важливо, тому що це властивість багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності–природна і обов'язкова особливість активної діяльної особистості.

Особи, що відносяться до категорії високо тривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у великому спектрі різних ситуацій і реагувати яскраво вираженим станом тривожності.

Якщо психологічний тест виявляє у досліджуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появи стану тривожності в різних ситуаціях.

Реактивна (ситуативна) тривожність характеризує стан людини в даний момент часу, яка характеризується суб'єктивно пережитими емоціями:

напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю в даній конкретній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяють оцінити тільки особистісну тривожність, або стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан є методика, запропонована Ч. Спілбергером.

2. Для вивчення міри вираженості та симптомів синдрому емоційного виснаження емоційних порушень жінок у післяпологовий період використовувалась методика діагностики «емоційного виснаження» В. Бойка. Дана методика складається з 84 пунктів, кожен з яких включає два судження ціннісного чи поведінкового характеру. Вона дозволяє встановити на якій фазі формування «емоційного виснаження»: напруги, резистенції або виснаження перебуває суб'єкт, а також визначити виразність домінуючих симптомів. Обрання для дослідження емоційного виснаження емоційних порушень жінок у післяпологовий період методики В.В. Бойка зумовлено, на наш погляд, найбільшою, у порівнянні з іншими методиками, глибиною, деталізацією й представленістю симптомів, з яких складається емоційне виснаження. Методика дає можливість оцінити ступінь сформованості провідних симптомів виснаження, а також визначити виразність домінуючих симптомів.

Обрання для дослідження емоційного виснаження емоційних порушень жінок у післяпологовий період методики В.В. Бойка зумовлено, на наш погляд, найбільшою, у порівнянні з іншими методиками, глибиною, деталізацією і представленістю симптомів, з яких складається емоційне виснаження. Суттєвим є те, що вона дозволяє дослідити, до якої фази формування стресу належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільша кількість.

Вимірювані при цьому явища істотно різні – реакція на зовнішні й внутрішні фактори, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками можна зробити висновок наскільки кожна фаза сформувалася, у якому ступені. Ураховуючи якісні й кількісні показники, підраховані для різних фаз формування виснаження, можна дати досить змістовну характеристику особистості, а також, що не менш важливо, визначити індивідуальні заходи профілактики і психокорекції.

Оперування смисловим змістом та кількісними показниками, підрахованими для різних фаз формування емоційного виснаження, дозволяє отримати достатньо об'ємну характеристику емоційних порушень жінок у післяпологовий період.

3. Особливості емоційних порушень жінок у післяпологовий період досліджувалася за допомогою опитувальника стратегій подолання стресових ситуацій (С. Хобфолла) [29].

У сучасних психологічних дослідженнях поняття копінг (copingbehavior) охоплює широкий спектр активності особистості, починаючи від неусвідомлених психологічних захистів, завершуючи цілеспрямованими способами подолання проблемних ситуацій. Цей «інтегративний конструкт» використовується з метою описання характерних способів поведінки суб'єкта не лише в екстремальних ситуаціях, але й у буденній дійсності. Психологічне призначення копінг поведінки полягає в якомога найкращій адаптації суб'єкта до вимог ситуації шляхом оволодіння, послаблення або пом'якшення цихdezидератів, тобто у полегшенні стресового впливу ситуації.

Саме тому психологічне наповнення характерних способів поведінки емоційних порушень жінок у післяпологовий період у складних ситуаціях постало наступним етапом роботи. Залежно від ступеню конструктивності стратегії й моделі поведінки можуть сприяти або перешкоджати успішності подолання стресів, а також впливати на рівень емоційного виснаження.

Для діагностики стратегій подолання емоційних розладів емоційних порушень жінок у післяпологовий період застосовано опитувальник

С. Хобфолла SACS. Опитувальник містить дев'ять моделей подолання або копінг поведінки: асертивні (наполегливі) дії, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникання, маніпулятивні дії, асоціальні дії та агресивні дії. Залежно від ступеня конструктивності стратегії та моделі поведінки можуть сприяти або перешкоджати успішності подолання складних ситуацій, переживань, а також упливати на збереження здоров'я жінок у післяпологовий період.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Результати дослідження специфіки емоційних порушень у жінок у післяпологовий період за методикою Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна представлені у таблиці та рис.1.

Таблиця 2.1

Результати дослідження рівня тривожності досліджуваних (за методикою Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна), n=45

Рівень тривожності жінок у післяпологовий період	Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність	
	Кількість досліджуваних	%	Кількість досліджуваних	%
Низький	5	11,1	4	8,9
Середній	34	75,6	33	73,3
Високий	6	13,3	8	17,8

Результати аналізу представлені на рис. 2.1

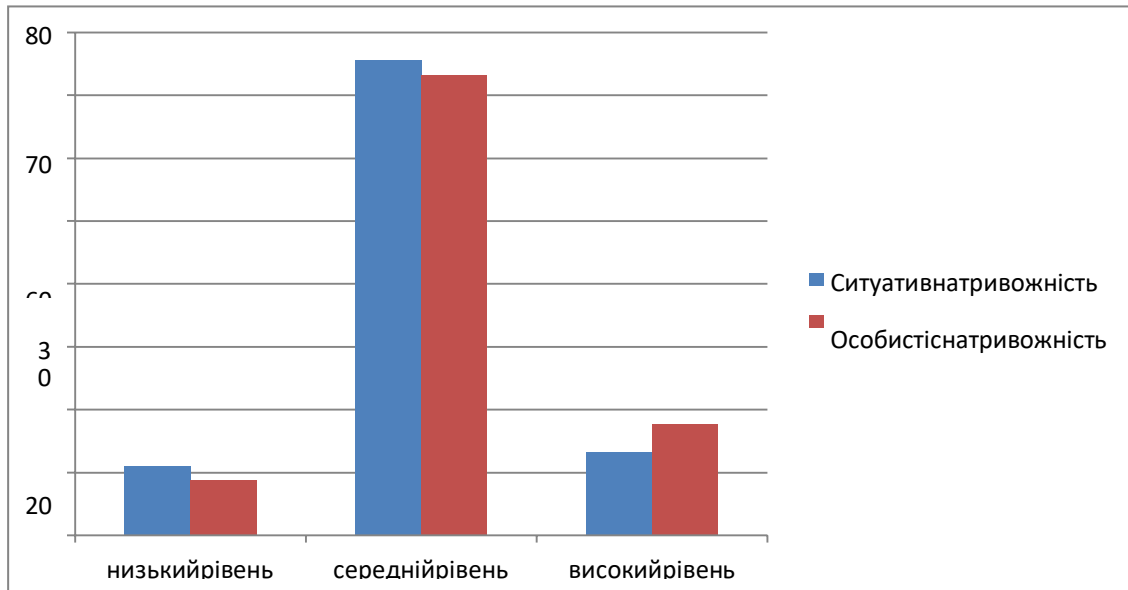


Рис. 2.1. Рівні тривожності жінок у післяпологовий період (за методикою Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна).

За методикою особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна виявлено, що лише у 4 досліджуваних зафіксовано низький рівень особистісної тривожності (8,9) та у 5 досліджуваних низький рівень ситуативної тривожності, що становить 11,1 %, що свідчить про те, що стан тривожності цим респондентам невласний. Такий результат може мати або не мати захисного характеру. Іноді низька тривожність є результатом витіснення високої тривоги з метою показати себе у кращому світі, щоб не показувати оточуючим свою тривогу.

Низький рівень тривожності свідчить про високу адаптацію жінок у післяпологовий період. У деяких випадках низька тривожність у показниках тестує результатом активного витіснення особистістю високої тривоги метою показати себе «соціально бажаною».

На середньому рівні ситуативної тривожності перебували 34 респондентів – 75,6%. Ситуативна тривожність проявляється в конкретній ситуації, пов'язаній з оцінкою складності і значущості діяльності, а також реальною і очікуваною оцінкою. Ситуативна тривожність характеризується суб'єктивно пережитими

емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Реактивна (ситуативна) тривожність характеризує стан особистості конкретно в даний момент часу, який характеризується напругою, за непокоєнням, заклопотаністю, нервозністю в даній конкретній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію, може бути різною за інтенсивністю та динамічністю часу.

Середній рівень особистісної тривожності – 73,3% (33 особи) досліджуваних, говорить нам про їхню хорошу адаптацію, про адекватну оцінку себе, своєї діяльності, а також оцінювання ситуацій, які мають загрозовий характер, про здатність жінок у післяпологовий період швидко і ефективно використовувати навички вирішення конфліктних і стресових ситуацій.

Високий рівень особистісної тривожності був виявлений у 8 респонденток – 17,8%. Особистісна тривожність характеризується станом несвідомого страху, невизначеним відчуттям загрози, готовністю сприйняти будь-яку подію як несприятливу і небезпечну. Жінка у післяпологовий період схильна до такого стану, постійно знаходиться в настороженому і пригніченому настрої, що може бути пов'язане з постійним побоюванням надмірним хвилюванням.

Зклопотаність і за непокоєння, яке проявляється у респондентів з високим рівнем особистісної тривожності, пояснюється постійним почуттям напруги і хвилюванням, стресом і супроводжується підвищеною тривожністю. Перебування в постійній нарузі може призводити до невротичних емоційних реакцій на зовнішні ситуативні подразники.

У жінок у післяпологовий період високий рівень ситуативної тривожності – 13,3% (6 досліджуваних) – супроводжується надмірним безпричинним занепокоєнням, страхом. Реакцією надзвичайні життєві ситуації стає перебільшене хвилювання. Це створює серйозні перешкоди для виконання повсякденних завдань, зводить важко долаючи бар'єри для повноцінної соціальної активності та міжособистісна госпілкування. Високий рівень тривожності свідчить про можливу наявність або розвиток тривожно-фобічного розладу або obsesивно-компульсивного розладу. Не варто ігнорувати подібний

стан у жінки у післяпологовий період, оскільки наслідки можуть бути найсерйознішими.

Для жінок з високим рівнем тривожності характерні відчуття власної неповноцінності, відчуття доброзичливості. Ухиляються від міжособистісних складних ситуацій, відмовляються відповідати на запитання, починають заїкатися або говорять так тихо, що їх майже не чути. Бояться загубити щось з речей, бачать страхітливі сни. Можуть мати часті головні болі, почуття сильного серцебиття, почервоніння обличчя, преривистий голос. Наявне виражене емоційне збудження (тривожність, напруга, неспокій, розгубленість, роздратованість).

Другою була використана методика В.В. Бойка, що спрямована на виявлення рівня емоційного виснаження жінок у післяпологовий період, у результаті проведення якої підраховані різні фази формування виснаження. Відповідно до вимог інтерпретації тесту, насамперед необхідно звернути увагу на окремі симптоми, а потім з'ясувати сформованість фаз емоційного виснаження. Результати підрахунків подано у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Кількісні показники сформованості симптомів
емоційного виснаження у жінок у післяпологовий період (n=45)**

Симптом	Не сформований		Формується		Сформований	
	%	Ранг	%	Ранг	%	Ранг
Переживання психо- травмуючих обставин	54,6	7	20,9	7	24,5	4
Незадоволеність собою	79,0	2	16,2	9	4,8	12
«Загнаність у кут»	86,1	1	9,2	12	4,7	11
Тривога та депресія	67,4	6	25,6	5	7,0	10
Неадекватне вибіркове емоційне реагування	18,5	12	38,4	1	43,1	1
Емоційно-моральна дезорієнтація	41,9	10	35,0	3	23,1	5
Розширення сфери економії емоцій	68,6	5	12,9	11	18,5	6

Продовження табл.2.2.

Редукція домашніх обов'язків	34,7	11	29,1	4	35,9	2
Емоційний дефіцит	50,1	8	24,5	6	25,4	3
Емоційна відчуження	46,6	9	36,1	2	17,3	7
Деперсоналізація	72,2	4	15,1	10	12,7	8
Психосоматичні та психо- вегетативні порушення	74,4	3	17,5	8	8,1	9

Якщо проранжувати симптоми емоційного виснаження за частотою виникнення, то перше рангове місце посідає симптом «неадекватне вибіркоче емоційне реагування» (у 43,1 % опитуваних він є сформованим); друге – симптом «редукція домашніх обов'язків» (35,9 % опитаних); третє – симптом «емоційний дефіцит» (25,4 % опитаних); четверте – симптом «переживання психотравмуючих обставин» (24,5 % опитуваних).

Зміна життєвого статусу, народження себе в новій ролі, ролі мами, викликає гордість і страх одночасно. Ніжність та переповненість коханням іноді супроводжується тихим жахом. Здається, що життя закінчилося: більше не буде зустрічей із друзями, відпочинку та спокійного перегляду кіно. Тепер все і вся належатиме ЕМУ, цьому маленькому грудочку. Усі ці думки одночасно викликають почуття провини. Адже мама усміхнена з плаката добра, ніжна і не сумнівається в собі, ніяк не схожа на них. Причини психологічної нестабільності стану жінки частіше пов'язані з переживанням щодо материнської ролі, ніж із переживанням пологів. Якщо нещодавно народжена опиняється у полоні у міфів про романтичне материнство, має ідеалістичні ставлення до дитині, то ймовірність втрати емоційного рівноваги підвищується. Результати дослідження свідчать, що за таких жінки у післяпологовий період схильні реагувати згортанням комунікативної діяльності. І природно, що досліджувані для того, щоб зберегти власне емоційне здоров'я, благополуччя, дуже часто вдаються до тактики економії емоцій у кращому випадку, вибудовують захисні бар'єри на шляху виснажливого спілкування, у гіршому випадку дозволяють настрою неконтрольованим шляхом упливати на стосунки.

З огляду на це, стає зрозумілою і розкривається у повній мірі сутність поведінкових реакцій жінок у післяпологовий період при виникненні виснаження.

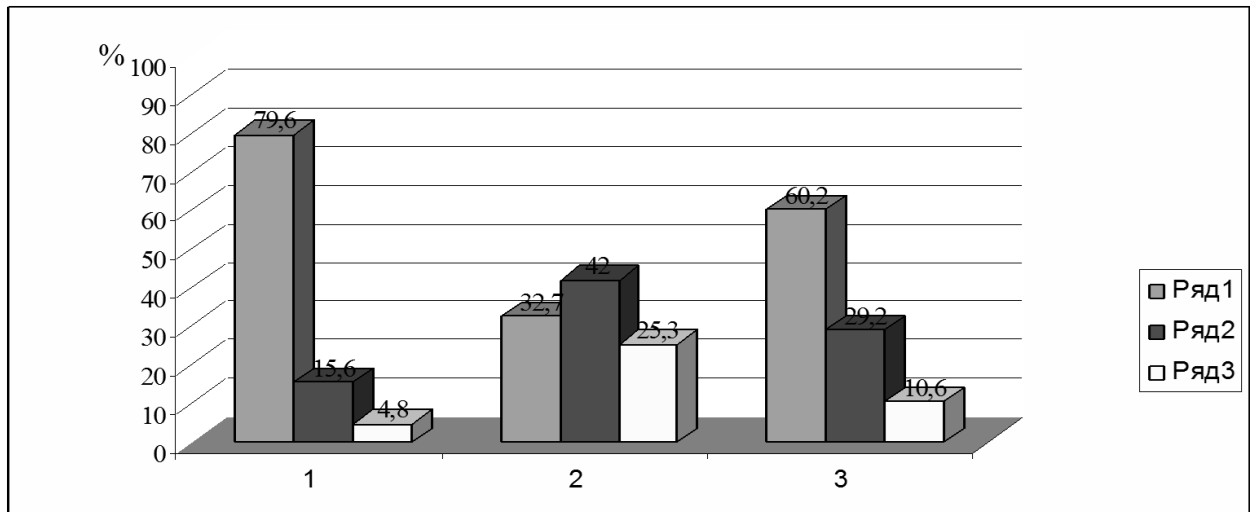
Захисні реакції жінок у післяпологовий період, ті негативні наслідки, що позначаються на стосунках з оточенням і можуть призводити до неадекватних емоційних реакцій, не настільки мають викликати занепокоєння, на наш погляд, у порівнянні з таким симптомом емоційного виснаження, як редукція домашніх обов'язків.

Консолідовані результати дослідження стану сформованості фаз синдрому емоційного виснаження у жінок у післяпологовий період подано на рис. 2.2.

Дані, подані на рис. 2.2, переконливо засвідчують той факт, що домінуючою у синдромі емоційного виснаження жінок у післяпологовий період є фаза «резистенція», котра, на думку В.Бойка, характеризується згортанням відповідальності, прагненням якомога менше часу витратити на виконання не важливих завдань, зменшенням взаємодії з оточенням, розширенням сфери економії емоцій, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням тощо. Принагідно підкреслимо, що 25,3% опитаних мають високий рівень розвитку фази «резистенція», у той час як лише у 4,8% опитаних виявлено високий рівень розвитку фази «напруження», а також у 10,6% досліджуваних – високий рівень розвитку третьої фази «виснаження». Тобто можна стверджувати, що розвиток емоційного виснаження у жінок у післяпологовий період відбувається саме за рахунок другої фази.

Загальні дані щодо рівня розвитку та прояву симптомів емоційного виснаження дають нам повну картину особливостей цього феномену.

За допомогою опитувальника стратегій подолання стресових ситуацій (С. Хобфолла) досліджувався ступінь виразності поведінкових стратегій залежно від рівня тривожності жінок у післяпологовий період.



Примітки: 1 ряд – фаза «напруга», 2 ряд – фаза «резистенція», 3 ряд – фаза «виснаження», у кожній фазі I стовпчик – фаза не сформована, II – фаза формується, III – фаза сформована.

Рис. 2.2. Консолідація результатів дослідження стану сформованості фаз синдрому емоційного виснаження ужінок у післяпологовий період

Ураховуючи те, що характер розподілу показників стратегій подолання у досліджуваних має відносно сталий характер, як за абсолютними величинами, так і за кількісним складом, основний акцент у процесі аналізу отриманого масиву емпіричних даних полягав у визначенні ступеню виразності основних моделей подолання залежно від рівня тривожності досліджуваних (табл. 2.3).

Результати, подані в табл. 2.3, наочно демонструють, що в досліджуваних із низьким рівнем тривожності зафіксовано високий ступінь виразності за такими стратегіями подолання, як: пряма (імпульсивні дії), асоціальна (агресивні дії), а також пасивна (уникнення або ухилення від вирішення проблеми). Надання переваги пасивній стратегії копінг поведінки, найімовірніше, можна пов'язати із прагненням молодих мам зберегти самоповагу, статус та власні ідеали. Високий ступінь виразності прямої стратегії подолання, ймовірно, можна пов'язати із поступовим зниженням соціальної залежності жінок від оточуючих та усвідомленням і відчуттям своєї ролі в родині. Хоча, використання у своєму житті будь-яких агресивних дій зумовлює виникнення міжособистісних конфліктів у горизонтальному та вертикальному вимірах.

Таблиця 2.3.

Ступінь виразності поведінкових стратегій залежно від рівня тривожності жінок у післяпологовий період (%)

Моделі копінг поведінки	Досліджувані із різним рівнем тривожності								
	Низький			Середній			Високий		
Асертивні дії	13,3	66,6	20,1	8,1	48,6	43,3	15,0	70,0	15,0
Вступ у соціальний контакт	20,0	60,0	20,0	18,9	27,1	54,0	30,0	45,0	25,0
Пошук соціальної підтримки	33,4	33,3	33,3	16,2	29,7	54,1	15,0	25,0	60,0
Обережні дії	13,2	46,7	40,1	8,1	32,4	59,5	5,0	30,0	65,0
Імпульсивні дії	40,1	13,4	46,5	29,7	67,6	2,7	15,0	45,0	40,0
Уникнення	6,7	73,2	20,1	19,0	40,5	40,5	5,0	25,0	70,0
Маніпулятивні дії	13,4	73,2	13,4	18,9	59,5	21,6	10,0	65,0	25,0
Асоціальні дії	26,7	33,3	40,0	24,4	37,8	37,8	35,0	40,0	25,0
Агресивні дії	-	40,0	60,0	18,9	43,3	37,8	10,0	30,0	60,0

Подальший аналіз отриманих результатів дозволив дійти висновку, що в досліджуваних жінок у післяпологовий період з середнім рівнем тривожності, високу ступінь виразності мають такі моделі копінг поведінки, як: вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні та асертивні дії. Активне подолання у сукупності із позитивним використанням соціальних ресурсів (контактів) підвищує стресостійкість жінок у післяпологовий період.

Жінки у післяпологовий період з високим рівнем тривожності використовують такі способи поведінки, як: уникнення (70,0%), агресивні дії (60,0%), обережні дії (65,0%), пошук соціальної підтримки (60,0%). На нашу думку, обрані способи поведінки є неконструктивними. Уникнення не дозволяє ефективно вирішувати виникаючі труднощі й налагоджувати продуктивні стосунки з оточуючими, що позначається на рівні емоційного виснаження. Агресія також перешкоджає формуванню сприятливого психологічного клімату родини й ускладнює розв'язання життєвих задач. Крім того, можна припустити,

що систематичне використання агресивних дій досліджуваними третьої групи стає механізмом компенсації несприятливого емоційного стану і негативних установок щодо діяльності.

У той же час збереження високого рівня просоціальної стратегії поведінки у жінок у післяпологовий період зумовлено не лише стійкою рефлексією але й пошуком тієї особистості, яка б була спроможна зреалізувати власні ідеї та бажання в подальшому.

2.3. Психологічна допомога жінкам з проявами емоційних порушень

Психологічна допомога матері та дитині на різних етапах розвитку материнства та материнсько-дитячої взаємодії має будуватися з урахуванням усіх особливостей утримання та розвитку материнської потребово-мотиваційної сфери жінки.

Своєчасна діагностика змісту та розвитку материнської сфери дозволяють виявити групу ризику (порушення материнсько-дитячої взаємодії, девіантне материнство, післяпологові депресії тощо) на перших місяцях вагітності і навіть у період планування вагітності (у центрах планування сім'ї, у жіночих консультаціях).

Спираючись на уявлення про онтогенетичні етапи материнської сфери, можна будувати профілактичну та корекційну роботу.

Психологічна допомога для жінки з проблем материнства може здійснюватися у межах різних форм психологічної практики. Найчастіше це спеціалізовані психологічні служби. Можна виділити чотири напрямки психологічної практики, де жінка може отримати більш менш повноцінну та кваліфіковану допомогу з проблем материнства:

- підготовка до пологів та материнства (курси для майбутніх батьків, школи підготовки до пологів тощо);
- індивідуальне та сімейне психологічне консультування та психотерапія;
- психологічна допомога матері та дитині;
- комплексна психологічна допомога з проблем материнства [21].

Кожен із цих напрямів ґрунтується на всіляких психологічних підходах і техніці консультування та терапії та включаючи проблематику материнства.

Підготовка до пологів та материнства здійснюється різними медичними та психологічними організаціями, а також неформальними об'єднаннями батьків та індивідуально практикуючими фахівцями (психологами, акушерами тощо). Це можуть бути курси та школи для майбутніх батьків та інші, які в основному ставлять за мету підготовку вагітних жінок та сімейних пар до пологів. У таку підготовку входить навчання техніки розслаблення, дихання, регулювання своїх емоційних станів, освоєння різних навичок для полегшення пологів, у тому числі «родового голосу» тощо. Зазвичай включаються заняття з підвищення батьківської компетентності, гімнастика, різноманітні форми творчої діяльності [24].

У деяких випадках програма ширша, з акцентом на психологічну підготовку до родів та материнства. Використовуються різні форми групової роботи, спрямованої на розвиток творчих здібностей, особистісне зростання, розвиток емоційної сфери, зняття тривоги, обробка образу дитини, своїх очікувань від пологів, використовуються методи пренатального навчання та налагодження взаємодії матері з дитиною під час вагітності.

Заняття в таких школах проводять групові, часто спільні для майбутніх матерів та батьків. Включаються методи арт-терапії, групової психотерапії, музичної та тілесно-орієнтованої терапії, аутотренінг, хоровий та індивідуальний спів тощо, частково адаптовані для підготовки до пологів та материнства. Розроблено оригінальні методи, наприклад обробки образи дитини та своїх очікувань від пологів за допомогою медитацій, малюнків, інших видів творчої діяльності, групове обговорення проблем вагітності та пологів, освоєння родового голосу та спів колискових пісень та ін. (Крижановська З. Ю.) [15].

Проводиться тренінг поведінки під час пологів, взаємодії з дитиною, сімейних відносин.

За кордоном такі школи та курси досить широко поширені і найчастіше проводяться з урахуванням пологових будинків чи місцевих медичних установ.

Недоліком цієї форми психологічної допомоги, крім її недостатньої поширеності та малодоступності для населення, є орієнтація на пологи як основна і часто кінцева мета. Хоча в більшості випадків йдеться про налагодження взаємодії з дитиною, і вся підготовка будується з позицій забезпечення їй кращого майбутнього, проте контакт із фахівцями після пологів переривається, і подальші проблеми материнства повинні вирішуватися або самостійно, або жінка змушена звертатися до інших фахівців. З іншого боку, така підготовка орієнтована на групову роботу, часто взагалі без використання індивідуального консультування. Зазвичай не проводиться попередня індивідуальна діагностика особливостей материнської сфери, і жінки у процесі групових занять самі опрацьовують свої проблеми. Зрозуміло, цей спосіб також є дуже ефективним, особливо у випадках, коли підготовка до пологів поєднується із веденням пологів (Кондратова А. С., Матвійчук С. М., Маринчина І. М.) [12].

Важливу роль відіграє індивідуальне та сімейне психологічне консультування та психотерапія. Проблеми материнства можуть вирішуватися в рамках загальної сімейної та індивідуальної консультаційної та психотерапевтичної роботи. В даному випадку важливо, наскільки психолог знайомий із проблемами вагітності та материнства.

Часто застосовуються психоаналітичні та мікропсихоаналітичні підходи до консультування та терапії, орієнтовані на обробку особистих проблем матері, а також центрована для клієнта та сімейна терапія та консультування.

Недоліком цих форм психологічної допомоги є їхня несистематичність, розірвана з роботою інших фахівців, які стосуються ведення вагітності, пологів, педіатричної служби. Мати постає перед необхідністю звертатися до різних фахівців з різних приводів, пов'язаних з материнством. Краще використовувати комплексний підхід, але, на жаль, він дуже рідко буває, доступний для жінки.

Психологічна допомога матері та дитині. Найчастіше цей вид психологічної допомоги орієнтований на дошкільний та більше старший вік дитини. Для батьків з дітьми раннього віку така допомога надається психологами

дитячих дошкільних закладів або у спеціалізованих центрах, дуже рідко – у психологічних консультаціях (Кузнєцова В. І.) [16].

Консультування для матерів з немовлятами, а тим більше новонародженими, не кажучи вже про пренатальний період, практично не проводиться. Виняток становлять окремі спеціалісти при науково-дослідних установах. За кордоном цей вид допомоги поширений, проте для батьків з маленькими дітьми він також менш доступний і найчастіше поєднаний із педіатричною практикою.

При наданні такого роду психологічної допомоги широко використовуються методи діагностики розвитку дитини, її емоційного благополуччя, діагностики батьківського відношення та взаємодії матері з дитиною. Цей рід психологічної практики традиційно орієнтований на проблеми дитини, мати та її психологічні проблеми, розглядаються (і коригуються) із позицій оптимізації умов розвитку дитини.

Найчастіше це дитячо-батьківське чи сімейне консультування, яке проводять фахівці у галузі психічного розвитку дитини. Нерідко в цих випадках її власні проблеми, що відкриваються для матері, спонукали її звертатися до інших фахівців. Такий стан щодо проблем материнства знижує ефективність цього виду психологічної допомоги.

Комплексна психологічна допомога з проблем материнства ще немає такої розвиненої та самостійної служби. Така служба повинна об'єднати необхідну допомогу матері та дитині у всіх вікових періодах, починаючи з планування вагітності, а може бути, і ще раніше, включаючи консультування щодо формування материнської сфери в онтогенезі (Грабчак О. В.) [5].

Структура та зміст психологічного консультування особливо важливі при психологічній допомозі жінкам з проявами емоційних порушень. Індивідуальне консультування з проблем материнства починається найчастіше у період вагітності і може охоплювати післяпологовий та пізніші періоди материнсько-дитячої взаємодії. Добре, якщо воно може поєднуватися з груповою роботою

(підготовка до пологів, школа для батьків тощо). Консультування включає декілька сеансів, кількість та тривалість яких залежать від конкретного випадку.

При загальному веденні вагітності доцільна наступна послідовність етапів консультування, кожен з яких може містити один або більше сеансів.

Етап планування вагітності. Проводиться діагностика змісту та онтогенезу материнської сфери жінки, визначається «стартова» цінність дитини, зміст цінностей, «впроваджуються», та тенденція їхньої інтерференції з цінністю дитини. При аналізі онтогенезу виявляються можливі порушення онтогенетичних етапів (недостатність досвіду, його неадекватний зміст материнства). За потреби робляться профілактичні чи корекційні заходи.

Перший триместр вагітності. Проводиться додаткова діагностика змісту материнської сфери та динаміки її розвитку на початку вагітності. Обговорюються ситуація ідентифікації вагітності, стиль переживання соматичної симптоматики, зміст та динаміка емоційного стану. Будується перша психологічна гіпотеза динаміки розвитку материнської сфери у вагітності та інтерференції цінності дитини з тими, що «впроваджуються».

Другий триместр вагітності. Обговорюється перший рух дитини, ставлення до ворухіння надалі. Проводиться діагностика динаміки розвитку материнської сфери, уточнюється первинна гіпотеза, будується прогноз особливостей пологів та післяпологових взаємодій з дитиною. Обговорюються можливості та способи встановлення взаємозв'язку з дитиною з урахуванням відчуттів від ворухіння.

Третій триместр. Проводиться подальша діагностика динаміки розвитку материнської вагітності. Проектується перинатальна взаємодія з дитиною. Уточнюються гіпотеза та прогноз пологів та післяпологового періоду.

Передпологовий період. Основна мета – уточнення гіпотези та прогнозу пологів та післяпологового періоду та психологічна підготовка до пологів.

Післяпологовий період. Патронаж вдома. Обговорення пологів, першого враження від взаємодії з дитиною існуючих проблем. Встановлення контакту з дитиною процесу годування. Уточнення гіпотези та прогнозу стилю

материнсько-дитячих відносин. Робиться прогноз можливого виникнення післяпологової депресії (Пушкарьова Т. М., Скрипченко Н. Я.) [30].

Важливе значення має діагностика динаміки розвитку материнської сфери та актуальної материнсько-дитячої взаємодії. Подальші консультації при необхідності, бажано контролювати в наприкінці кожного півріччя життя дитини.

У процесі консультацій запроваджуються необхідні дії. Їхня форма залежить від результатів діагностики. Під час вагітності обов'язково включаються способи підготовки до пологів та материнства, що враховують можливість групової роботи. За необхідності робляться індивідуальні заходи психотерапії та психокорекції.

Профілактика післяпологової депресії повинна починатися не після пологів, а ще під час вагітності. Вагітна жінка (особливо це відноситься до групи ризику за спадковістю та власним психологічним станом або захворюванням у минулому) повинна перебувати в охоронному режимі, який має бути організований близькими вдома, колегами та самою жінкою – на роботі.

Значну допомогу у профілактиці післяпологової депресії відіграє чоловік майбутньої матері. Він повинен намагатися бути уважним до поведінки вагітної дружини, щоб вчасно помітити зміни та звернутися за допомогою.

Для запобігання виникненню післяпологової депресії необхідне ретельне інформування родичів та самої вагітної жінки про те, що у післяпологовому періоді можливі перепади настрою. Подружжя має знати про прояви післяпологової депресії, щоб вчасно її запідозрити та почати лікувати. Для цього необхідно відвідувати спеціалізовані школи молодих батьків та формувати теплий, довірчий мікроклімат у сім'ї (Шрамко І.) [42].

Для запобігання депресивним розладам важливою є підтримка «тілесного» здоров'я. Справа в тому, що тіло і психіка перебувають у складних взаєминах, та хороше фізичне здоров'я підвищує стійкість до стресу. Необхідне виконання всіх рекомендації щодо харчування та способу життя, які дає акушер-гінеколог. В

разі будь-яких ускладнень протягом вагітності необхідний повноцінний курс лікування.

Необхідно пам'ятати, що від здоров'я матері залежить здоров'я дитини. Після пологів потрібно намагатися уникати перевтоми, недосипання. У цьому можуть допомогти родичі, взявши частину турбот щодо догляду за дитиною на себе. Необхідно, щоб у догляді за дитиною брав участь та її батько. Це сприяє зміцненню відносин між подружжям та формуванню емоційного зв'язку між батьком та новонародженим.

Якщо раніше у матері спостерігалися депресивні стани або на депресивні розлади страждали її родичі, то бажано заздалегідь проконсультуватися з психотерапевтом для проведення профілактики депресій у післяпологовому періоді.

Психологічна робота з жінками у післяпологовий період покликана сприяти підвищенню цінності сім'ї та материнства у суспільній свідомості, сприяти моральному вихованню майбутніх батьків, зміцненню психічного та фізичного здоров'я вагітних жінок.

Психологічна робота (психологічне консультування) здійснюється на підставі добровільної поінформованої згоди та відрізняється різноманітністю форм, вибір яких проводиться індивідуально та відповідно до бажання жінки.

Робота психолога, спрямована на профілактику емоційних розладів, вкрай важлива. Від того, чи отримає жінка кваліфіковану психологічну допомогу, часто залежить перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду.

Загальновідомо, наскільки полегшується перебіг вагітності, знижується ризик виникнення різних патологічних станів (токсикози, загострення наявних хронічних соматичних захворювань та ін.) і, відповідно, збільшується кількість здорових новонароджених, якщо жінка спокійна, емоційно налаштована на благополучне материнство, відчуває підтримку медиків та близьких людей.

У перші тижні життя малюка у нього формується майбутній характер, його емоційна сфера, стосунки з батьками, закладаються основи його взаємодії зі світом людей (Маруненко І. М., Омері І. Д., Шеремета М. М.) [18].

Висновки до другого розділу

Таким чином, знизити частоту виникнення післяпологової депресії може своєчасне виявлення груп ризику та проведення профілактичних заходів. Істотне значення має передпологова підготовка жінки. Під час допологової підготовки жінки важливо обговорювати емоційні аспекти батьківства, пояснити, що післяпологова депресія є тимчасовим явищем. Необхідно вчасно розпізнати симптоми та знизити пов'язані з ними почуття провини та тривоги. Допологові заняття також передбачають підтримку самотніх жінок.

Якщо депресія виникає під час вагітності, можна ефективно використовувати психотерапію. Антидепресанти застосовують лише за наявності протипоказань.

Нині існує група антидепресантів – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – які викликають аномалії розвитку плода. У процесі пологів і в перші тижні після них для жінки важлива емоційна підтримка близьких.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження можна зробити такі висновки: *емоції* – це переживання людиною ситуативного чи дійового значення предметів та явищ минулого, теперішнього або майбутнього. Найчастіше емоції визначають як переживання людиною в цей момент свого ставлення до чогось або до когось (до наявної чи майбутньої ситуації, до інших людей, до самої себе тощо). До сфери емоційних переживань людини входять: *емоційний тон відчуттів; емоційні стани; емоційні властивості особистості; різні емоційні явища та почуття.*

У роботі розглядаються чинники, що впливають післяпологове самопочуття жінок, такі як характерологічні особливості, вік, наявність обтяженого акушерського та соматичного анамнезу, психологічна неготовність до ролі матері, наявність негативного досвіду, пов'язаного з минулою вагітністю та пологамі; анамнез, обтяжений психологічною травмою дитячого віку та наявністю депресивних епізодів у роді по жіночій лінії; складні відносини в сім'ї жінки, що народила, неблагополучний статус новонародженого, післяпологове перебування мам і дітей в палатах роздільного перебування, наявність гострої травмуючої ситуації. Наявність комбінацій різних факторів, а також міра їхньої насиченості створюють більшу чи меншу схильність жінки до складного психологічного самопочуття у післяпологовому періоді.

Проведене дослідження дозволяє розглядати емоційне виснаження жінок у післяпологовий період із позиції виснаження ресурсів унаслідок як короткотривалих інтенсивних, так і довготривалих стресів, коли адаптивні можливості (ресурси) особистості з подолання стресової ситуації значно перевищені.

Компонент емоційного виснаження – набуває максимального розвитку у емоційних розладів жінок у післяпологовий період з високим рівнем тривожності (21,8 %), у досліджуваних з середнім рівнем тривожності (25%) та низьким рівнем тривожності (28,8%) він знаходиться на стадії формування.

Результати дослідження переконливо засвідчують, що домінуючою у синдромі емоційного виснаження у жінок у післяпологовий період є фаза «резистенція», яка характеризується згортанням обов'язків, прагненням якомога менше часу витратити на не важливих завдань, зменшенням взаємодії з оточуючими, розширенням сфери економії емоцій, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням тощо. Тобто, розвиток емоційного виснаження у жінок у післяпологовий період відбувається саме за рахунок цієї фази.

Серед домінуючих стратегій подолання емоційних розладів жінок у післяпологовий період слід звернути увагу на обережність, яка, на нашу думку, зумовлена феноменом «другого піку помилок» (перший припадає на етап адаптації). Безперечно, що вибір тієї чи іншої стратегії подолання емоційних розладів жінок у післяпологовий період пов'язаний із пошуком ресурсів (особистісних, соціальних, інформаційних та ін.), що допомагають суб'єкту зберегти психічну стійкість у стресогенних ситуаціях.

Виявлені психологічні особливості емоційних розладів жінок у післяпологовий період засвідчили доцільність розробки психокорекційної програми розвитку емоційної сфери жінок, що сприятиме їх особистісному зростанню, психічному здоров'ю, внутрішній гармонії та високій якості особистого життя.

Робота психолога з жінками повинна починатися з профілактики складних емоційних післяпологових станів під час вагітності. Необхідно повідомити вагітним жінкам про можливу появу короткотермінових розладів настрою в ранньому післяпологовому періоді, наприклад, у «школі для вагітних»; говорити про причини таких умов. Таке пояснення зменшує емоційну напругу та тривогу пацієнтів, призводить до розуміння та поваги до своїх почуттів. Важливо повідомити про зміни в сім'ї, з чоловіком, з родичами у зв'язку з появою дитини, щоб молода мати розуміла нормативність цих процесів.

Профілактика післяпологової депресії, безумовно, складне завдання, адже багато факторів (особливо зовнішніх) неможливо заздалегідь передбачити. В

цілому психосоціальні дії не сприяють зменшенню кількості жінок, у яких виникає післяпологова депресія. Однак надання інтенсивної, професійної післяпологової підтримки є перспективним впливом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*. 2017. № 4. С. 32-34.
2. Варій М.Й. Загальна психологія. Навчальний посібник / 2-ге видан., випр. і доп. Київ: «Центр учбової літератури», 2009. 968 с.
3. Васюк К. М. Особливості переживання емоцій на різних етапах аналізу неправдивої інформації. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка*. 2013. №. 22. С. 10-15.
4. Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І. Основи психології. Основи педагогіки: Навчально-методичний посібник. Чернівці: Книги – XXI, 2006. 200 с.
5. Грабчак О. В. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*. 2019. №17. С. 120-123.
6. Гром'як Р.Т., Ковалів Ю.І. та ін. Літературознавчий словник-довідник. Київ: ВЦ «Академія», 1997. 752 с.
7. Запорожан В. М., Сазонов О. В. Психопрофілактика стресу у вагітних жінок. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2012. № 1. С. 105-109.
8. Зінченко С. М. Патопсихологія. Методики дослідження: метод. посібник. Київ, 2004. 101 с.
9. Зінченко С. М. Медична психологія. Розділ «Сексологія та сексопатологія»: навч. посібник. Київ, 2005. 64 с.
10. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2007. 256 с.
11. Колісник Л.О. Емоційно-психологічна ізоляція у сучасному суспільстві. *Матеріали всеукраїнської наукової конференції викладачів, аспірантів, співробітників та студентів факультету іноземної філології та*

- соціальних комунікацій «Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства». Суми 2012. С.108-111.
12. Кондратова А. С., Матвійчук С. М., Маринчина І. М. Післяпологові депресивні розлади—актуальна проблема сьогодення. *Потенційні шляхи розвитку науки (частина I): матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ, 20-21 листопада 2020 року*. Київ: МЦНіД, 2020. С. 15.
 13. Костюк Г.С. Психічний розвиток особистості / Під ред. Л.М. Проколієнко. Київ: Рад. шк., 1989. 608 с.
 14. Коц С.М. Вікова фізіологія та вища нервова діяльність. Начальний посібник. Харків: ХНПУ, 2020. 228с.
 15. Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки у післяпологовий період. *Психологічні перспективи*. 2014. №. 23. С. 148-159.
 16. Кузнєцова В. І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності. *Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія*. 2020. № 2. С. 154-159.
 17. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. Київ: Центручбової літератури, 2008. 208 с.
 18. Маруненко І. М., Омері І. Д., Шеремета М. М. Репродуктивне здоров'я: шляхи формування та умови збереження. *Актуальні проблеми здоров'язбереження в Україні: педагогічні та медичні проблеми репродуктивного здоров'я*. 2014. С. 15-24.
 19. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навч.-метод. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 152 с.
 20. Неурова А.Б., Капінус О.С., Грицевич Т.Л. Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: Навчально-методичний. Львів: НАСВ, 2016. 181 с.
 21. Нікогосян Л.Р. Принципи організації психопрофілактичних заходів у вагітних жінок. *15-й міжн. мед. конгрес студентів та молодих вчених*. Тернопіль: ТДМА, 2011. С. 181-185.

22. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: *матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2018. 428 с.
23. Патопсихологія: навч. посіб. / уклад. Виходцева О. А. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. 208 с.
24. Піотрович Л.М. Стан репродуктивного здоров'я населення України. *Вісник наукових досліджень*. 2021. № 2. С. 82-86.
25. Приходько Г. І. Невербальні засоби вираження емоцій. *Науковий вісник Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка*. 2015. №. 4. С. 150-153.
26. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / уклад. М.С. Корольчук. Київ: Фірма "ІНКОС", 2002. 271 с.
27. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Київ: Рута, 2001. 320 с.
28. Психологія. Підручник для педагогічних ВУЗів/ за ред. Г.С.Костюка. Вид-во «Радянська школа». Київ: 1968. С.334.
29. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород: Видавництво О. Гаркуші, 2012. 616 с.
30. Пушкарьова Т. М., Скрипченко Н. Я. Алгоритм скринінгової діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів. *Перинатологія і педиатрія*. 2017. № 1. С. 74-79.
31. Родіна Н. В. Патопсихологія з елементами нейропсихології: навч.-метод. посіб. для студентів ВНЗ. Донецьк: Східний видавничий дім; Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова, 2015. 195 с.
32. Савенкова І.І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 158 с.
33. Сергеєнкова О.П. Педагогічна психологія. Київ: Центр учбової літератури. 2012. 201 с.

- 34.Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. Загальна психологія. Київ: Либідь, 2005. 464 с.
- 35.Словник української мови, в 11-ти томах. Том 2. Київ: Наукова думка, 1971. С. 477.
36. Степанов О.М., Фіцула М. М. Основи психології і педагогіки: Навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2006. 520 с.
- 37.Титаренко Т.М. Сучасна психологія особистості: навч. посібник. 2-е вид. Київ: Каравела, 2013. 372 с.
- 38.Тихонович В. Психологія емоцій: із історії дискурсу. *Соціальні виміри суспільства*. 2009. № 3. С. 45-48.
- 39.Тлумачний словник української мови / упоряд. Т. В. Ковальова; худож.-оформлювач Л. П. Вировець. Харків: Фоліо, 2015. 591 с.
- 40.Турецька Х. Патопсихологія: навчальний посібник. Тернопіль: Навчальна книга «Богдан», 2015. 160 с.
- 41.Хоминич О. Г. Психологія емоцій. *Актуальні питання сучасної психології : матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (Суми, 15 травня 2014 р.) / за ред: Кузікової С. Б., Щербакової І. М., Пасько К. М. та ін.* Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. С. 97-100.
- 42.Шрамко І. Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів: емпіричні дослідження. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія» серія «Психологія»*. 2018. № 7. С. 108- 113.
- 43.Hansen M. Affect as medium, or "the digital facial image". *Journal of Visual Culture*. 2003. Vol. 2, № 2. P. 205–228.
- 44.Kövecses Z. *Metaphor and Emotion: Language, Culture, and Body in Human Feeling*. Cambridge; Paris: Cambridge University Press; Edition de la Maison des Science de l'Homme, 2000. 223 p.
- 45.Reevy G.M., with Malamud Ozer Y., & Ito, Y. *Encyclopedia of Emotion*, Two volumes. Westport, CT: ABCCLIO/ Greenwood Press, 2010. 675 p.

46. Schachter S. *Emotion, Obesity and Crime*. New York, NY: Academic Press, 1991. 195 p.
47. Smith G.M. Local emotions, global moods and film structure. *Passionate Views: Film, Cognition, and Emotion*: [eds. C.R. Plantinga & G.M. Smith]. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 1999. P. 103–126.