

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А.І.Яблонський

“ _____ ” _____ 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК
У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ**

Керівник: Доктор психол.н., доцент
Астремська Ірина
Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: Канд. психол. наук, доцент кафедри
соціальної психології Одеського
Національного університету імені
І.І. Мечникова
Ольга Амплєєва

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: студентка VI курсу групи 667 Мз
Ємельянова Тетяна Володимирівна

(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Сімейна психологія з основами
психотерапії»

Миколаїв – 2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.....	10
1.1 Сучасні погляди на екстракорпоральне запліднення: медико-психологічний аспект.....	10
1.2 Психоемоційні проблеми жінок, які проходять процедуру ЕКЗ.....	18
1.3 Основні підходи до психологічного супроводу жінок у період ЕКЗ та їх специфіка.....	33
Висновки до першого розділу.....	42
РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК В ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.....	45
2.1 Організація та методи дослідження.....	45
2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження тривожності жінок у період ЕКЗ.....	55
Висновки до другого розділу.....	73
РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЯ ВИСОКОГО РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ.....	75
3.1. Програма подолання високого рівня тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення.....	75
3.2. Аналіз результатів формувального етапу дослідження тривожності жінок у період ЕКЗ.....	96
3.3. Рекомендації щодо застосування психологічних експрес-підходів управління тривогою для жінок, які проходять ЕКЗ.....	104
Висновки до третього розділу.....	111
ВИСНОВКИ.....	113
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	117
ДОДАТКИ.....	126

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

DSM-V – діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ЕКЗ – екстракорпорального запліднення

ІКСІ – введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита

ІМСІ – морфологічна селекція сперматозоїдів для ін'єкції в яйцеклітину

Метод NGS – це сучасна технологія розшифровки геному ембріона

МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду

ОПД – оперативна психодинамічна діагностика

ПГТ – передімплантаційне генетичне тестування

ПІКСІ – фізіологічний вибір сперматозоїда для ІКСІ

ВСТУП

Актуальність теми. Сім'я являє собою основний осередок суспільства, де заснована організація особистого побуту через подружні та родинні зв'язки. У сім'ї поєднуються сімейні стосунки між членами – чоловіком та дружиною, батьками та дітьми, братами та сестрами, які спільно управляють господарством на основі загального бюджету.

Сім'я як включає у себе особисті відносини, а й впливає суспільні процеси, відбиваючи і перетворюючи вплив довкілля. Кожен член сім'ї має автономію, одночасно беручи участь в інших спільнотах та групах, які можуть взаємодіяти з державними структурами та сусідами, обстоюючи інтереси своєї сім'ї та особисті переконання, вироблені всередині неї.

Однак, в сучасному світі існує проблема щодо такого поняття як «повноцінна сім'я» де є як батьки так і діти. Все частіше сім'ї відкладають або не мають дітей. Сім'ї, які вирішили відмовитися від народження дітей, відомі як бездітні сім'ї, тоді як сім'ї, які хочуть, але не в змозі завагітніти, називаються бездітними сім'ями.

В Україні близько 30% сімей не мають дітей після десяти років спільного життя подружжя. Приблизно 12% їх не мають дітей з медичних чи біологічних причин, тоді як інші бажають мати дітей. За Державними даними статистики України, в країні кількість живонароджених на 2020 рік склало 268 899 дітей, 2021 рік – 271 983 дитини та 2022 рік – 18 062 дитини (низька народженість спричинена воєнним вторгненням російської федерації в Україну).

Є численні дослідження вітчизняних та зарубіжних психологів, щодо опрацювання питання психологічної підтримки сімей до готовності народження дитини в тому числі за допомогою екстракорпорального запліднення (С.М. Фітьковський, А.М. Скрипніков, А.В. Наконечна, А.В. Камінський, О. Д. Білявська, А. В. Картушинська, В.М. Астахов, О.М. Васильченко, А. Ю. Ковтун та ін.).

Сучасні зарубіжні та вітчизняні психологи досліджували психологічні

проблеми безпліддя у контексті запліднення *in vitro* у різних аспектах. Наприклад, Н. Каримова розглядала це як соціальну проблему, О. Крутова досліджувала соціально-психологічні особливості репродуктивної установки безплідних чоловіків і жінок, О. Свяцкевич вивчала самосприйняття та самооцінку жінок у безплідному шлюбі, Т. Себелєва аналізувала гендерну ідентичну страждають безпліддям, а Г. Філіппова вивчала причини психологічної неготовності до материнства.

З точки зору сімейної психології, О. Дьячкова стверджує, що дистрес, спричинений порушенням репродуктивної функції та лікуванням, впливає на різні аспекти життя подружньої пари, обмежуючи подружні стосунки та посилюючи почуття провини, тривожності та депресії. Е. Ейдемільер, І. Добряков та І. Микільська розглядають безпліддя у шлюбі як хронічну проблему, яка загрожує життєдіяльності сім'ї.

З точки зору медичної психології, Е. Айзятупова, Н. Дементьєва, О. Іванова, Є. Кришталь та М. Маркова, В. Менделевич вказують на те, що психоемоційні порушення у пацієнток, що проходять лікування методом ЕКЗ, є наслідком складності цієї процедури.

Більшість досліджень психологічних проблем безплідності під час запліднення *in vitro* охоплюють лише окремі аспекти проблеми. Жінки з проблемами репродуктивного потенціалу, які вдаються до програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зазнають не лише фізичних, а й психологічних страждань. Усвідомлення інтимних переживань, що визначаються неусвідомлюваними механізмами, потребує серйозного наукового аналізу, що включає діагностику, корекцію та профілактику цих проблем. Це особливо актуально для нашої країни, де існує високий соціальний запит на такі психологічні послуги, але спостерігається нестача теоретичного, методичного та організаційного забезпечення у цій галузі, на відміну від зарубіжних практик.

Більшість дослідників визнають, що безпліддя є серйозним стресором. Хронічна фрустрація та пов'язаний з нею дистрес призводять до розвитку у жінок психологічних розладів непсихотичного рівня, насамперед тривожно-

депресивного характеру. Цей стрес викликає депресивні реакції, ізоляцію, невпевненість у собі, дратівливість та почуття сорому. На жаль, нині недостатньо даних про психологічний стан жінок, які проходять лікування методом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Таким чином, тема щодо народження дитини у сім'ї є актуальною, тим паче в аспекті екстракорпорального запліднення.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення.

Відповідно до мети дослідження були визначені наступні завдання:

- 1) Здійснити теоретичний аналіз сучасних поглядів на екстракорпоральне запліднення: медико-психологічний аспект;
- 2) Вивчити особливості емоційної сфери жінок у період екстракорпорального запліднення.
- 3) Виокремити основні підходи до психологічного супроводу жінок у період ЕКЗ та їх специфіку;
- 4) Дослідити особливості тривожності жінок, які проходять процедуру ЕКЗ;
- 5) Розробити та апробувати програму корекції тривожності для жінок, які проходять процедуру ЕКЗ; запропонувати рекомендації щодо зниження високого рівня тривожності.

Об'єктом дослідження є тривожність особистості.

Предметом дослідження є тривожність жінок у період екстракорпорального запліднення.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали положення нової в Україні наукової течії – «репродуктивна психологія, репродуктивна психосоматика», яка містить ідеї про репродуктивну функцію як здатність не лише зачати і виносити, але й перебудувати своє життя для її вирощування і виховання П.К. Анохіна, О.О. Ухтомського, В.С. Мерліна, класифікація потреб репродуктивної сфери І.П. Павлова, який визначав потребу в розмноженні як видову і вітальну (життєво необхідну) для виду, але не індивіда. теоретичних і

прикладних досліджень, присвячених проблемам материнства: феноменологія цього явища розглядається в роботах (О.В.Баженова, Л.Л. Баз, В.І. Брутман, А.Я. Варга, О.Ю. Дубовик, С.Н. Ениколопов, О.А. Копил, Л.В. Міледіна, М.С. Радіонова, Г.В. Скобло, Г.Г. Філіппова та ін.), психофізіології (А.С. Батуев, В. Г.. Волков, Ю.С. Садкова, і ін.). Велика кількість робіт підтверджують наявність певної динаміки психологічних проявів особистості жінки в залежності від терміну вагітності і пов'язаних з ним новоутвореннями (Н.В. Боровикова, В.І. Брутман, І.В. Добряков, І.М. Земзюлін, В.В. Миколаєва, Т.Д. Василенко, Г.Г. Філіппова та ін.).

Гіпотеза дослідження: безпліддя є серйозним стресором, яке продукує психоемоційні порушення у пацієнток, що проходять лікування методом ЕКЗ, є наслідком складності цієї процедури.

Методи дослідження. У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані наступні методи: *теоретичні* – метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та систематизації теоретичних та експериментальних даних; метод структурування для уточнення сутності базових понять та визначення психологічних засад розвитку тривожності жінок у період ЕКЗ; *емпіричні* – констатувальний експеримент (спостереження, опитування, інтерв'ю, бесіда, комплекс тестових психодіагностичних методик для вивчення особливостей тривожності жінок, які знаходяться у процесі ЕКЗ; формувальний експеримент для апробації програми корекції тривожності жінок, що проходять ЕКЗ; *методи статистичної обробки даних* – непараметричний критерій узгодженості Стюдента (статистичний критерій згоди, заснований на порівнянні з розподілом Стюдента (t-розподілом)). Обробка виконана за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм SPSS – версія 17.0.

Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових методик для діагностики загального рівня тривожності – методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова), ситуативної тривожності

(СТ) та особистісної тривожності (ОТ) – тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ), рівня невротизації – методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко), депресивних станів – методика діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової).

База дослідження. Для дослідження були вибрані 50 жінок, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років. В залежності від згоди на участь у корекційній програми досліджувані були розподілені на дві вибірки – експериментальну групу (складається із жінок, які дали згоду на участь у програмі) та контрольну (не бажають приймати участь у програмі, але згодні пройти два етапи тестування).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- удосконалено знання з визначення психологічних особливостей тривожності жінок, які проходять процес ЕКЗ;
- дістали подальшого розвитку уявлення про сучасні погляди на екстракорпоральне запліднення в медико-психологічному аспекті; особливості емоційної сфери жінок, які проходять процедуру ЕКЗ; основні підходи до психологічного супроводу жінок у період ЕКЗ та їх специфіку.

Практичне значення одержаних результатів роботи полягає в розробці та апробації корекційної програми подолання високого рівня тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення; рекомендацій щодо застосування психологічних експрес-підходів управління тривогою для жінок, які проходять ЕКЗ та психодіагностичного комплексу, спрямованого на вивчення психологічних особливостей тривожності. Результати, отримані в ході дослідження, надалі можуть бути використані, як у науково-дослідних цілях, так й практичній роботі лікарів та психологів, які працюють з жінками у період екстракорпорального запліднення.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та практичні результати дослідження представлено в доповідях на науково-теоретичних і

науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми науки, освіти і суспільства в сучасних умовах», «Європейський конгрес наукових досягнень».

Публікації. Основні результати дослідження висвітлено в трьох наукових публікаціях, з яких один – у наукових фахових виданнях України у галузі психології, два – у тезах міжнародних конференцій.

Структура роботи. Дипломна робота магістра складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків, список використаних джерел, який включає 93 найменування українських та зарубіжних авторів. Основний зміст роботи викладено на 116 сторінках комп'ютерного тексту (загальний обсяг дослідження складає 138 сторінок), містить 16 таблиць і 22 рисунка.

РОЗДІЛ 1

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

1.1 Сучасні погляди на екстракорпоральне запліднення: медико-психологічний аспект

Життя – найважливіше, невід’ємне, недоторкане благо людини. Відповідно до медичної науки, життя людини ділиться на два періоди: внутрішньоутробний та позаутробний. Внутрішньоутробний період починається з моменту зачаття, коли відбувається запліднення, і продовжується до повного народження плода з материнства [36, с. 69].

Унікальність процесів, що відбуваються навколо вагітності та пологів, складно переоцінити. Деякі виділяють позитивну сторону досвіду, інші акцентують увагу на негативні хворобливі відчуття, але багатство і різноманітність незаперечні психологічні аспекти, що супроводжують таємницю появи нового життя.

Але вагітність важлива не лише в особистісному житті жінки та її родинного оточення, а й суспільства загалом. Сама ситуація зачаття та вагітність була вкрай сакралізована у період розвитку цивілізації [40, с. 3].

Однак проблема сімей, які можуть радіти вихованню власних дітей, існує здавна, а традиційне сурогатне материнство (часткова сурогатність) відоме з давніх часів. Воно було законодавчо закріплено ще у Кодексі законів царя Хаммурапі (1781 до н.е.). Згідно з цими законами, якщо дружина не могла народити дитину своєму чоловікові, вона мала вибрати серед своїх невільниць ту, яка народить замість неї. Такі ситуації часто призводили до морально-етичних конфліктів, тому вже тоді існували певні гарантії для сурогатних матерів, зокрема заборона їхнього подальшого продажу іншим власникам.

Першою відомою в історії безплідною парою були старозавітні Авраам та Сара. Після невдалих спроб зачати дитину, за домовленістю з чоловіком, Сара попросила свою невільницю, єгиптянку Агар, завагітніти від Авраама та виносити їхню дитину. Внаслідок цих подій у 910 році до н.е. народився Ізмаїл (Ісмаїл, Ішмаель), який, за однією з версій, став предком арабів. Іноді нащадків називають агарянами на честь сурогатної матері.

Прикладом повної гестаційної сурогатності є фреска в одному з індійських храмів, що ілюструє легенду про зачаття Махавіри – засновника джайнізму (599 до н.е.). Махавіра був випадково зачатий в утробі жінки низького соціального статусу. Цар богів Індра наказав перенести плід жінці, яка гідна народити Великого Героя. На фресці зображені дві напівлежачі жінки: одна з них – Девананда, дружина священика, в утробі якої був зачатий Махавіра, інша – королева Трішала, якою плід був перенесений Харинегамешіном, божеством з оленячою головою. Згідно з легендою, плід був майстерно пересаджений через матку в утробу іншої жінки.

До знакової події у світі репродуктології – народження першої дитини шляхом *in vitro* (екстракорпоральне запліднення), експерименти з культивуванні ембріона «у пробірці», з подальшим його перенесенням проводили лише на ссавцях. У результаті одного такого експерименту і завдяки таланту китайського вченого Мін Чуе Чанг, у 1959 році на світ з'явився кролик, і своїм народженням довів, що штучне запліднення – це нова перспективна реальність.

Новий період у лікуванні безпліддя почався 1978 року в Англії від народження першої дитини, зачатої методом екстракорпорального запліднення (*in vitro*). Сучасні допоміжні репродуктивні технології тепер дозволяють переносити ембріон не тільки в матку жінки, яка його виношуватиме, а й у матку сурогатної матері.

Ця подія сталася завдяки двом батькам репродуктології – гінекологу Патрику Стептоу та біологу Роберту Едвардс, що здійснили чудо народження першої людини *in vitro* – Луїзи Браун.

Прабатьком репродуктивної медицини в Україні став харківський вчений, академік, доктор медичних наук, професор Валентин Іванович Грищенко. Він перший в Україні організував у 1983 році лабораторію репродукції людини (згодом вона стала відомою під назвою «Імплант») та став використовувати в роботі допоміжні репродуктивні технології.

Перша дитина в Україні, зачата за допомогою екстракорпорального запліднення, народилася 1991 року в Харкові. Це був перший випадок у Східній

Європі, результатом якого стало народження дівчинки на ім'я Катруся. Сьогодні процедура екстракорпорального запліднення стає дедалі популярнішою. Вона включає одержання зрілих яйцеклітин з яєчників жінки та запліднення їх сперматозоїдами чоловіка (або донорською спермою, за бажанням подружжя). Потім отримані ембріони вирощують в інкубаторі протягом 48-72 годин та переносять у матку пацієнтки. У випадках, коли це неможливо за медичними показаннями, ембріони переносять сурогатну матір. [8, с. 15-17].

Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ, штучне запліднення) – це процес, при якому сперма чоловіка «з'єднується» з яйцеклітиною жінки поза їх організмами, в лабораторних умовах, за допомогою спеціальних середовищ і лабораторного посуду. Одна або кілька запліднених яйцеклітин (ембріонів) переносяться в порожнину матки жінки; та кріпляться вони до стінки матки. Ембріони які залишилися можна заморозити та використати в іншому циклі.

Спочатку екстракорпоральне запліднення використовувалося для лікування жінок з пошкодженими, непрохідними або відсутніми матковими трубами, але сьогодні показання до використання значно розширилися і включають ендометріоз, порушення овуляції, чоловічий фактор та незрозуміле безпліддя.

Тобто, простіше кажучи – це запліднення яйцеклітини сперматозоїдом поза організмом жінки. Але не в пробірці (як вважають), а в чашці Петрі.

В сучасному світі вже активно використовується метод екстракорпорального запліднення, і цей метод також має певні етапи свого проходження.

До етапів проведення запліднення ін-вітро відносяться:

- стимуляція яєчників;
- запліднення;
- вирощування (культивування) ембріонів;
- перенесення ембріонів [31].

Перший етап: отримання яйцеклітин шляхом контрольованої стимуляції яєчників гонадотропними препаратами. Якщо в середньому за природний цикл в

яєчниках жінки дозріває одна яйцеклітина, то під час процедури екстракорпорального запліднення за рахунок стимуляції можна отримати набагато більше.

Другий етап: запліднення отриманих яйцеклітин сперматозоїдами. Цей процес відбувається в ембріологічній лабораторії під керівництвом ембріолога. Запліднення яйцеклітини може відбуватися кількома основними методами – ЕКЗ та ІКСІ (введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита). Головна відмінність методів у способі проникнення сперматозоїда в яйцеклітину. Класична процедура ЕКЗ передбачає, що яйцеклітину запліднить найсильніший сперматозоїд, який самостійно проникнув у неї. Під час методу ІКСІ сперматозоїд уводять в яйцеклітину спеціальним інструментом, і цю процедуру повністю контролює спеціаліст.

Також, існує ще два допоміжні методи внесення сперматозоїдів – ПІКСІ та ІМСІ. Їхня головна відмінність від ІКСІ полягає в тому, що ембріолог попередньо відбирає найякісніші, зрілі сперматозоїди, виходячи з їхньої здатності зв'язуватися з гіалуроновою кислотою (ПІКСІ) та високими морфологічними показниками (ІМСІ).

Методи запліднення підбираються відповідно до клінічних показань пацієнток і рекомендацій спеціалістів репродуктологічної клініки.

Третій етап: культивування (вирощування в інкубаторі) ембріонів в ембріологабаторії до стадії бластоцисти.

Четвертий етап: перенесення ембріона найвищої якості в матку жінки або кріозаморожування ембріона для перевірки його на хромосомні аномалії за допомогою методу NGS. Преімплантаційне генетичне тестування (ПГТ) – дуже популярна та рекомендована програма ЕКЗ, яка не тільки збільшує шанси на зачаття, виношування вагітності та народження здорової дитини, але й дозволяє вибрати бажану стать майбутньої дитини [31], [50].

В Україні Міністерством охорони здоров'я на законодавчому рівні закріплено порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій [56]. Однак, єдиного підходу, або основних методик щодо психологічного супроводу

жінок, надання допомоги жінкам, які є безплідними та планують ЕКЗ на сьогодні – відсутні. Таким чином, напрацювання в цій галузі, розробки методів, правил та пропозицій є на часі.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) досі залишаються одним із найперспективніших методів лікування безпліддя. Проте процедура ДРТ є емоційним і фізичним навантаженням, стресом не тільки для жінки, в також і для її партнера. На суть подружніх стосунків можуть впливати такі аспекти, як гормональне лікування, багаторазове обстеження, пункції, очікування дозрівання статевих клітин, чи відбудеться запліднення, перенесення ембріонів, очікування настання клінічної вагітності [15], [90].

Ефективність відновлення репродуктивної функції пов'язана з кінцевим результатом – настанням і благополучним результатом вагітності і коливається від 10 % до можливих 80 %. Сучасні допоміжні репродуктивні технології, за допомогою яких можна подолати практично всі форми як жіночого, так і чоловічого безпліддя, дарують можливість народити дитину подружнім парам, які раніше були приречені на бездітність. Одним з найбільш перспективних методів лікування безпліддя залишається метод екстракорпорального запліднення. В даний час ефективність ЕКЗ досягає 40 % на одного перенесеного ембріона в порожнину матки. Кількість дітей, народжених в результаті використання цього методу, вже обчислюється мільйонами [25], [26].

Під час вивчення сучасних вітчизняних та зарубіжних наукових публікацій ми виявили що дослідники зосередили увагу на вивченні таких актуальних питань, як медико-психологічний супровід жінок при ЕКЗ, дослідження психологічних станів жінок при порушенні репродуктивної сфери, психологія репродуктивної неповноцінності жінок, а також психологічні особливості жінок репродуктивного віку.

У своїх дослідженнях В.М. Астахов, І.В. Пузь та О.М. Васильченко оцінювали рівень психічного здоров'я у жінок репродуктивного віку. Серед найбільш інформативних критеріїв науковці окреслюють:

1. Відповідність суб'єктивних образів відображуваним об'єктам дійсності та характеру реакцій – стимулам зовнішнього змісту життєвих подій.

2. За віковим рівнем зрілості особистості: емоційно-вольова та пізнавальна сфери.

3. Адаптивність у мікросоціальних відносинах. Уміння грамотно планувати життєві цілі та зберігати активність у їх досягненні [4, с. 6]; [49, с. 22].

Також встановлено, що психологічні аспекти репродуктивного здоров'я тісно пов'язані з наявністю гінекологічних захворювань і розладів. Наприклад, якщо є низька самооцінка і почуття провини через затримку статевого розвитку, пізнє формування вторинних статевих ознак, косметичні дефекти, раннє пубархе (передчасне статеве дозрівання у дівчат), то в репродуктивному періоді почуття провини частіше проявляється через безпліддя під час вагітності. Ці явища зникають після народження дитини, змінюючись почуттям переваги перед жінками з безпліддям.

А.К.Дмитрієнко виявила, що потреба у дітях є важливою складовою репродуктивної поведінки [28, с. 112]. Н.О. Дементьєва підкреслювала: «одним із призначень жінки на цій землі є репродуктивна функція, тобто народження дитини, і особливості жіночого організму полягають у тому, що всі рефлекторні механізми, механізми нервового та гормонального регулювання спрямовані на збереження цієї функції» [24, с.142].

Таким чином, аналіз репродуктивної поведінки жінок розглядається через призму феміністського та гендерного підходів у дослідженнях [2], [12], [17], [23], [82].

Проблема в цілому є значимою з наукової та практичної точки зору ставлення сучасної молоді до понять «шлюб» та «діти». Поточні дослідження вказують на наголос на важливості сексуальних стосунків у подружньому житті [29].

Під час ЕКЗ організм жінки піддається стресу. Це і психоемоційний стрес, і прийом великих доз гормональних препаратів, і інвазивні процедури. Тому

важливо, щоб жінка була готова до такого навантаження і можливості настання вагітності. Підготовка до ЕКЗ включає:

- розгорнуте медичне обстеження;
- лікування виявлених захворювань, усунення чинників ризику;
- нормалізація маси тіла;
- зміна способу життя (правильне харчування, відпочинок, підтримання гарної фізичної форми);
- психологічна підготовка.

Різні точки зору існують щодо питання, скільки часу займає підготовка до ЕКЗ, це залежить від виявлених супутніх захворювань та того, які фактори ризику необхідно усунути. Підготовка займає місяць-два, якщо жінка здорова і перебуває у добрій фізичній та психологічній формі, і в середньому півроку, якщо потрібне лікування або, наприклад, нормалізація ваги. Оптимальний вік жінки для ЕКЗ – до 35 років. Не означає, що пізніше ЕКЗ немає результату, просто ймовірність настання вагітності вище до 35 років [76].

Безплідним шлюбом прийнято вважати відсутність зачаття при регулярних статевих контактах протягом року без застосування методів контрацепції. Але часто буває, що запліднення відбувається, але на певному терміні відбувається викидень чи загибель плода. І при цьому жінка клінічно здорова. У цьому випадку слід шукати причину «що не так?» у чоловіка. Саме тому фертильність та плідність не є тотожними поняттями.

Фертильність – це здатність зачати дитину.

Плідність – це здатність чоловіка і жінки в парі зачати і народити живу дитину.

У медицині прийнято розділяти безпліддя на первинне і вторинне. Первинна – це нездатність до запліднення, а вторинна – нездатність виносити і народити дитину. В обох випадках причиною можуть бути як проблеми зі здоров'ям у жінки, так і у чоловіка.

Якщо говорити конкретно про первинне безпліддя, то в 40-60 % всіх випадків причиною безпліддя є чоловічий фактор. Якщо відомо, що жінка

клінічно здорова, то вона повинна обстежити здоров'я свого партнера. Від якості сперми багато в чому залежить процес запліднення – в половині випадків чоловіче безпліддя пов'язане саме зі змінами в еякуляті (спермі). Для визначення так це чи ні – здають спермограму.

Спермограма – це рутинний тест, що дозволяє оцінити фертильність чоловіка, тобто його здатність зачати дитину. З його допомогою визначають концентрацію, рухливість та морфологію сперматозоїдів. Однак варто зазначити, що на сьогоднішній день одного цього дослідження недостатньо [31].

В свою чергу, також існує проблема чоловіків щодо прийняття такого факту, як неможливість зачати дитину. Більшість чоловіків навіть бояться думати про це, що в свою чергу створює блокування як на рівні фізичного так і психічного сприймання ситуації.

Так, причини безпліддя можуть бути не тільки в психофізіологічних проблемах здоров'я жінки, а й у чоловіка, а в деяких випадках і обидва партнери. За допомогою попередньої діагностики стану здоров'я жінки, та після підбору здорових та репродуктивних сперматозоїдів при дотриманні методів екстракорпорального запліднення, сім'ї в багатьох випадках народжують дітей, на яких вони довго чекали.

Таким чином, материнство слід розглядати не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної та соціальної, як унікальну ситуацію розвитку особистості жінки, що природньо необхідна для її самореалізації, яка забезпечує реалізацію найважливіших соціальних ролей, формування ідентичності загалом.

Світова історія ЕКЗ починається з 1781 року до н.е., а сучасна – з 1978 року; в Україні – з лабораторії репродукції людини В.Грищенко в 1983 році. Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ, штучне запліднення) – це процес, при якому сперма чоловіка «з'єднується» з яйцеклітиною жінки поза їх організмами, в лабораторних умовах, одна або кілька запліднених яйцеклітин (ембріонів) переносяться в порожнину матки жінки. ЕКЗ містить основні чотири етапи: стимуляція яєчників; запліднення; вирощування (культивування) ембріонів; перенесення ембріонів.

Проте процедура ЕКЗ є емоційним і фізичним навантаженням, стресом не тільки для жінки, в також і для її партнера. Найбільше на жінку можуть впливати такі аспекти, як гормональне лікування, багаторазове обстеження, пункції, очікування дозрівання статевих клітин, чи відбудеться запліднення, перенесення ембріонів, очікування настання клінічної вагітності.

1.2 Психоемоційні проблеми жінок, які проходять процедуру ЕКЗ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема безпліддя в сучасному суспільстві в умовах депопуляції є однією з найактуальніших медико-соціальних та психолого-демографічних проблем, яка зумовлена поєднанням соціального, психічного неблагополуччя та, майже завжди, поганого фізичного здоров'я та психологічний стрес сім'ї.

Шлюб, у якому, під час регулярного статевого життя протягом одного року без застосування методів контрацепції, вагітність не настає за умови досягнення подружжям дітородного віку, вважається безплідним. Частота безплідних шлюбів варіюється дуже широко і, на жаль, у всіх країнах світу не виявляє тенденції до зниження [31].

Таким чином, поширеність безпліддя в країнах Європи становить приблизно 14 % [87]. В Україні ефективність лікування безпліддя явно недостатня – кожна п'ята жінка з 15 мільйонів пар не може завагітніти природним шляхом [25].

Тривале неефективне лікування безплідності супроводжується низкою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів. Партнерські відносини руйнуються, що призводить до особистих та сімейних криз. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, а й соціального значення.

У свою чергу, безплідний шлюб може бути зумовлений як чоловічими, так і жіночими факторами. Серед великої кількості форм жіночого безпліддя незвичайну групу складають пацієнтки з безпліддям «неясної етіології» (від

загальної кількості безплідних жінок, з цим діагнозом від 4 до 40 % жінок). «Неідентифіковане» (діагноз психогенне, ідіоматичне) безпліддя встановлюється, якщо результати медичного обстеження пацієнтки та її постійного партнера з метою виявлення біологічних причин порушення репродуктивної функції вказують на біологічну фертильність пари [74].

Найчастіше на психологічну безплідність страждають пацієнти старше тридцяти років. Це пояснюється тим, що в цьому віці пари вже досягли певного кар'єрного та матеріального рівня та готові задуматися про дітей. Однак внутрішня тривога, недосипання та трудовголізм можуть трансформувати переживання у соматичні проблеми [59].

Багато пар не знають, що середній шанс завагітніти в одному менструальному циклі становить близько 30%. Якщо зачаття не відбувається, це викликає розчарування та запускає ланцюжок несприятливих психоемоційних подій. Додатковий тиск з боку батьків, які чекають на онуків, посилює ситуацію. Часто чоловік звинувачує дружину в неповноцінності, що замикає хибне коло, що веде до депресії. Організм у стані стресу не готовий до продовження роду [43].

Перфекціонізм і прагнення тотального контролю також не сприяють зачаттю. Люди, схильні до перфекціонізму, зазнають стресу, коли щось йде «не за планом». Коли мети не досягається, вони відчують безсилля та психологічну напругу, що негативно впливає на репродуктивну систему.

Психологи вважають, що жіночий організм здатний «блокувати» процес зачаття, якщо жінка не впевнена в тому, що дитина потрібна чоловікові, комплексує з приводу її поведінки або не отримує бажаного відношення. Чоловік також може блокувати зачаття, якщо існують розбіжності із дружиною [82].

Велике значення мають стосунки у рідній сім'ї. Жінка орієнтується на материнський образ, сформований у дитинстві, а чоловік – на батьківський. Подружжя приміряє на себе соціальні ролі, з якими їм доведеться зіткнутися після народження дитини. Гіперопіка з боку батьків, які вважають, що їхнім дітям ще рано ставати батьками, також може призвести до репродуктивних

психосоматичних порушень. Молода сім'я не може виявити самотійність та висловити усвідомлене бажання мати дитину.

Ще однією причиною психологічної безплідності є неадекватна самооцінка. Жінка, яка вважає себе непривабливою та небажаною, часто не бачить себе у ролі матері. Те саме стосується і чоловіка. Тут важливо працювати як над зовнішньої естетикою, а й над внутрішнім відчуттям самооцінки [33].

Поява дітей має на увазі зміну життєвого устрою. Хтось із подружжя або обоє можуть бути не готові до таких змін, не бажаючи втрачати свободу, можливість подорожувати та просуватися кар'єрними сходами. Страх змін сигналізує організму команду «Стоп», що заважає зачаттю.

Якщо одному з подружжя у дитинстві доводилося брати він батьківські обов'язки, це може викликати підсвідомий страх повторення негативного досвіду. Деякі пари ідеалізують батьківство, представляючи його виключно у рожевому світлі, і не сприймають можливі проблеми, що також відкладає вагітність [33].

Пара, яка зіткнулася з психологічним безпліддям, повинна нормалізувати свій психоемоційний стан, щоб створити гармонійні умови для зачаття та народження дитини. Фахівці можуть допомогти у цьому, і основою лікування у разі є психотерапія, тривалість якої залежить від індивідуальних особливостей пацієнта. Чим раніше буде виявлено корінь проблеми, тим легше її усунути.

Так, однією з найважчих, хронічних, психологічно травмуючих ситуацій, що емоційно виснажують сім'ї є неможливість народити дитину.

Материнство слід розглядати не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної та соціальної, як унікальну ситуацію розвитку особистості жінки, що природньо необхідна для її самореалізації, яка забезпечує реалізацію найважливіших соціальних ролей, формування ідентичності загалом.

У своїх дослідженнях А.В. Наконечна встановлювала емоційний стан жінок із безпліддям під час готовності до ЕКЗ. При первинній діагностиці рівень тривожності у жінок був значно високий. У деяких навіть тривожність виступала як особистісна риса. За результатами діагностики депресивного стану більшість

жінок показали його відсутність, і лише в деяких спостерігалася помірна депресія. Однак одним із важливих елементів складової частини материнства, у 77 % жінок виявлено порушення мотивації готовності стати матір'ю.

За результатами свого дослідження, А. В. Наконечна дійшла висновків, що емоційний стан жінок із безпліддям поступово погіршується, рівень тривоги підвищується і потребує терапії. Саме при цілісному підході діагностичні та лікувальні заходи є більш продуктивними, оскільки «психічне» та «соматичне» здоров'я є нероздільними поняттями [53, с. 38-39].

Негативний вплив психоемоційних розладів на лікування жінок із проблемами реалізації репродуктивного потенціалу відзначає також А. Іванова [34]. На основі проведеного дослідження, яке включало оцінку психоемоційного стану та поточної соціальної ситуації, виділяє фактори, від яких залежить вираженість і частота психоемоційних розладів: соціальний статус, тривалість лікування, особистісні характеристики.

Загалом жінок, які страждають на психогенну безплідність, можна класифікувати наступним чином:

- 1) жінки незрілого, чутливого і, по-дитячому, примхливого, схильного до невротичних реакцій типу;
- 2) агресивно-домінантні жінки, які не згодні визнавати свою жіночність;
- 3) гіперматеринські жінки, які спрямовують свій материнський інстинкт на чоловіка;
- 4) фанатичні жінки, що присвятили себе служінню певним ідеям, поглядам, віруванням.

Класифікація жінок, які мають безпліддя, заснована на вираженості і стійкості їх протидії зачаттю:

- жінки, у яких опір вагітності досить поверхневий, а безпліддя може припинитися спонтанно під впливом захоплення під час обстеження та на ранніх термінах лікування;

- жінки з більш стійким блокуванням зачаття. Це блокування може виникнути внаслідок якоїсь зовнішньої стресової ситуації, яка сприймається як

несприятлива для материнства. Зміна умов життя та виконання певних рекомендації можуть сприяти виникненню вагітності;

- жінки, у яких безпліддя виникло внаслідок глибокого та тривалого психосоматичного стресу, пов'язаного з наявністю психогенного стресу [74], [76], [83].

Причинами таких чинників може бути установки, сформовані у процесі виховання [77], [82].

Вірогідність зачаття з першої спроби коливається в межах 20-45%, найчастіше це друга або третя програма.

Треба зазначити про наявність *проблеми «замерлої» вагітності та ранні викидні* під час ЕКО. Важливим для нашого дослідження є спроба зрозуміти причини такого феномену. Психічний стан жінки під час такої вагітності викликає велику цікавість у фахівців. Період вагітності значно впливає на емоційний стан майбутньої матері, що відбивається на самопочутті та розвитку плода. Цей процес включає як позитивні, і негативні аспекти.

Гіппократ ще в давні часи стверджував, що вагітність може мати лікувальний ефект на жінок з істерією. З того часу увага фахівців фокусується на важливості створення сприятливого емоційного фону для вагітної жінки, включаючи споглядання природи, мистецтва та спілкування з маленькими дітьми.

Під час вагітності у жінок виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та майбутній дитині. Цей стан досягає свого піку під час пологів і продовжується в період годування груддю. Вагітність також сприяє прискореному особовому зростанню жінки, розвитку почуття відповідальності та материнського інстинкту. Однак нерідко виникають психічні розлади невротичного рівня, такі як соматоформні розлади та психічні прикордонні зміни.

Фізіологічні та соматичні зміни, що відбуваються в організмі вагітної жінки, створюють сприятливе середовище для розвитку нервово-психічних розладів. Частота таких розладів може досягати 40%, при цьому основними

причинами є сімейні та професійні конфлікти, несприятливі житлові умови та ендокринні порушення. У 8-11% випадків основним чинником є вагітність. Багато вагітних жінок відчують «сенсорний голод», що може призводити до підвищеної дратівливості та агресії. Цей стан супроводжується духовним відчуженням та невротичними реакціями. Хоча зовнішні стрес-фактори не впливають безпосередньо на дитину, їх вплив через матір може впливати на психіку плода, посилюючи психотравмуючий вплив негативних симптомів вагітності.

Емоційний стан матері значно впливає протягом вагітності, пологи і подальше ставлення до дитини. Високий рівень тривожності та емоційної нестабільності характерний для багатьох вагітних жінок. Тривожність, є головним фактором, що відрізняє жінок з ускладненою фізіологічною вагітністю та нормальною. Тривожність, своєю чергою, може грати як позитивну, і негативну роль: вона мобілізує сили задля досягнення мети, але за тривалому впливі може перерости в тривожний розлад і депресію.

Стрес під час вагітності є специфічною формою реакцію екстремальну ситуацію і проявляється через тривогу. Неадекватна за інтенсивністю та тривалістю тривога перешкоджає адаптаційній поведінці та призводить до дезорганізації психіки. Так, підґрунтям будь-яких змін поведінки, психічного стану, які відбуваються з причин стресу, є тривога.

Вагітність є ідеальною моделлю формування ситуації, що вимагає адаптації до нових умов. Жінка стикається з важливим завданням: бути готовою до довгого та тісного зв'язку з малюком, сприймати його як особистість до та після народження, чуйно ставитися до його потреб та задовольняти їх. Страх перед невідомим викликає почуття беззахисності, посилюючи бажання вагітної жінки відчувати взаємну ніжність та любов. Якщо це не вдається, сумніви та суперечливі відчуття стають сильнішими, що призводить до підвищеної тривожності.

Підвищена тривожність та депресія – поширені, але часто нерозпізнані стани, що ведуть до негативних наслідків для здоров'я жінки та плоду. Основні

причини тривожності включають страх перед пологами, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини та побоювання щодо забезпечення її гідного утримання. Ці стани можуть досягати рівня психопатологічних розладів та призводити до ускладнень вагітності, включаючи можливе її переривання.

Страх і тривога – тісно пов'язані, але різні поняття. Тривога виникає без об'єктивних причин і має ірраціональний характер, тоді як страх – це реакція на конкретну загрозу. З 50-х у науковій літературі тривожність досліджувалася як особистісне властивість, а тривога – як стан. Поступово ці поняття зблизилися, виділяючи ситуативну та особистісну тривожність. Ситуативна тривожність є емоційною реакцією на стресові ситуації, а особистісна тривожність відбиває схильність сприймати різні ситуації як загрозливі. Вагітність, з її невизначеністю та очікуванням, є джерелом підвищеної тривожності. Чим більша невизначеність майбутнього, тим вищий рівень тривоги. Особистісна тривожність визначається як стійка характеристика, що відображає схильність людини до тривоги та сприйняття загроз у різних ситуаціях [76].

Стрес і тривожні стани взаємопов'язані, і якщо тривожність стає домінуючою емоцією, ймовірність ускладнень під час пологів збільшується. Важливо розуміти різницю між ситуативною і особистісною тривожністю, оскільки вони різний впливом геть якості життя і протягом вагітності.

Прояви тривожних станів у вагітних жінок мають неоднорідну структуру, що дозволяє виявляти різні клінічні варіанти, серед яких переважають тривожні стани субклінічного (субсиндромального) рівня. Незважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги чи страху, у вагітних жінок доведено наявність певного рівня тривожності та депресивності. Наприклад, жінки, які вважають, що не бояться пологів, часто демонструють вищі показники загальної тривожності (ВІД) та ситуативної тривожності (СТ) порівняно з тими, хто відчуває страх перед пологами. Це свідчить про те, що суб'єктивне сприйняття психоемоційного стану який завжди є об'єктивним критерієм визначення тривожності. На вербальному рівні жінки можуть заперечувати наявність тривоги, але психодіагностичне обстеження та клінічні інтерв'ю підтверджують

її присутність.

Наявність СТ на помірному та високому рівні свідчить про те, що жінки перебувають у стресовій ситуації, що характеризується дискомфортом, занепокоєнням та вегетативним збудженням. Після пологів зниження рівня СТ вказує на вирішення стресової ситуації завдяки народженню дитини та прийняттю нової ролі матері. СТ може бути викликана не лише страхом перед пологами, а й утомою від вагітності. Фізичний дискомфорт та психологічні фактори, такі як зміни в способі життя, сімейні та робочі відносини, занепокоєння за здоров'я дитини та фінансові труднощі, також сприяють виникненню чи посиленню психоемоційних порушень при вагітності. Тривожність є психічним виразом стресового стану та тимчасовою негативною емоцією. Вона може бути неадекватною, коли обставини благополучні, але сприйняття їх спотворене особистісною оцінкою у захисних цілях. Проблеми тривожності виявляються у поведінці, що має ланцюгову чи циклічну структуру, включаючи думки, дії та фізичні реакції [76].

Високий рівень психоемоційного стресу у жінок із змінами репродуктивного здоров'я та порушенням вегетативного балансу сприяє порушенню психологічної адаптації. Висока тривожність у прегравідарний період та під час вагітності може бути індикатором ризику несприятливих репродуктивних наслідків, включаючи гестаційні ускладнення. Крім того, депресія під час вагітності збільшує ризик акушерських ускладнень та несприятливих перинатальних наслідків, що може призвести до післяпологової депресії у матері та психічних порушень у дитини, що виявляється навіть у підлітковому віці [77].

Тривога матері під час вагітності може викликати порушення в роботі її органів і систем, а також порушити біохімічний баланс плода, викликаючи активацію симпатoadреналової системи. Мати і плід є єдиним нейрогуморальним організмом, що однаково реагує на зовнішні фактори, що відображається в довгостроковій пам'яті та подальшому житті індивідуума. Гормональні зміни у вагітних у контексті тривожності також були підтверджені

у наших дослідженнях. Жінки, які зазнають підвищеної тривоги за стан майбутньої дитини, можуть виявляти низьку впевненість у успішному результаті вагітності та не бути націленими на майбутнє материнство. Їхня тривога часто пов'язана з переживаннями з приводу пологів, відносин з партнером та оточуючими, а також власної спроможності як матері [78].

Пологи, що пройшли без ускладнень, не завжди виявляються такими з психологічного погляду. Якщо протягом вагітності жінка зазнавала стресу, це може значно змінити її життя та ставлення до себе та дитини після пологів. Постнатальна депресія часто корелює з такими характеристиками особистості, як тривожність та ворожість під час вагітності. У таких жінок відзначалася велика збудливість фізіологічних реакцій (серцебиття, реакції шкіри), особливо на подразники, такі як плач дитини [80].

Психічні та психосоматичні ускладнення вагітності залежать від преморбідних особливостей особистості, соціальних та сімейних умов життя, а також від наявності у вагітних стресових ситуацій та пов'язаних із ними переживань. Формування симптомів депресії немає прямого біологічного впливу, але значний вплив надають психосоціальні чинники стресу і симптоми тривоги. Жінки, позбавлені соціальної підтримки або партнерів, особливо вразливі до тривожних симптомів, які є предиктором симптомів тривоги та депресії у післяпологовому періоді [81].

Емоційні переживання жінок під час вагітності мають певну специфіку, пов'язану з терміном вагітності та відмінну від переживань поза вагітністю. Найбільш критичними в емоційному плані є I та III триместри вагітності. Серед факторів, що впливають на психоемоційний стан жінки та її готовність до вагітності, пологів та виховання дитини, можна відзначити вік жінки та наявність у неї досвіду попередньої вагітності та пологів. Вагітність у жінок до 20 років характеризується високим рівнем СТ, психологічною неготовністю до вагітності, пологів та догляду за дитиною. У умовах базова тривожність в жінок залишається середньому рівні [60].

На особливу увагу заслуговує проблема вагітності у неповнолітніх, що

протікає на тлі несприятливого соціального фону та екстрагенітальної патології (ЕГП). Вагітні підлітки часто виявляються невідготовленими до змін у житті, з якими вони стикаються під час вагітності та пологів. Для підлітків характерна висока значимість власної привабливості та переживання щодо зовнішності під час вагітності, що може сприяти виникненню психоемоційної кризи [64].

Перша вагітність також розглядається як час стресу, особливо для молодих жінок, яким необхідна психічна рівновага для того, щоб справлятися з вимогами безпорадного, залежного немовляти. Це період переживання глибокої біологічної ідентифікації зі своєю матір'ю, що може активувати найсильніші амбівалентні почуття. Психодіагностика у жінок, вагітних вперше, виявила найвищий рівень СТ у порівнянні з повторно вагітними. Це вказує на те, що у жінок, вагітних вперше, занепокоєння викликає, перш за все, зміни в організмі, новина про вагітність, зміну стилю життя та усвідомлення вагітності [61].

Високий рівень тривожності та нестабільний психоемоційний стан характерні для вагітних з великим інтергенетичним інтервалом. Це має бути враховано у стандартній схемі обстеження у жіночій консультації [27].

Сучасні дослідження показують, що одним із значних патогенетичних механізмів дисфункції плаценти є неповноцінна інвазія трофобласту, що призводить до редукції матково-плацентарного кровообігу, гіпоплазії плаценти та локальних ішемічних змін. Важливу роль цьому процесі грає хронічний психоемоційний стрес, що може викликати затримку зростання плода (ЗРП). На тлі різного рівня стресостійкості виникають прояви дистресу у вагітної та плода, що веде до дезадаптації в системі мати-плацента-плід та порушення зростання плода [17].

Вагітність, що супроводжується високим ступенем хронічної психоемоційної напруги, порушує функціонування системи плацента-плід та компенсаторно-приспосувальних механізмів наприкінці вагітності, що призводить до дисфункції плаценти та погіршення стану плода. Встановлено, що психоемоційний стрес у вагітних, що супроводжується високими рівнями СТ та ВІД, викликає збільшення периферичного судинного опору в маткових артеріях,

артеріях пуповини та низхідній аорті плода. При цьому компенсаторно зменшується резистентність судин головного мозку, спрямована на покращення кровопостачання. Доведено, що материнська тривога пов'язана з народженням дітей із низькою масою тіла, що може бути обумовлено впливом гормонів стресу. Соматична патологія значно впливає на стан вагітної та результат пологів, часто призводячи до акушерських ускладнень та необхідності абдомінального способу розродження, який збільшує ризик ускладнень. Екстрагенітальна патологія (ЕГП) залишається однією з основних причин тяжких ускладнень вагітності та пологів, сприяючи зростанню материнської та перинатальної захворюваності. Наявність діагнозу ЕГП є важливим стресовим фактором під час вагітності [40].

Дослідження психологічних особливостей жінок з ускладненим перебігом вагітності та ЕГП показують, що для них характерні емоційна нестійкість, невпевненість у собі, дратівливість, високий рівень СТ і ВІД, залежність від оточуючих, недовірливість, стомлюваність, вразливість, схильність до гострого переживання.

Серцево-судинні захворювання, особливо нейроциркуляторна дистонія (НЦД), займають одне з перших місць серед функціональних захворювань серцево-судинної системи у вагітних. НЦД сприяє ускладненням вагітності, пологів та післяпологового періоду. У таких вагітних високий рівень психосоціальних факторів ризику, що поєднуються під назвою «стрес», або емоційна напруга, що відіграють ключову роль у механізмах виникнення різноманітних ускладнень вагітності та пологів.

Дослідження психоемоційного стану жінок із аліментарно-конституційним ожирінням показують значну напругу адаптаційних процесів. При аліментарній недостатності маси тіла спостерігається високий рівень ВІД та СТ та зниження компенсаторно-адаптаційних реакцій, необхідних для відповіді на стресове навантаження [39].

Багато авторів пов'язують загрозу переривання вагітності із впливом стресових факторів різного походження. Вони сходяться на думці, що існують певні психологічні особливості, які можуть сприяти перериванню вагітності.

Невиношування вагітності розглядається не як захворювання, бо як симптом дисфункцій гормональної, імунної, нервової систем або наслідок інфекцій. Різні форми невиношування поєднує наявність психосоматичних чинників [3], [7].

Дослідження показують зв'язок психоемоційних та індивідуально-характерологічних особливостей жінок із загрозою переривання та невиношування вагітності. У вагітних із невиношуванням спостерігається високий рівень психічних розладів, таких як невротичні та соматоформні розлади, афективні розлади, а також розлади, пов'язані з ушкодженням або дисфункцією головного мозку. Ці зміни вказують на високий рівень психоемоційної напруги. Виражена емоційність, високий рівень нейротизму та надмірна тривожність впливають на перебіг пологів та стан плода.

У жінок зі звичним невиношуванням вагітності спостерігаються висока тривожність, депресивні реакції, низьке самопочуття та активність, а також авторитарність, егоїзм, підозрілість, агресивність та недоброзичливість до оточуючих. Тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) у жінок схильний до ейфорії і має ознаки тривожного і депресивного типу. Високий рівень психоемоційної напруги на догестаційному етапі впливає на гормональний статус, характер гладком'язових скорочень та загальний адаптаційний процес [7].

У вагітних з обтяженим акушерським анамнезом та плодовими втратами у другому триместрі посилюється загроза переривання вагітності, що пов'язується з високим рівнем тривожності та субдепресивними змінами. Перинатальні втрати в анамнезі є чинником ризику як для фізичного здоров'я та якості виношування наступних вагітностей, але й психічного здоров'я матері та її дітей.

Психіка жінки, особливо за першої вагітності, не завжди готова до травми. Негативні звістки про несприятливий результат вагітності можуть викликати шок і паралізувати її захисні механізми. Пізніше можуть виникнути почуття провини, гніву, заперечення та депресії. Переживання психологічної травми вимагає часу, і що сильніша травма, то більше часу необхідно для відновлення. У разі народження дитини-інваліда від сім'ї потрібна повна зміна звичного життя

[1].

Систематичні огляди та мета-аналізи вказують на значний зв'язок між материнською тривогою та передчасними пологами. Частота передчасних пологів та пізніше початок грудного вигодовування також пов'язані з депресією під час вагітності [81].

Сьогодні не можна недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи та виникненні проблем із зачаттям, а також його негативний вплив на динаміку лікування безпліддя. У жінок з невиношуванням вагітності або з анамнезом безплідності часто спостерігаються прихована тривога та напруга, посилені соматичними фіксаціями, а також помірно підвищені показники ситуативної та загальної тривожності. У них найчастіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астеничних рис. Легка ступінь депресії характерна всім пацієнткам з безпліддям в анамнезі, а разі переривання вагітності психоемоційний стан також характеризується високим рівнем тривоги. Безпліддя як впливає на емоційний стан жінки, а й вносить елемент стресу у відносини між партнерами [30].

У жінок, чия вагітність ускладнилася пізнім гестозом, спостерігається вищий психосоматичний індекс та підвищення рівня нервово-психічної напруги. Висока тривожність у таких жінок поєднується з високим рівнем напруги та помірною активацією. Психоемоційна дезадаптація при прееклампсії, що супроводжується порушеннями кровотоку в системі мати-плацента-плід, призводить до неадекватних емоційних реакцій плода. Надмірно високий рівень СТ може провокувати та посилювати гіпертензивні розлади під час вагітності, а депресія збільшує ризик розвитку прееклампсії.

Психологічні порушення впливають як протягом вагітності і пологів, а й у стан матері після пологів. Післяпологова депресія частіше зустрічається у жінок з ускладненим перебігом пологів та оперативним народженням. Патологія репродуктивної та екстрагенітальної сфери поглиблює стрес, що переживається, до рівня дистресу. Дослідження конституційних, індивідуальних та особистісних рис вагітних, а також облік психосоматичних факторів дозволяє розширити

діапазон досліджень без збільшення матеріальних витрат системи охорони здоров'я [81].

Комплексний підхід в оцінці стану вагітних, включаючи вивчення психосоматичних взаємозв'язків у жінок із екстрагенітальною патологією, має велике значення. Важливо використовувати допоміжні діагностичні методи, які потребують клінічної кваліфікації лікарів, виявлення групи жінок із психоемоційної дезадаптацією. Психодіагностичні методики допоможуть лікарям-акушерам, сімейним лікарям та психотерапевтам отримати повне уявлення про психосоматичний стан жінки, її стиль переживання та ставлення до вагітності та материнства, що дозволить своєчасно надати кваліфіковану психологічну допомогу.

L.Annette описує ряд ситуацій, коли у пацієток жіночої статі при безплідді можливий розвиток психічних розладів. До таких жінок належать молоді жінки, які сповідують релігію, яка вважає безпліддя гріхом; жінки, які не мають нормальних відносин з чоловіком; жінки, чиє життя надмірно напружене; жінки, котрим діагноз безпліддя є несподіваним [70].

У своїх дослідженнях І.І. Горпинченко, М.Г. Романюк та О.С. Д'ячкова акцентували свою увагу на чоловіках з порушенням репродуктивного здоров'я. Результати досліджень свідчать, що безплідні чоловіки описують свій стан як «втрата сенсу життя», при цьому відчують тривожність і депресію, оскільки нерідко ототожнювали мужність із здатністю зачати дитину. Боязнь відчути себе неієздатним щодо можливості реалізації функції дітонародження призвела до того, що вони відмовилися від медичного обстеження та лікування. Деякі пацієнти відчували почуття депресії та агресії. У деяких із них була занижена самооцінка, також відзначався високий рівень астенії [20], [30].

У жінок, які довше лікуються від безпліддя, страждає емоційна сфера, змінюється мислення та формується надцінне ставлення до бажаної вагітності (заикленість на своїй безплідності).

На психічний стан найбільше негативно впливають: неблагополуччя в сім'ї, фінансові витрати, медичні процедури, інтенсивність праці та низький

фінансовий добробут. Цікаво відзначити, що домогосподарки вагітніють швидше за професійно зайнятих жінок [36].

Отже, порушення репродуктивної функції та тривале лікування безплідності супроводжується низкою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів, розвитком почуття провини та низької самооцінки. Партнерські відносини руйнуються, що призводить до особистих та сімейних криз, загрози життєдіяльності сім'ї. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, а й соціального значення.

Психоемоційні порушення у пацієнток, що проходять ЕКЗ є наслідком складності цієї процедури. Емоційний стан жінок поступово погіршується, рівень тривоги підвищується, спостерігаються порушення мотивації готовності стати матір'ю (на початковому етапі ЕКЗ у 77 %) і потребує терапії. Саме при цілісному підході діагностичні та лікувальні заходи є більш продуктивними, оскільки «психічне» та «соматичне» здоров'я є нероздільними поняттями.

Сьогодні не можна недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи та виникненні проблем із зачаттям, а також його негативний вплив на динаміку лікування безпліддя методом ЕКЗ. У жінок часто спостерігаються прихована тривога та напруга, посилені соматичними фіксаціями, а також помірно підвищені показники ситуативної та загальної тривожності. У них найчастіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис. Легка ступінь депресії характерна всім пацієнткам з безпліддям в анамнезі, а разі переривання вагітності психоемоційний стан також характеризується високим рівнем тривоги. Не тільки безпліддя впливає на емоційний стан жінки, а й процес лікування методом ЕКЗ вносять елемент стресу у відносини між партнерами та викликають психоемоційні порушення у жінок.

1.3 Основні підходи до психологічного супроводу жінок у період ЕКЗ та їх специфіка

У своїх дослідженнях А. В. Картушинська дійшла висновку, що проблема ідіопатичного безпліддя, тобто безпліддя неясної етіології, дуже актуальна в суспільстві, в умовах високих стресогенних факторів та поганої екології. Діагностується після того, як подружжя проходить повне обстеження та встановити причини проблеми неможливо. При використанні ЕКЗ психологічна підтримка відіграє важливу роль. При наданні такої підтримки, пацієнти зможуть впоратися зі стресом і емоційними проблемами, які супроводжують ці процедури [40].

Джерелом негативних емоцій з приводу неможливості завагітніти можуть стати різні обставини, спричинені такими факторами:

- страх самого процесу вагітності та пологів;
- тиск з боку суспільства та інших осіб;
- проблеми у сімейних відносинах та труднощі у взаєморозумінні з партнером;
- комплекси, пов'язані з батьківськими здібностями, занепокоєнням щодо відповідальності та фінансового стану;
- небажання відвідувати гінекологію для обстеження;
- заперечення необхідності продовження роду.

Існують інші емоційні аспекти репродуктивної дисфункції в людини. Щоб подолати їх, необхідно звернутися до фахівців, а не намагатися вирішити їх самотійно [41].

О.Д. Білявська та Ю.Я. Мединська вважають, що психологічний супровід і терапія подружніх пар з психологічним безпліддям повинна починатися з першого візиту в клініку. Психолог повинен починати знайомство з клієнтами з проведення первинної бесіди, під час якої з'ясовується історія подружжя, мотивація стати батьками, страхи і труднощі, з якими пара вже стикалася в житті – міжособистісні, психологічні, соціально-економічні. Для цього можуть підійти стандартні протоколи Оперативної психодинамічної діагностики (ОПД). ОПД включає психічне, психодинамічне, соціально-психологічне бачення пацієнта. Завдяки такій діагностиці отримані результати будуть розгорнутими відповідями

на поставлені завдання: досвід хвороби, передумови лікування, структура, відносини та конфлікти, діагноз за МКХ-11 або DSM-V [8].

О. О. Корчинська зазначає, що психогенне або психосоматичне безпліддя зумовлене порушенням функціонування нервової системи, яке є наслідком різноманітних стресів.

Система регуляції всіх процесів в організмі подвійна – нейрогуморальна. Цей феномен пояснює зв'язок здатності жінки до зачаття не тільки зі станом її репродуктивної та ендокринної систем, але і зі станом нервової системи і психіки. Перебування в постійній напрузі насправді знижує ймовірність вагітності.

Найбільш поширеними чинниками є: надмірна завантаженість на роботі чи конфліктні ситуації, сильна жага мати дитину чи навіть хвилювання за кохану людину, негативний морально-психологічний клімат у родині – будь-яка невідв'язна думка може перерости у важкий стрес, який складно здолати. Усвідомлення власної бездітності і неповноцінності саме по собі є потужним стресом. Тому якщо невдачі тривають рік за роком, а стрес посилюється, украй необхідно звернутися до психотерапевта, інакше жінка потрапить у замкнуте коло нездоланих проблем [46, с. 37].

А. В. Картушинською розроблено програму «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок», метою якої було вироблення інструментарію надання психологічної допомоги жінкам, які перебувають в негативному психосоматичному та фізіологічному станах, пов'язаних із проблемами репродуктивної сфери [39].

За результатами дослідження були запропоновані шляхи подолання депресії за допомогою психодрами як методу групової роботи, що визначає виконання учасниками певних ролей у змодельованих ситуаціях, що мають для них особисте значення. Такий підхід дозволив учасникам програми відтворити образи та ідеї, пов'язані з материнством. При цьому вони не тільки відтворювали емоції, а також додавали нові елементи в свою поведінку і досвід, коригуючи і формуючи свої уявлення. Крім того, психодраматичний підхід дозволив жінкам

звільнити ті почуття, які пригнічувалися роками. Методи психодрами дозволили заново пережити, переосмислити та скоригувати відносини мати-дитина. Повернення у минуле допомогло переглянути образ своєї мами та образ себе як майбутньої матері [39].

Розглянуто психологічну допомогу в подоланні тривоги. Практичне значення полягало в можливості використання результатів дослідження в практиці психологічної підтримки жінок з діагнозом безпліддя.

Цілі програми включали:

1. Навчання способів зняття емоційної напруги та можливостей його профілактики за допомогою арт-терапії.
2. Надання жінкам психологічної інформації, розвиток їх навичок та умінь щодо запобігання та подолання тимчасових труднощів, пов'язаних з проблемами у репродуктивній сфері.

До завдання програми відносилось: профілактика/зниження рівня тривожності, розвиток здатності адекватно оцінювати проблемні ситуації та вирішувати життєві проблеми, спонукати учасників аналізувати стосунки з оточуючими та розвивати вміння контролювати свою поведінку.

Під час реалізації програми передбачалося підвищити емоційну стійкість жінок та їхню готовність долати психологічний стрес [39].

Застосована програма є перш за все областю арт-терапії та психосинтезу з використанням елементів символдрами. Програма включає основні напрямки можливих психологічних розладів у розвитку особистості. Це такі сфери, як: ставлення до матері; провідні мотиви вагітності; Я-образ, образ дитини та внутрішня картина вагітності; зв'язок між розумом, тілом і почуттями; взаємодія чоловічої та жіночої складових особистості. Також, на заняттях доцільно використовувати методи релаксації та способи стабілізації емоційного стану.

Ще один метод психологічної допомоги – когнітивно-поведінкова терапія. Зміст занять – управління стресом, методи блокування негативних думок, релаксаційна терапія та біологічний зворотний зв'язок, оскільки компоненти поведінкових експериментів та когнітивний підхід дають право на когнітивну

реструктуризацію (це передбачає розпізнавання спотвореного чи негативного мислення та навчання заміні його на більш реалістичні), позитивні думки та переконання, методи спілкування та вирішення проблем, що сприяють вираженню емоцій та потреб, вирішенню кризи безплідності, а також поліпшенню сексуальних відносин [52].

Однією із складових частин підготовки до ЕКЗ є взаємодія психологів і жінок репродуктивного віку в системі подолання психологічних труднощів і негативних емоційних наслідків, викликаних наявністю встановленого діагнозу безпліддя, тривалого лікування безпліддя або безуспішне проходження процедури ЕКЗ [49].

Цільові програми психологічної допомоги та корекції досить часто реалізується у сфері підтримки жінок із невдалими спробами щоб завагітніти або перед процедурою ЕКЗ. Як правило, подібній групі осіб надається медична допомога, рідше психологічна, яка здебільшого має ситуаційний характер, доступ до якого здійснюється найчастіше за запитом, який виходить із ініціативи самої жінки [57].

В свою чергу психологічний настрій є одним із найважливіших факторів успішної вагітності, як природної, так і за допомогою ЕКЗ. Якщо жінка готова зробити такий серйозний крок, значить, давно боретесь за своє щастя, побувала у багатьох лікарів і встигла витратити багато сил і часу на можливість мати дитину. Не варто накручувати себе чи думати, що нічого не вийде – за право бути батьками можна і треба боротися до кінця! Безумовно, екстракорпоральне запліднення – складне рішення, і не лише через його ціну, а й просто психологічно. Проте, якщо ви вже ухвалили рішення – не відступайте від нього. Це ваш шанс на щастя [74].

А.В. Картушинська у своїх дослідженнях пропонує наступні терапевтичні підходи до покращення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку:

- 1) *Терапія прийняття та зобов'язань*. Даний метод передбачає Навчання стратегіям уважності, щоб зменшити уникання минулих невдач та зосередженість на теперішньому.

- 2) *Когнітивно-поведінкова терапія*. Спрямована на зміну когнітивних спотворень і зміну буття.
- 3) *Терапія когнітивної обробки*. Виклик некорисним переконанням, пов'язаним із травмою.
- 4) *Консультування*. Психоемоційна підтримка пацієнтів у кризових ситуаціях зазвичай проходить у неструктурованій формі.
- 5) *Діалектична поведінкова терапія*. Зосереджена на поліпшенні емоційного регулювання та відносин; особливо ефективна на лікування емоційно нестабільного розлади особистості.
- 6) *Терапія, орієнтована на емоції*. Підвищує рівень прийняття, усвідомлення, регулювання та вираження емоцій.
- 7) *Екзистенціальна терапія*. Зосереджена на підходах та концепціях, які пов'язані із буттям жінки, таких як відповідальність, смерть та сенс життя.
- 8) *Експресивна терапія*. Використання творчого мистецтва для полегшення дослідження складних емоцій.
- 9) *Внутрішні сімейні системи*. Визначення «субособистостей», які складають особистість жінки репродуктивного віку.
- 10) *Міжособистісна психотерапія*. Вирішення міжособистісних проблем і надання соціальної підтримки.
- 11) *Підходи, що ґрунтуються на усвідомленості*. Підвищення рівня обізнаності та прийняття поточного моменту.
- 12) *Психодинамічна терапія*. Підвищення обізнаності пацієнток про несвідомий вплив на їхнє минуле та сьогодення.
- 13) *Терапія, орієнтована на рішення*. Допомагає пацієнткам виявити ресурси для розробки реалістичних та стійких вирішень їхніх проблем.
- 14) *Перевернута терапія*. Використовує елементи гри для створення дистанції між пацієнтом та змістом його думок [40, с. 133].

Одним із важелів формування незадовільного психологічного стану є депресія, яка виникає у результаті діагнозу «безпліддя». Для подолання депресії можна застосувати такий метод, як «Психодрама».

Засновник психодрами Я. Морено вважав, що зміни в людині можуть відбуватися на різних рівнях. Зміна поглядів і переконань може відновлюватися не тільки на когнітивному рівні; персональні зміни захоплені глибокими переживаннями (емоційний рівень) і діями (поведінковий рівень). Такий підхід дозволить жінкам виступати та уявляти себе в образах пов'язаних з материнством. При цьому цей метод дає можливість не просто відтворювати емоції, а й вносити нові елементи у поведінку та досвід, тим самим змінювати уявлення психологічної проблеми – коригуючи та формуючи їх. Психодраматичний підхід також дозволяє звільнити ті почуття (вони можуть спрямовуватися як на себе, так й на інших), які пригнічувалися роками. Методи психодрами дають можливість заново пережити, переосмислити та скоригувати стосунки матері та дитини. За допомогою повернення у часі, дає змогу переглянути образ своєї матері та уявити себе майбутню матір'ю [47], [49].

Кулакова Є.В. зазначає, що репродуктивна дисфункція супроводжуються змінами в структурі психоемоційного стану, які проявляються високою рівень стресу та дезадаптації. Вона зауважує, що жінки з репродуктивними розладами здоров'я, повинні бути всебічно обстежені, крім того, на додаток до медичних засобів діагностики, необхідно застосовувати психодіагностичні методи, а саме важливо визначати рівень психоемоційного стресу (наприклад, можна використати шкалу Л. Рідера) та рівень психологічної адаптації (тест М. Люшера) [49].

А. Р. Іванова розробила та успішно впровадила корекційну програму для подолання безпліддя різного генезу, що враховує його етіологію, ступінь психоемоційних порушень, а також особливості етапів та видів лікування. Ця програма в комплексній терапії безпліддя дозволила знизити частоту та вираженість психоемоційних порушень та значно підвищити ефективність лікування.

На основі результатів дослідження, дослідниця наголошує на важливості обстеження жінок з безпліддям з використанням психологічного тестування. Вона також наголошує на необхідності виявлення психогенних факторів немедичного та медичного характеру, які негативно впливають на психологічний стан пацієнтки і, отже, на результати лікування. Включення психокорекції до комплексної терапії безплідності різного генезу є важливим та доцільним [34].

Сьогодні одним із ефективних методів лікування безпліддя є використання програм допоміжних репродуктивних технологій. З використанням новітніх технологій в області лікування безплідності ставиться питання психологічного стану жінок, які його застосовують при цьому методі лікування. Так, Ж.Р. Гарданова, В.С. Зибайло, В.Ю. Філімоненкова, А.В. Копитов, В.О. Кулакова, наголошують на стресовість ситуації проходження програми допоміжних репродуктивних технологій та підвищення рівня тривожності у цей період. Ці стани розглядаються як фактор, що впливає на продуктивність протоколу екстракорпорального запліднення [17], [32], [49].

А.В. Наконечна вважає, що когнітивно-поведінкова терапія та психологічний супровід при використанні допоміжних репродуктивних методів, допоможе в повній мірі отримати допомогу жінці; будуть ефективними діагностичні та лікувальні заходи тільки при цілісному підході, так-як «психічний» і «соматичне» нероздільні поняття.

Розроблена нею програма когнітивно-поведінкової терапії показала, що рівень ситуативної тривожності у жінок, які отримали терапію та психологічний супровід на протязі двох тижнів з моменту вступу в протокол стимуляції ооцитів і до моменту ембріотрансферу знижений майже на 50,0 %: у 4,0 % жінок високий рівень тривожності; у 34,0 % жінок середній рівень тривожності; у 64,0 % жінок низький рівень тривожності та у 1,8 % жінок тривожність, як риса особистості [52, с. 88].

Українські та американські вчені [32], [36], [77], [85] стверджують, що проживання в оточенні сільського господарства, тобто на фермі з тваринами,

може захистити та зміцнити психічне здоров'я жінки репродуктивного віку, тоді як проживання в ізольованих районах сільської місцевості, навпаки, може зменшити доступ до обстеження та лікування психічного здоров'я, що призведе до зменшення кількості діагнозів депресії або тривоги. Дослідження психічного здоров'я сільської жінки в Сполучених Штатах – рідкість. Хоча деякі аспекти сільського життя, таке як повільніший темп і менші, тісно згуртовані громади, вважається корисним для психічного здоров'я, іншим аспектам сільського життя притаманні більш стресові ситуації, особливо для жінок.

Слід зазначити, що робота з жінками з порушенням репродуктивної сфери, може здійснюватися як індивідуально, так і групової форми. Серед основних методичних методів і прийомів, які доцільно використовувати в роботі з такими жінками, можна виділити групу дискусія, проєктивне малювання, психогімнастика, психодрама, символдрама, арт-терапія, тілесно-орієнтована психотерапія [49, с. 22-23].

Гарні результати застосування демонструє гіпнотерапія. Частота настання вагітності при першій-другій спробі лікування у програмі ЕКЗ у групі жінок, з якими проводилася психотерапія, становила 41%, що достовірно вище, ніж у групі, де психотерапія не проводилася. При проведенні гіпнозу на момент перенесення ембріона в порожнину матки частота наступу вагітності становила 38%. Найбільш ефективним методом впливу був метод Еріксонівського гіпнозу під час ПЕ. Комплексний вплив психотерапії у процесі проведення програми ЕКЗ та гіпнозу в день перенесення ембріона в порожнину матки підвищував ефективність програми до 48%.

Ізраїльські вчені опублікували результати досліджень, що показують, що застосування гіпнозу при ЕКЗ збільшує ймовірність вагітності вдвічі порівняно з контрольною групою. Гіпнотерапія також застосовується у підготовці вагітної жінки до пологів, допомагаючи подолати страх перед народженням дитини, ефективно вчить домагатися та підтримувати стан релаксації, допомагає створити позитивні очікування та знизити рівень тривоги. Ця методика – гіпнороди [57].

На нашу думку, саме впровадження комплексного медико-психологічного супроводу дозволить фахівцям виявити та для корекції деструктивних змін у психологічному стані жінок із розладом репродуктивної сфери, що, безумовно, сприятиме не лише ефективному процес лікування, їх подальше особисте благополуччя функціонування, але також зміцнення та збереження репродуктивної охорони здоров'я.

Таким чином, сучасна практична психологічна наука в роботі з психоемоційними порушеннями жінок, які проходять процедуру ЕКО налічує ряд напрямків: стандартний протокол ОПД (оперативна психодинамічна діагностика), психодрама, когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія (в т.ч. Еріксоновський гіпноз), тілесно-орієнтовна терапія, арт-терапія (прективний малюнок в т.ч.), техніки психосинтезу та мотиви символдрами, програма А.В.Картушинської «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» та наступні терапевтичні підходи до покращення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку: терапія прийняття та зобов'язань; терапія когнітивної обробки; консультування; діалектична поведінкова терапія; терапія, орієнтована на емоції; екзистенціальна терапія; експресивна терапія; внутрішні сімейні системи; міжособистісна психотерапія; підходи, що ґрунтуються на усвідомленості; психодинамічна терапія; терапія, орієнтована на рішення; перевернута терапія.

Висновки до першого розділу

Теоретично обґрунтовано, що ЕКЗ – найбільш поширена і ефективна форма допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), комплексна медична процедура, яка використовується для того, щоб допомогти окремим особам або парам із проблемами безпліддя зачати дитину. Материнство слід розглядати не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної та соціальної, як унікальну ситуацію розвитку особистості жінки, що природньо необхідна для її

самореалізації, яка забезпечує реалізацію найважливіших соціальних ролей, формування ідентичності загалом.

Світова історія ЕКЗ починається з 1781 року до н.е., а сучасна – з 1978 року; в Україні – з лабораторії репродукції людини В.Грищенко в 1983 році. Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ, штучне запліднення) – це процес, при якому сперма чоловіка «з'єднується» з яйцеклітиною жінки поза їх організмами, в лабораторних умовах, одна або кілька запліднених яйцеклітин (ембріонів) переносяться в порожнину матки жінки. ЕКЗ містить основні чотири етапи: стимуляція яєчників; запліднення; вирощування (культивування) ембріонів; перенесення ембріонів.

Процедура ЕКЗ є емоційним і фізичним навантаженням, стресом не тільки для жінки, в також і для її партнера. Найбільше на жінку можуть впливати такі аспекти, як гормональне лікування, багаторазове обстеження, пункції, очікування дозрівання статевих клітин, чи відбудеться запліднення, перенесення ембріонів, очікування настання клінічної вагітності.

Доведено, що порушення репродуктивної функції та тривале лікування безплідності супроводжується низкою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів, розвитком почуття провини та низької самооцінки. Партнерські відносини руйнуються, що призводить до особистих та сімейних криз, загрози життєдіяльності сім'ї. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, а й соціального значення.

Психоемоційні порушення у пацієнток, що проходять ЕКЗ є наслідком складності цієї процедури. Емоційний стан жінок поступово погіршується, рівень тривоги підвищується, спостерігаються порушення мотивації готовності стати матір'ю (на початковому етапі ЕКЗ у 77 %) і потребує терапії. Саме при цілісному підході діагностичні та лікувальні заходи є більш продуктивними, оскільки «психічне» та «соматичне» здоров'я є нероздільними поняттями

Сьогодні не можна недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи та виникненні проблем із зачаттям, а також його негативний вплив на динаміку лікування безпліддя методом ЕКЗ. У жінок часто

спостерігаються прихована тривога та напруга, посилені соматичними фіксаціями, а також помірно підвищені показники ситуативної та загальної тривожності. У них найчастіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис. Легка ступінь депресії характерна всім пацієнткам з безпліддям в анамнезі, а разі переривання вагітності психоемоційний стан також характеризується високим рівнем тривоги. Не тільки безпліддя впливає на емоційний стан жінки, а й процес лікування методом ЕКЗ вносять елемент стресу у відносини між партнерами та викликають психоемоційні порушення у жінок.

Проаналізовано та узагальнено підходи сучасної практичної психологічної науки в роботі з психоемоційними порушеннями жінок, які проходять процедуру ЕКО: стандартний протокол ОПД (оперативна психодинамічна діагностика), психодрама, когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія (в т.ч. Ериксоновський гіпноз), тілесно-орієнтовна терапія, арт-терапія (прективний малюнок в т.ч.), техніки психосинтезу та мотиви символдрами, програма А.В.Картушинської «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» та наступні терапевтичні підходи до покращення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку: терапія прийняття та зобов'язань; терапія когнітивної обробки; консультування; діалектична поведінкова терапія; терапія, орієнтована на емоції; екзистенціальна терапія; експресивна терапія; внутрішні сімейні системи; міжособистісна психотерапія; підходи, що ґрунтуються на усвідомленості; психодинамічна терапія; терапія, орієнтована на рішення; перевернута терапія.

Застосування ЕКЗ посилює психоемоційний розлад, оскільки воно символізує визнання власних невдач і зміну поглядів на себе. Соціально-психологічна дезадаптація поглиблюється, можуть виникати проблеми із самооцінкою та образом особистості, а медичні втручання можуть посилювати психоемоційне напруження. Порушення репродуктивного здоров'я та нездатність стати матір'ю стають значним джерелом стресу для жінки,

впливаючи на всі аспекти її життя, починаючи від особистих стосунків до поведінки в суспільстві.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІКИ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК В ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

2.1 Організація та методи дослідження

Організація дослідження. Проведення дослідження потребує послідовного виконання якісних та кількісних змін та чіткого планування. Ці принципи та характер дослідження визначили його організацію, яка враховує тимчасові фактори та першочерговість виконання дослідницьких завдань.

Перший етап включав аналіз наукової літератури, що дозволило обґрунтувати цілі та завдання дослідження, а також визначити предмет та об'єкт дослідження.

На другому етапі було обрано контингент учасників та базу дослідження.

Третій етап полягав у проведенні психологічного тестування, аналізі, диференціації та структуруванні отриманих даних. У цей період проводилася діагностика тривожності.

Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових методик для діагностики загального рівня тривожності – методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (адапт. Т.А.Немчинова, додаток А), ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) – тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (додаток Б), рівня невротизації – методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модиф. В.Бойко; додаток Д), депресивних станів – методика діагностики депресивних станів Зунге (адапт. Т.І.Балашової; додаток В).

Четвертий етап складався з обробки, аналізу й опису результатів констатувального етапу дослідження, а також розробки корекційної програми, спрямованої на подолання високого рівня тривожності жінок, які проходять процедуру ЕКЗ.

На п'ятому етапі було проведено формуючий експеримент – впроваджено корекційну програму, отримано та проаналізовано її результати, оцінено її ефективність. Розроблено рекомендації щодо подолання тривожності на основі впровадженої програми.

На шостому етапі, відповідно до отриманих висновків, було описано результати дослідження, оформлено висновки.

У констатувальному дослідженні приймали участь 50 осіб жіночої статі, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років. В залежності від згоди на участь у корекційній програми досліджувані були розподілені на дві вибірки – експериментальну групу (складається із жінок, які дали згоду на участь у програмі) та контрольну (не бажають приймати участь у програмі, але згодні пройти два етапи тестування). Розподіл за віковим цензом в експериментальній групі (ЕГ) та контрольній групі (КГ) подано в таблиці 2.1.:

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних за віком в ЕГ та КГ вибірок

Вік (к-ть повних років)	Кількість (n і %) досліджуваних за віком (50) в групах					
	експериментальна		контрольна		Усього	
	n	%	n	%	n	%
29	1	4	2	8	3	6
30	2	8	1	4	3	6
31	1	4	2	8	3	6
32	2	8	—	—	2	4
33	1	4	1	4	2	4
34	1	4	1	4	2	4
35	1	4	2	8	3	6
36	1	4	1	4	2	4
37	1	4	2	8	3	6
38	1	4	2	8	3	6
39	2	8	1	4	3	6

Продовження таблиці 2.1

Вік (к-ть повних років)	Кількість (n і %) досліджуваних за статтю (50) в групах					
	експериментальна		контрольна		Усього	
	n	%	n	%	n	%
40	2	8	1	4	3	6
41	2	8	1	4	3	6

42	1	4	2	8	3	6
43	2	8	1	4	3	6
44	1	4	2	8	3	6
45	2	8	2	8	4	8
46	1	4	1	4	2	4
Разом	25	100	25	100	50	100

Як бачимо з таблиці 2.1., за критерієм віку обидві вибірки представлено досить рівномірно.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених цілей у роботі було використано низку методів, що забезпечують об'єктивність дослідження:

теоретичні:

- метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;
- метод порівняльного аналізу та систематизації теоретичних та експериментальних даних;
- метод структурування для уточнення сутності базових понять та визначення психологічних засад розвитку тривожності жінок у період ЕКЗ;

емпіричні:

- констатувальний експеримент (спостереження, опитування, інтерв'ю, бесіда,
- комплекс тестових психодіагностичних методик для вивчення особливостей тривожності жінок, які знаходяться у процесі ЕКЗ;
- формувальний експеримент для апробації програми корекції тривожності жінок, що проходять ЕКЗ;

методи статистичної обробки даних – непараметричний критерій узгодженості Стюдента (статистичний критерій згоди, заснований на порівнянні з розподілом Стюдента (t-розподілом)). Обробка виконана за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм SPSS – версія 17.0.

Дослідження емоцій та емоційних станів стикається з певними

труднощами, однією з яких є складність їхнього експериментального вивчення. Серед наукових методів вивчення емоційної сфери особистості найбільш продуктивним вважається метод тривалого спостереження у природних умовах життя. Проте це метод трудомісткий і має недоліки: який завжди вдається організувати тривале кваліфіковане спостереження, і який завжди психологічний феномен проявляється протягом часу пасивного спостереження. Крім того, метод складно застосувати для дослідження великої кількості учасників.

Довгий час спроби знайти «об'єктивний» критерій емоцій призводили до опори виключно фізіологічні показники для діагностики емоційних станів особистості. Багато дослідженнях доведено, що прагнення об'єктивності є природним і науково обґрунтованим, оскільки виникнення емоцій пов'язані з зміною фізіологічних параметрів.

Той самий емоційний стан, наприклад, страх, у різних людей може супроводжуватися як збільшенням, і зменшенням початкових (фонових) значень вегетативних реакцій. Тому уявлення про однозначну об'єктивність фізіологічних показників щодо емоційних переживань залишається досить суперечливим.

Останнім часом у дослідженнях емоційних станів почали активно використовуватися суб'єктивні показники. Достовірність суб'єктивних відчуттів була проаналізована в численних дослідженнях, у ході яких було доведено, що суб'єктивним відчуттям та переживанням можна довіряти, оскільки в більшості випадків спостерігається збіг суб'єктивних переживань із фізіологічними та психологічними змінами.

Різні вчені наголошують на необхідності використання методу розмови чи словесного звіту щодо психічних станів, пояснюючи це тим, що «кожний психічний стан є насамперед хвилюванням, тому дуже важливо знати, як сама людина розуміє своє хвилювання і яке в нього до нього ставлення».

У наукових дослідженнях можна використовувати методи самоспостереження та самооцінки, реалізуючи знання людини про себе. Ці знання він отримує тими самими методами, які доступні і досліднику, тобто

опосередковано: за результатами своєї діяльності, вчинків та поведінки загалом. Завдання психологів у тому, щоб перетворити цей стихійно використовуваний кожною людиною опосередкований шлях пізнання себе науково відточений метод.

Метод дослідження самозвітів респондентів є єдиним можливим способом вивчення суб'єктивних переживань. Ми підтримуємо думку, що самоспостереження, особливо для діагностики поточних емоцій, має значну перевагу перед багатьма «об'єктивними» методами, які іноді зменшують психологічну цінність дослідження.

При дослідженні емоційності, самооцінні методи, незважаючи на їхні недоліки, є важливим інструментом для проникнення у світ переживань особистості. Це значення самооцінок обумовлено тим, що у переживанні – найінтимнішому боці психічного життя – проявляється його ставлення до явищ дійсності. Це зумовлено як об'єктивними властивостями явищ, а й значенням, що вони мають даної людини як суб'єкта переживання у зв'язку з його потребами, інтересами і намірами.

Для діагностики емоційних станів особистості використовуються як об'єктивні (фізіологічні) показники, і суб'єктивні (самооценочные і експертні) методи. У питанні підбору конкретного діагностичного інструментарію, який забезпечив би отримання максимально достовірних результатів, автор посиляється на думку Є. П. Ільїна, який вважав, що достатньо використовувати чотири-п'ять показників при включенні всієї необхідної реакції субсистеми цілісної функціональної системи. Таким чином, структурний системний підхід до діагностики емоційних станів дозволяє вибрати оптимальну кількість методик і показників, необхідних для їх дослідження.

У цьому дослідженні використовувалися самооціночні методи діагностики поточних емоційних станів.

Вивчення тривожності, депресивних станів та нервово-психічної стійкості здійснювались за: методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова), тестом «Шкала реактивної і особистісної

тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ), методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко) та методикою діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової).

Методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (додаток Б), розроблена Ч.Д. Спілбергером у 1966-1973 рр., є широко поширеною шкалою STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Шкала тривожності Спілбергера (STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини), використовується в клінічній практиці для визначення вираженості тривожних переживань та оцінки стану пацієнта в динаміці. Методику було адаптовано Ю.Л. Ханіним, тому також відома як «Шкала Спілбергера – Ханіна».

STAI: клінічне значення. Більшість відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяють оцінити або особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або специфічні реакції. Єдиною методикою, здатною диференціювати тривожність як особистісне властивість як і стан, є методика Спілбергера.

Вимірювання тривожності як особистісного властивості має значення, оскільки це властивість багато чому визначає поведінка людини. Певний рівень тривожності є природним та важливим аспектом активної діяльності особистості. У кожної людини є свій оптимальний (або бажаний) рівень тривожності, так звана корисна тривожність. Самооцінка цього стану є важливим компонентом самоконтролю.

В рамках цього тесту виділено дві підшкали. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності), оцінює поточний стан тривожності, вимірюючи, як респонденти почуваються прямо зараз, за допомогою суб'єктивних відчуттів страху, напруги, нервозності, занепокоєння та збудження вегетативної нервової системи.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю,

нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може змінюватись за інтенсивністю та динамікою.

Друга шкала, шкала особистої тривожності, оцінює щодо стабільні аспекти особистості, такі як схильність до занепокоєння, почуття спокою, впевненості та безпеки. Особистісна тривожність характеризує стійку індивідуальну межу, що відбиває схильність до тривоги, і передбачає тенденцію сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі, реагуючи ними певним чином. Особистісна тривожність є конституційною межею, яка визначає схильність сприймати загрозу в різних ситуаціях. При високій особистісній тривожності кожна з таких ситуацій стає стресовою та викликає виражену тривогу. Особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів як небезпечних, включаючи загрози самооцінці та самоповазі. Люди з високою тривожністю схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій, що призводить до виражених станів тривожності.

Якщо STAI показує у респондента високий рівень особистісної тривожності, це свідчить про високу ймовірність виникнення тривожних станів у нормальних ситуаціях. Дуже висока особистісна тривожність корелює з емоційними та невротичними зривами, а також психосоматичними захворюваннями.

Обробка результатів включає такі етапи: Визначення показників ситуативної та особистої тривожності за допомогою ключа.

За підсумками оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій щодо корекції поведінки випробуваного. Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ВІД) та їх порівняльний аналіз, наприклад, залежно від статевої належності респондентів.

Коментарі до результатів: Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості та успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності та високої значущості постановки завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування за завданнями.

Низькотривожним особам, навпаки, потрібно пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, порушення зацікавленості та акцент на почуття відповідальності у вирішенні різних завдань.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає при попаданні в стресову ситуацію та характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням та вегетативним збудженням. Цей стан мінливий і може відрізнятися за інтенсивністю. Таким чином, підсумковий показник за даними підшкали дозволяє оцінити не тільки рівень актуальної тривоги піддослідного, але і визначити, чи знаходиться він під впливом стресу, а також яка інтенсивність цього впливу.

Шкала проявів тривоги Ж.Тейлор (Teilor's Manifest Anxiety Scale), наведена у додатку А, – особистісний опитувальник, опублікований в 1953 Ж.Тейлор і призначений для вимірювання тривожності як особистісної якості. Методика була створена на основі тверджень опитувальника ММРІ. Вибір пунктів тестування здійснювався з урахуванням їхньої здатності розрізняти осіб із хронічними реакціями тривоги. В оригіналі складається зі 100 пунктів: 50 маскувальних та 50 ключових. Існують два адаптовані варіанти методики: варіант Т.Немчинова (50 пунктів) та В.Норакідзе (60 пунктів, включаючи 10 пунктів «шкали брехні»).

Підвищений рівень тривожності може бути як індивідуальною характерологічною особливістю людини, так і маркером порушення психологічної адаптації в суспільстві або наявності ментального розладу. Шкала тривожності може бути успішно використана для тестування підлітків, дорослих та людей похилого віку, але не адаптована для дітей.

Обробка результатів. У твердженнях 1-37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 – кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників. До 15 балів – низький рівень, 16-20 балів – нижче середнього, 21-23 бали – середній, 24-27 балів – вище середнього, 28-50 балів – високий.

Методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко) подана у додатку Д. Опитувальник є модифікацією методики УН, розробленої у НДІ психоневрології ім. Бехтерева під керівництвом Л.І. Вассермана. Містить 40 питань.

Обробка даних: необхідно підрахувати кількість позитивних відповідей. Чим більший отриманий результат, тим вищий рівень невротизації.

Інтерпретація рівнів невротизації: Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, що призводить до негативних переживань (тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість, дратівливість), безініціативності, що формує переживання незадоволеності бажань, іпохондричної фіксації на соматичних чутливості, соматичних чутливості, соматичних емоцій.

Низький рівень невротизації свідчить про емоційну стійкість, позитивні переживання (спокій, оптимізм), ініціативність, почуття власної гідності, незалежності, соціальну сміливість і легкість у спілкуванні.

Рівні невротизації: високий рівень: від 20 і вище; середній рівень: від 10 до 19; низький рівень: від 1 до 9.

Методика діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової) репрезентована у додатку В. Опитувальник розроблено у НДІ психоневрології ім. В.М. Бехтерева для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії. Він заснований на опитувальнику В. Зунге (The Zung Self-Rating Depression Scale, 1965) і призначений для скринінгової діагностики при масових дослідженнях та попередньої долікарської діагностики.

Шкала розроблена на основі діагностичних критеріїв, виділених за результатами опитування пацієнтів із депресією. Дослідження з валідизації виконані за участю пацієнтів із депресією в амбулаторних та стаціонарних умовах. Зовнішня валідність шкали підтверджена клінічними даними та результатами факторного аналізу.

Опитувальник складається з 20 тверджень, що робить його швидким у проведенні та простим у обробці. Він може використовуватися лікарями,

педагогами, психологами та соціальними працівниками для вирішення професійних завдань. Депресивні стани виникають як постстресові або посттравматичні реакції, і опитувальник може бути використаний для їхньої диференціальної діагностики.

Інструкція: Прочитайте уважно кожен з наведених нижче пропозицій та позначте відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Обробка та інтерпретація результатів: Рівень депресії (УД) розраховується за формулою: $УД = S + Z$, де S – сума закреслених цифр для «прямих» висловлювань (№ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19), а Z – сума закреслених цифр для «зворотних» висловлювань (№ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20). Наприклад, у висловленні №2 закреслено цифру 1, ми додаємо 4 бали; у висловленні №5 закреслено відповідь 2, ми додаємо 3 бали; у висловленні №6 закреслено відповідь 3, ми додаємо 2 бали; у висловленні №11 закреслено відповідь 4, ми додаємо 1 бал і т.д. В результаті отримуємо УД, що коливається від 20 до 80 балів.

Інтерпретація рівнів депресії: $УД < 50$ балів – депресії немає. $50 < УД < 59$ балів – легка депресія ситуативного чи невротичного генезу. $60 < УД < 69$ балів – субдепресивний стан чи маскована депресія. $УД > 70$ балів – депресія.

Таким чином, на основі теоретичного аналізу літератури встановлено, що проблема емоцій та емоційних проявів особистості є однією з найскладніших та найактуальніших у психології. У сучасних наукових дослідженнях спостерігається диференціальний підхід до вивчення емоційної сфери особистості, що виявляється у розробках різних напрямів. Це призводить до термінологічної різноманітності та концептуальних відмінностей, а також до збільшення кількості різнопланових теоретичних та експериментальних досліджень, особливо в Україні.

Для вирішення поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження було застосовано теоретичні методи *теоретичні*: метод

теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та систематизації теоретичних та експериментальних даних; метод структурування для уточнення сутності базових понять та визначення психологічних засад розвитку тривожності жінок у період ЕКЗ; *емпіричні*: констатувальний експеримент (спостереження, опитування, інтерв'ю, бесіда, комплекс тестових психодіагностичних методик для вивчення особливостей тривожності жінок, які знаходяться у процесі ЕКЗ; формувальний експеримент для апробації програми корекції тривожності жінок, що проходять ЕКЗ; метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стюдента).

2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження тривожності жінок у період ЕКЗ

Метою експериментального дослідження було визначення рівня та особливостей тривожності жінок, які почали процедуру ЕКЗ. Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових психодіагностичних методик:

- для діагностики загального рівня тривожності – методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова),
- ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) – тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ),
- рівня невротизації – методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко),
- депресивних станів – методика діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової).

У констатувальному дослідженні приймали участь 50 осіб жіночої статі, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років. В

залежності від згоди на участь у корекційній програми досліджувані були розподілені на дві вибірки – експериментальну групу (складається із жінок, які дали згоду на участь у програмі) та контрольну (не бажають приймати участь у програмі, але згодні пройти два етапи тестування).

Результати дослідження проведеного за допомогою методики вимірювання рівня тривожності Тейлора в експериментальній та контрольній групах наведено у таблиці 2.2:

Табл. 2.2

**Результати дослідження за допомогою методики
«вимірювання рівня тривожності Тейлора»**

Вибірки		Рівні вираженості тривожності				
		низький	н/середнього	середній	в/середнього	високий
ЕГ	п	1	2	3	9	10
	%	4	8	12	36	40
КГ	п	1	2	4	10	8
	%	4	8	16	40	32

Як видно з результатів табл. 2.2., в вибірках ЕГ та КГ середній рівень коливається в межах 12-16%, показники високого рівня значно превалюють над низькими.

Візуально загальний рівень тривожності експериментальної групи репрезентовано на рис. 2.1, де візуально можемо спостерігати домінування високого рівня:

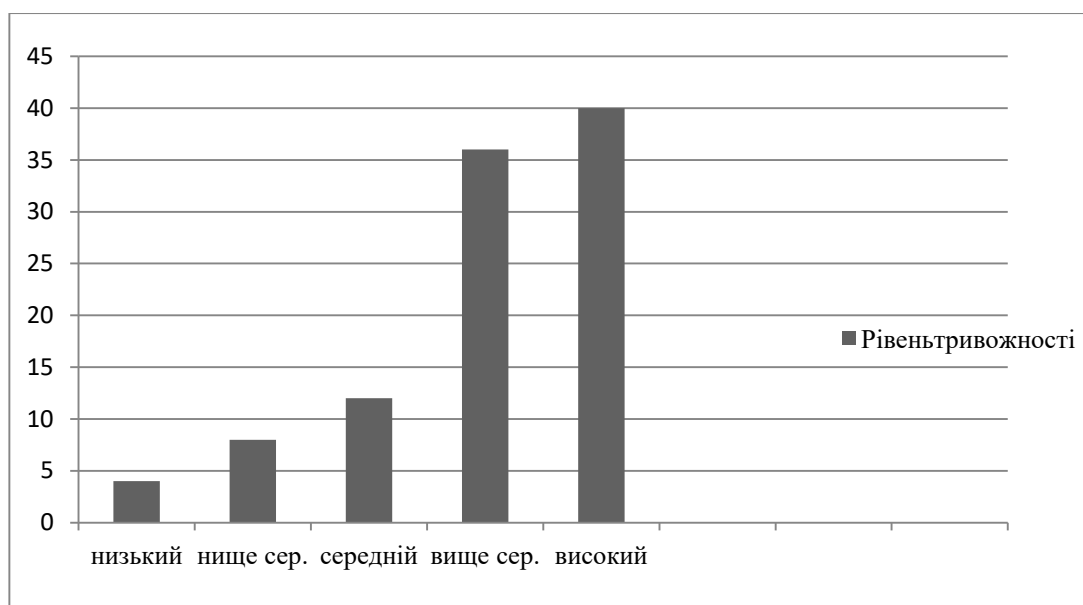


Рис. 2.1 Результати дослідження за допомогою методики «вимірювання рівня тривожності Тейлора» в експериментальній групі

Візуально загальний рівень тривожності контрольної групи репрезентовано на рис. 2.1, де візуально можемо спостерігати домінування високого рівня:

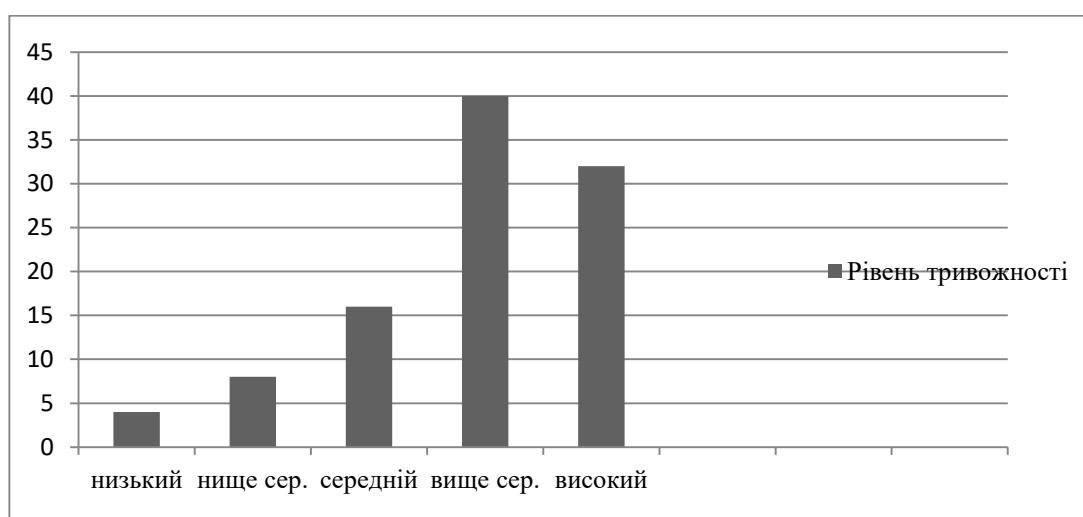


Рис. 2.2 Рис. 2.1 Результати дослідження за допомогою методики «вимірювання рівня тривожності Тейлора» в контрольній групі

Порівняльні результати обох вибірок репрезентовано на рис. 2.3:

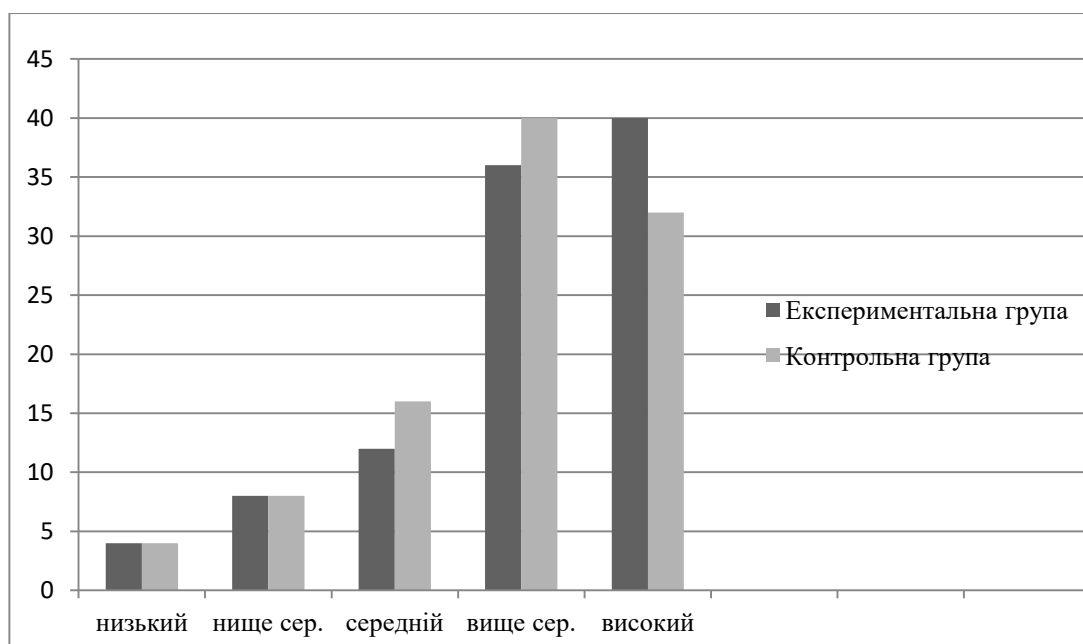


Рис. 2.3 Порівняльна характеристика результатів вираженості загального рівня тривожності експериментальної та контрольної вибірок за «методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора»

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою «вимірювання рівня тривожності Тейлора» репрезентовано в табл. 2.3:

Таблиця 2.3

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою «вимірювання рівня тривожності Тейлора»

вибірки	Загальні результати тривожності	рівень
	середній бал	
ЕГ	38,8	Високий
КГ	37,4	Високий

Експериментальна (ЕГ) та контрольна (КГ) групи за показником середнього балу мають високий рівень тривожності. Візуально різницю можемо побачити на рис.2.4:

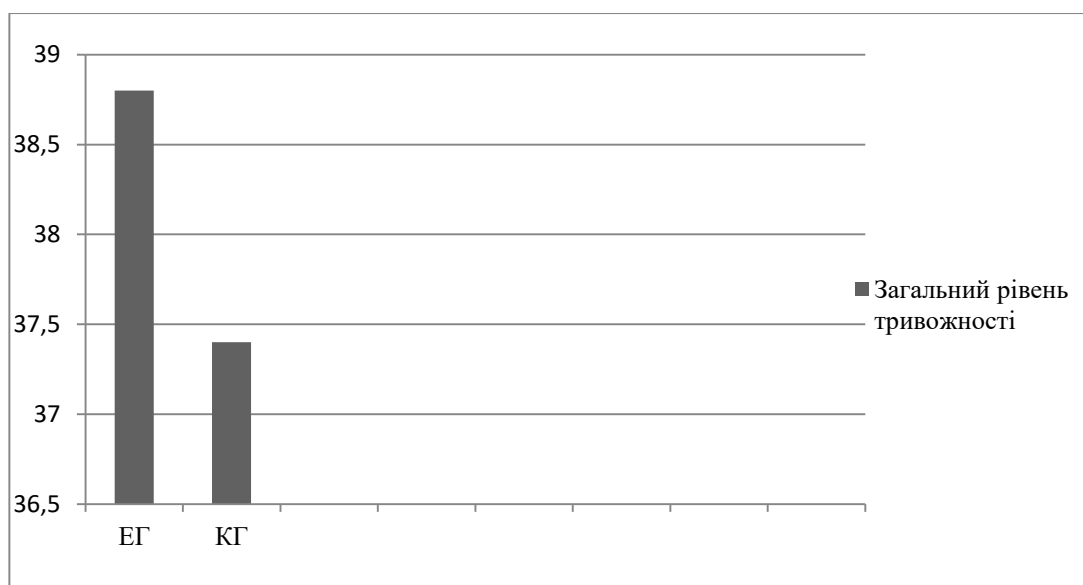


Рис. 2.4 Загальні результати дослідження (за середнім балом) методикою «вимірювання рівня тривожності Тейлора» експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп

Як вбачимо, обидві вибірки мають високий рівень тривожності, але за середнім балом спостерігається у експериментальної групи вище значення показника.

Методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ)) дозволяє оцінити два типи тривожності: особистісну та ситуативну (реактивну). Особистісна тривожність визначається як відносно стала характеристика особистості.

У той час як реактивна тривожність є станом, що виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію. Якщо особистісна тривожність характеризується стабільністю, то реактивна тривожність може значно змінюватись за часом і ступенем вираженості.

Дослідження особистісної тривожності проводилося за допомогою методики «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ). Результати, отримані експериментальною та контрольною групами, наведено у таблиці 2.4:

**Результати дослідження особистісної тривожності за допомогою
методики «Шкала реактивної і особистісної тривожності»**

Спілбергера - Ханіна

Вибірки		Рівні вираженості особистісної тривожності		
		низький	помірний	високий
ЕГ	n	5	8	12
	%	20	32	48
КГ	n	6	9	10
	%	24	36	40

Як бачимо, домінує високий рівень особистісної тривожності, менш виражений помірний рівень й найменше – низький рівень, що свідчить про те, що даний вид тривожності для 48% жінок експериментальної групи та 40% контрольної групи є особистісною властивістю.

Візуально рівні особистісної тривожності експериментальної групи репрезентовано на рис. 2.5:

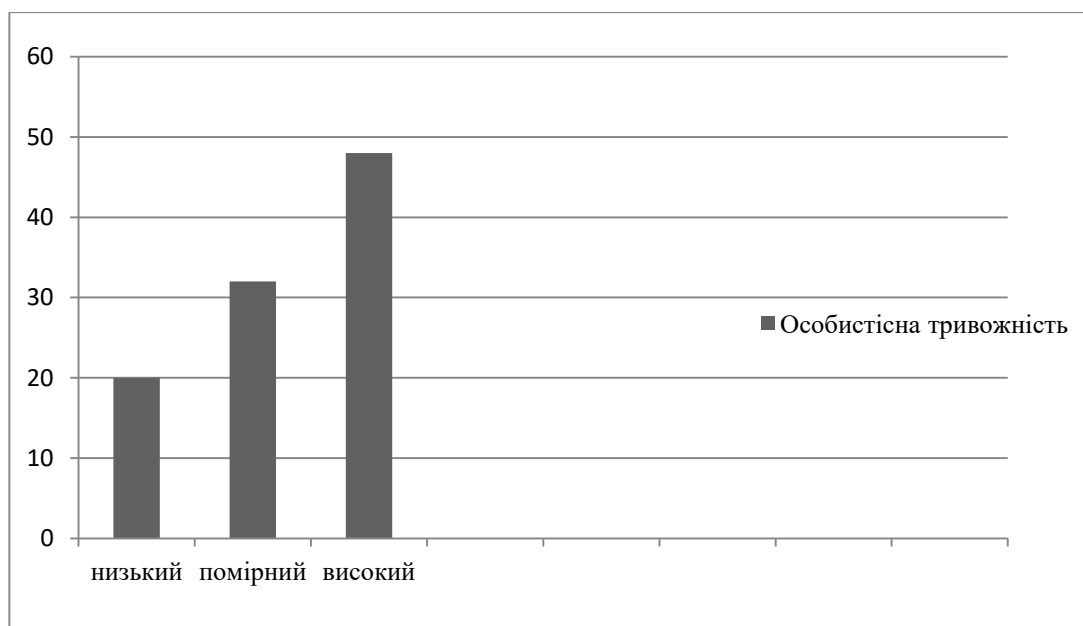


Рис. 2.5 Вираженість рівнів особистісної тривожності тест («Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна)

експериментальної групи

Візуально рівні особистісної тривожності контрольної групи репрезентовано на рис. 2.6:

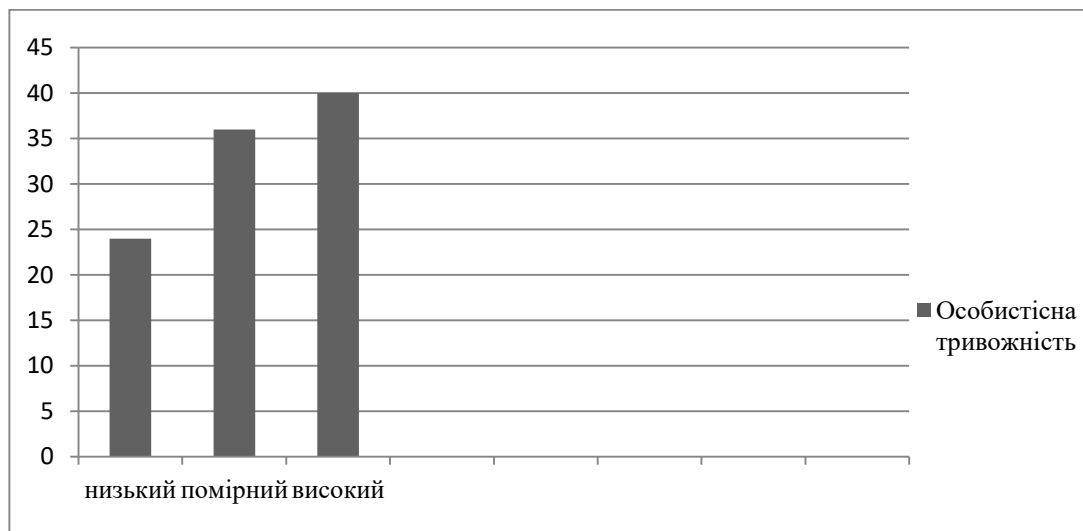


Рис. 2.6 Вираженість рівнів особистісної тривожності контрольної групи (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна)

Візуально порівняти отримані результати за двома вибірками по показнику особистісної тривожності дає можливість рис. 2.7:

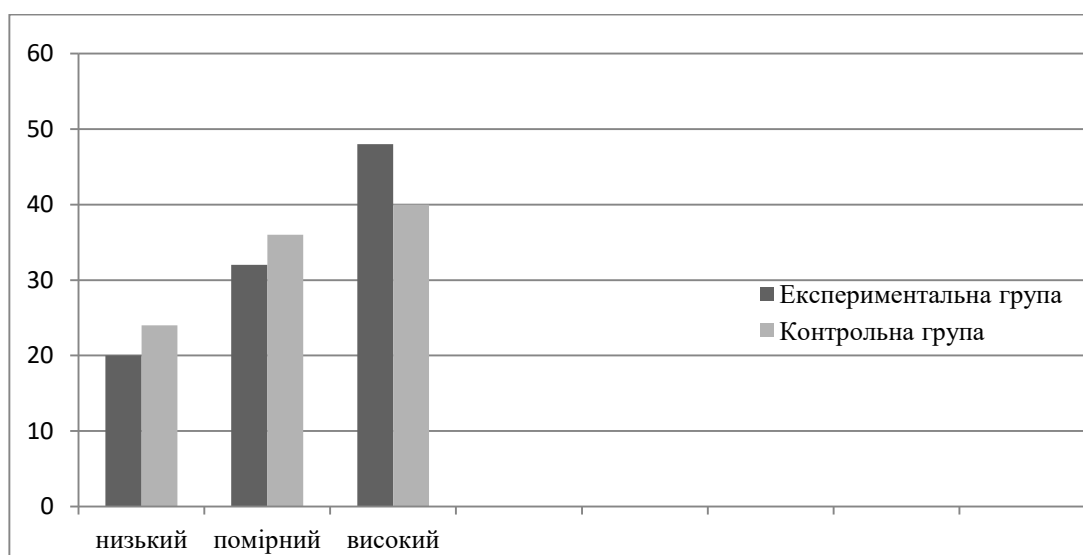


Рис. 2.7. Вираженість рівнів особистісної тривожності (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна) у ЕГ та КГ

Результати дослідження реактивної (ситуативної) тривожності, проведеного за допомогою методики «Шкала реактивної і особистісної

тривожності» Спілбергера - Ханіна в експериментальній (ЕГ) та контрольній (КГ) групах наведено у таблиці 2.5:

Табл. 2.5

Результати дослідження реактивної (ситуативної) тривожності («Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна)

Вибірки		Рівні вираженості ситуативної тривожності		
		низький	помірний	високий
ЕГ	п	1	7	17
	%	4	28	68
КГ	п	3	7	15
	%	12	28	60

Як бачимо, домінує високий рівень ситуативної тривожності, менш виражений помірний рівень й найменше – низький рівень. Помірний та високий рівень тривожності у ЕК налічує майже 96%, тоді як у контрольній групі ми спостерігаємо не дуже суттєве відставання – 88% досліджуваних.

Візуально рівні ситуативної тривожності ЕГ репрезентовано на рис. 2.8.:

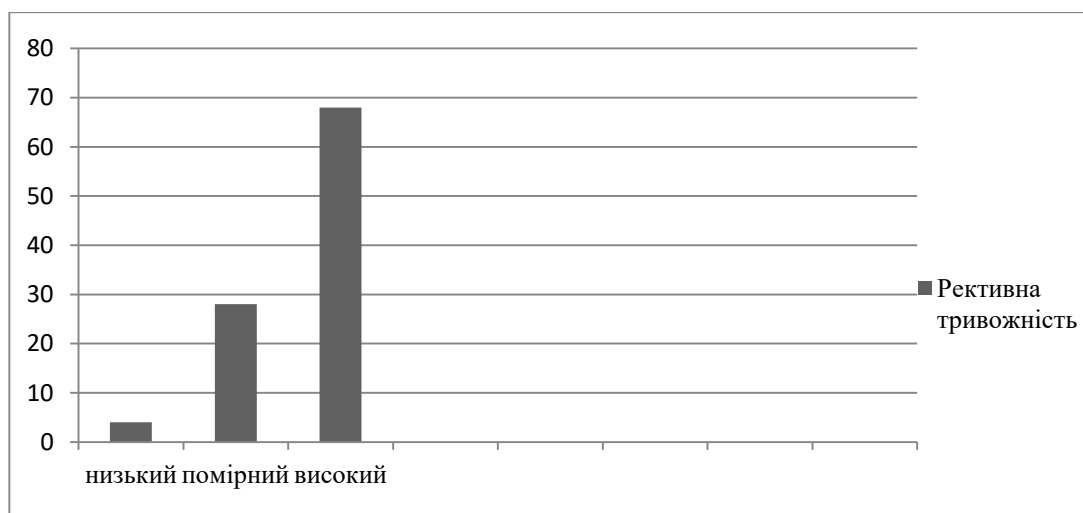


Рис. 2.8. Вираженість рівнів реактивної тривожності (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна) експериментальної групи

Візуально рівень ситуативної тривожності контрольної групи

репрезентовано на рис. 2.9:

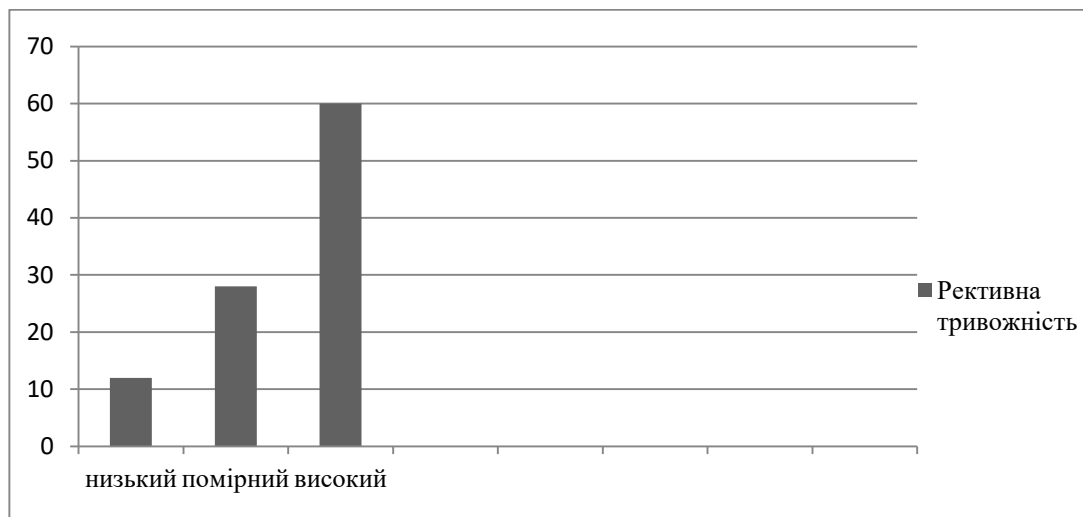


Рис. 2.9. Вираженість реактивної тривожності (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна) контрольної групи

Візуально порівняти вираженість рівнів ситуаційної (реактивної) тривожності можна на рис. 2.10:

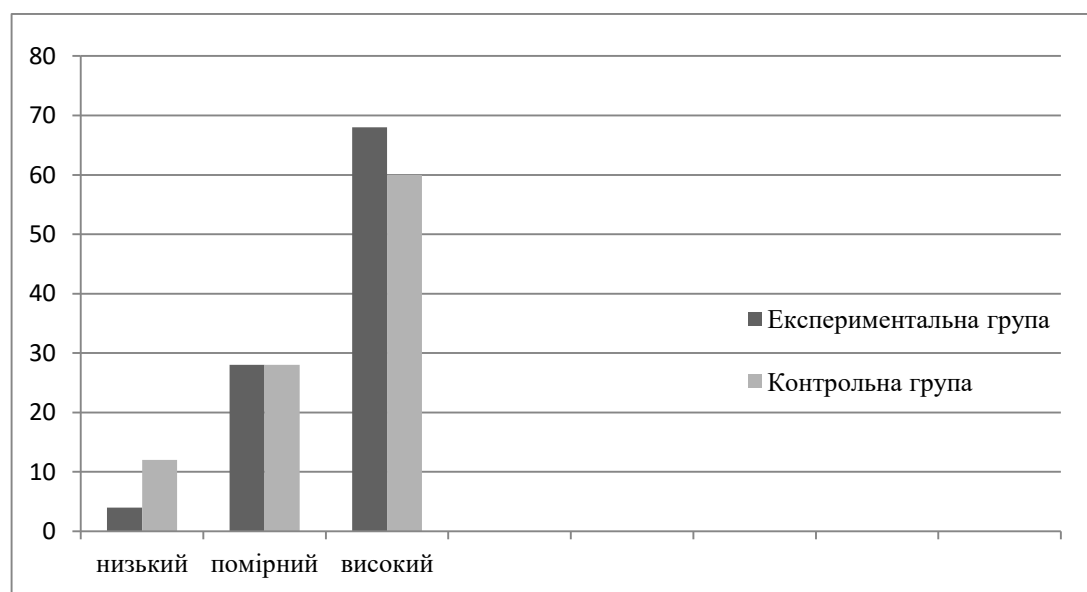


Рис. 2.10. Порівняльна характеристика рівня ситуаційної тривожності ЕГ та КГ за методикою «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна

Як видно з рис. 2.10, бачимо загальні тенденції ЕГ та КГ до домінування високого рівня ситуаційної тривожності, вираженості помірного рівня та

найменшої представленості низького – як особистісної так й реактивної (ситуативної) тривожності, при цьому кількісна вираженість рівнів суттєво відрізняється в кількісних показниках.

Загальні результати визначення рівнів особистісної та реактивної (ситуативної) тривожності за методикою «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна репрезентовано в табл. 2.6:

Таблиця 2.6

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна

вибірка	Показники тривожності	Результати	
		Середній бал	Рівень
ЕГ	Ситуативна	65,4	Високий
	Особистісна	56,6	Високий
вибірка	Показники тривожності	Результати	
		Середній бал	Рівень
КГ	Ситуативна	61,8	Високий
	Особистісна	53,9	Високий

Як експериментальна, так й контрольна групи, мають загальні тенденції, що виражаються у високому рівні особистісної тривожності та ситуативної тривожності.

Тобто, жінки обох вибірок, які приймають участь у програми екстракорпорального запліднення, виявляють високий рівень як ситуативної тривожності (ЕГ mean = 65,4; ЕК mean = 61,8), так й особистісної тривожності (ЕГ mean = 56,6; ЕК mean = 53,9), при чому в обох вибірках особистісна тривожність є нижчою.

Загальні результати вивчення особистісної та ситуативної (реактивної) тривожності обох вибірок репрезентовано на рис. 2.11:

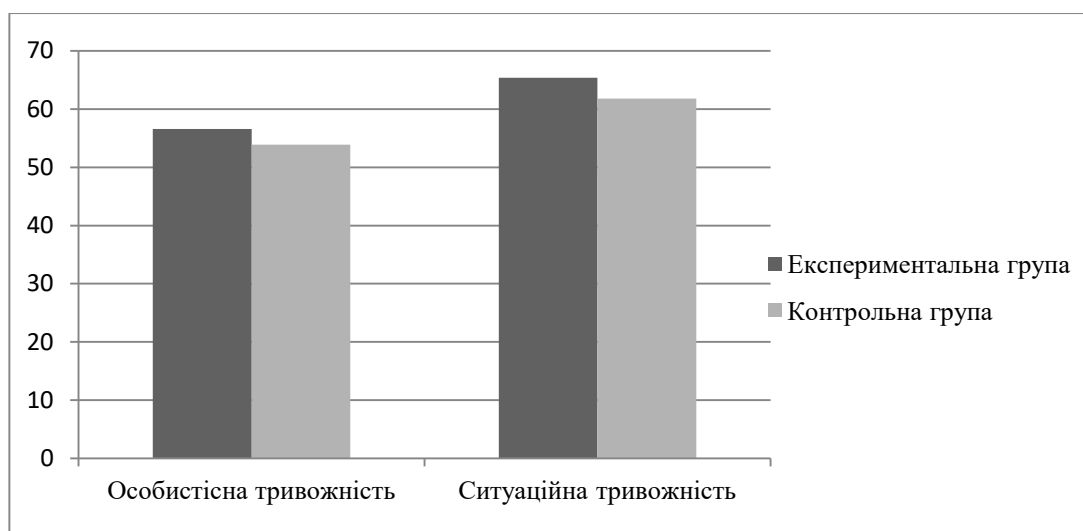


Рис. 2.11 Загальні результати вивчення особистісної та ситуативної (реактивної) тривожності (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна) ЕГ та КГ жінок

Як бачимо з рис. 2.11, жінки обох вибірок виявляють високий рівень як ситуативної тривожності, так й особистісної, при чому в обох вибірках особистісна тривожність є нижчою.

Для вивчення рівня невротизації жінок, які проходять процедуру ЕКЗ, нами використано методику діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко).

Результати дослідження проведеного за допомогою методики діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана в експериментальній та контрольній групах наведено у таблиці 2.7:

Табл. 2.7

**Результати дослідження за допомогою методики
діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана**

Вибірки		Рівні вираженості невротизації		
		низький	середній	високий
ЕГ	п	4	9	12
	%	16	36	48

Вибірки		Рівні вираженості невротизації		
		низький	середній	високий
КГ	п	5	10	10
	%	20	40	40

Як видно з результатів табл. 2.7., в вибірках ЕГ та КГ середній та високий рівні коливаються в межах 80-84%, дані показники значно превалюють над низькими.

Візуально загальний рівень невротизації експериментальної групи репрезентовано на рис. 2.12, де візуально можемо спостерігати домінування високого рівня:

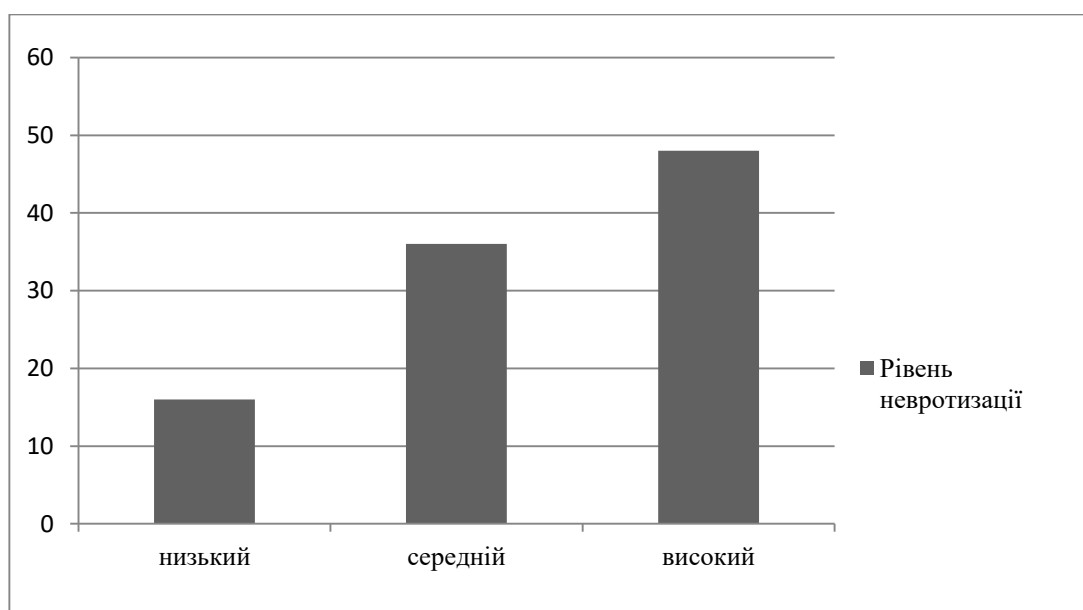


Рис. 2.12 Результати дослідження за допомогою методики діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана в експериментальній групі

Так, на рис. 2.12, можемо візуально спостерігати домінування високого рівня невротизації в ЕГ.

Візуально загальний рівень невротизації контрольної групи репрезентовано на рис. 2.13, де візуально можемо спостерігати домінування високого рівня:

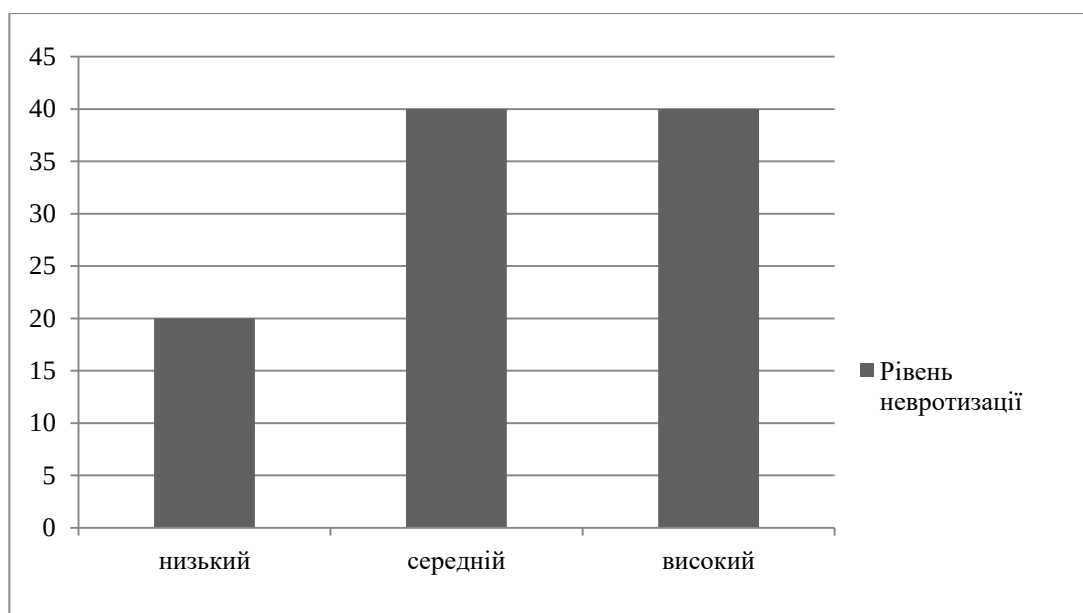


Рис. 2.12 Результати дослідження за допомогою методики діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана в контрольній групі

Так, на рис. 2.12, можемо візуально спостерігати домінування високого рівня невротизації в КГ.

Порівняльні результати обох вибірок репрезентовано на рис. 2.13:

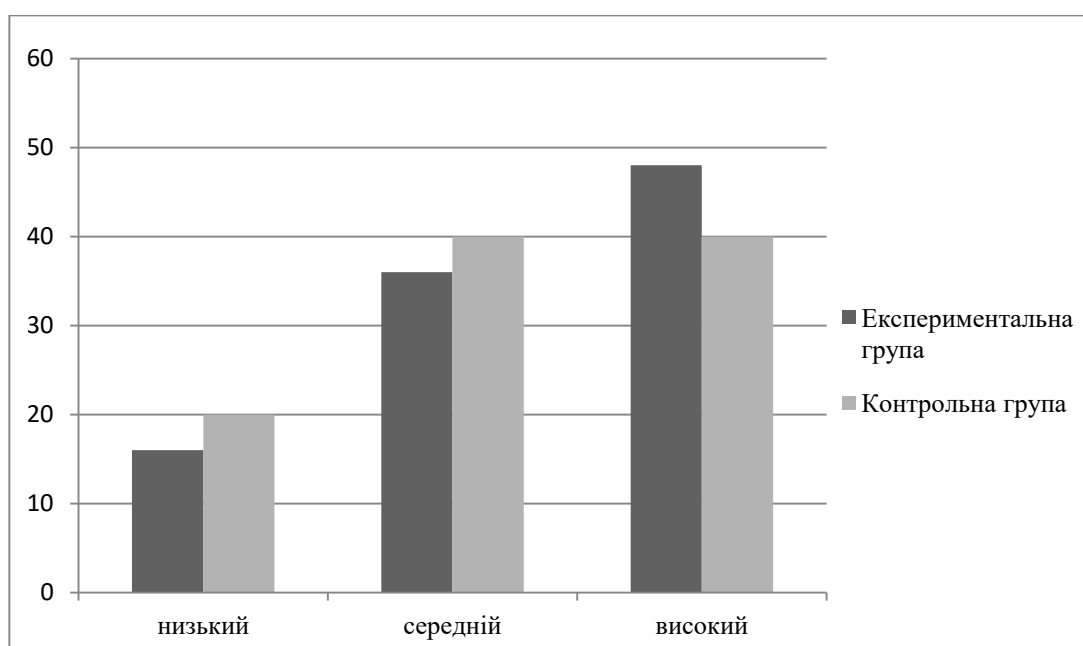


Рис. 2.13 Порівняльна характеристика результатів вираженості рівня невротизації експериментальної та контрольної вибірок за «методикою

діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана»

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана репрезентовано в табл. 2.8:

Таблиця 2.8

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана

вибірки	Рівень невротизації	рівень
	середній бал	
ЕГ	24,5	Високий
КГ	22,9	Високий

Експериментальна (ЕГ) та контрольна (КГ) групи за показником середнього балу мають високий рівень невротизації. Візуально різницю можемо побачити на рис.2.14:

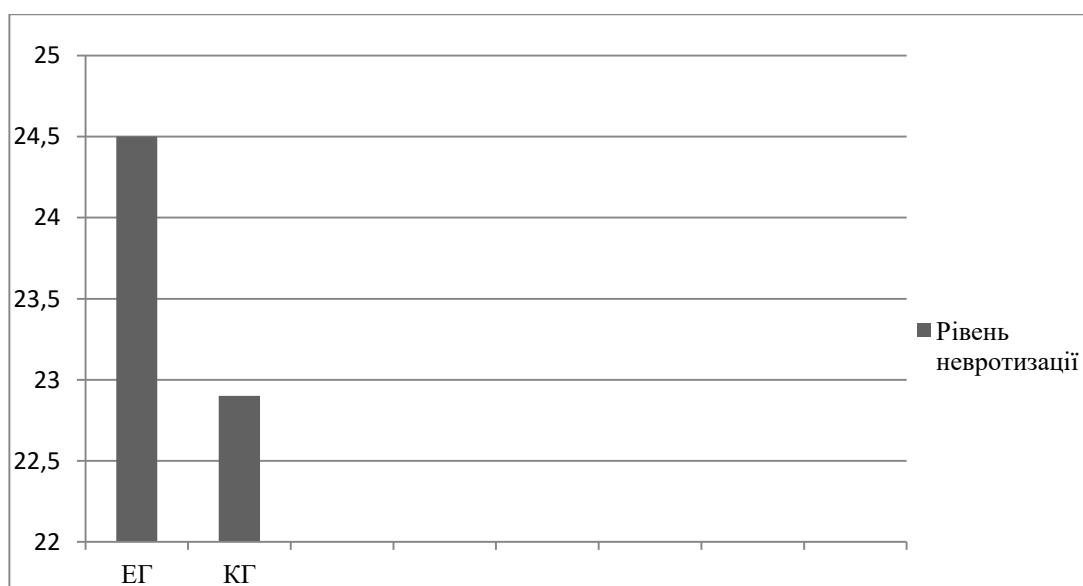


Рис. 2.14 Загальні результати дослідження (за середнім балом) методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп

Як бачимо, обидві вибірки мають високий рівень невротизації, але за середнім балом спостерігається у експериментальній групі вище значення

показника.

Дослідження наявності та вираженості депресивних станів відбувалося за допомогою методики діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової). Результати дослідження депресивних станів в експериментальній та контрольній групах жінок наведено у таблиці 2.9:

Таблиця 2.9

**Результати дослідження депресивних станів
(методика діагностики депресивних станів Зунге)**

Вибірки		Рівні вираженості депресивних станів			
		відсутність	легка депресія	субдепресивний стан	депресивний стан
ЕГ	n	3	10	8	4
	%	12	40	32	16
КГ	n	3	11	9	2
	%	12	44	36	8

Як видно з результатів табл. 2.9., в вибірках ЕГ та КГ відсутність депресії спостерігається у 12% жінок.

Візуально загальний рівень вираженості депресивних станів експериментальної групи репрезентовано на рис. 2.15:

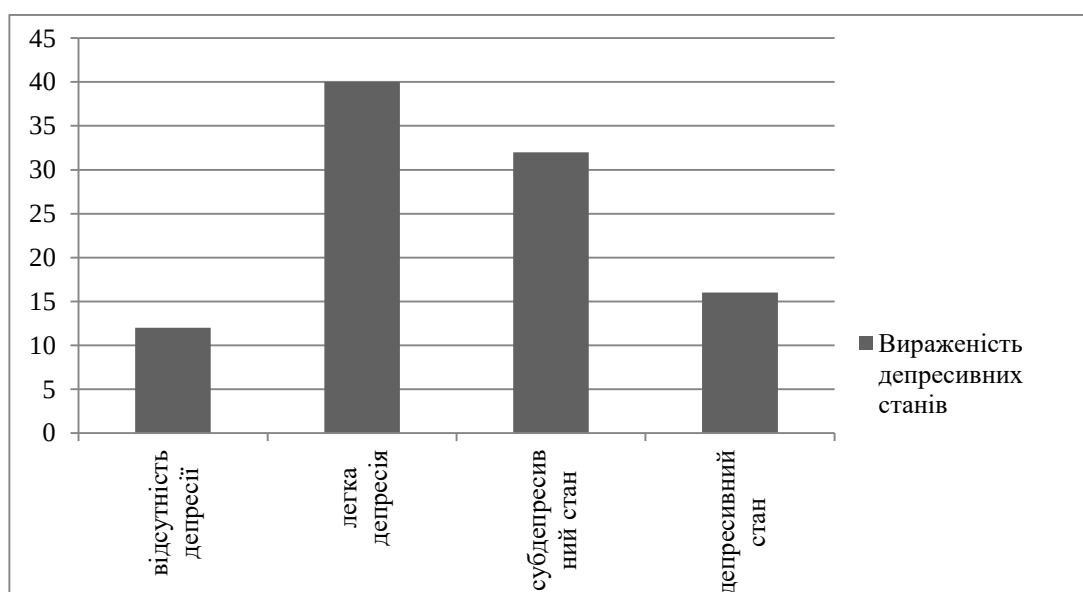


Рис. 2.15. Результати дослідження депресивних станів в ЕГ

Як бачимо з рисунку 2.15., у жінок експериментальної групи превалюють легка депресія та субдепресивний стан.

Візуально загальний рівень вираженості депресивних станів контрольної групи репрезентовано на рис. 2.16:

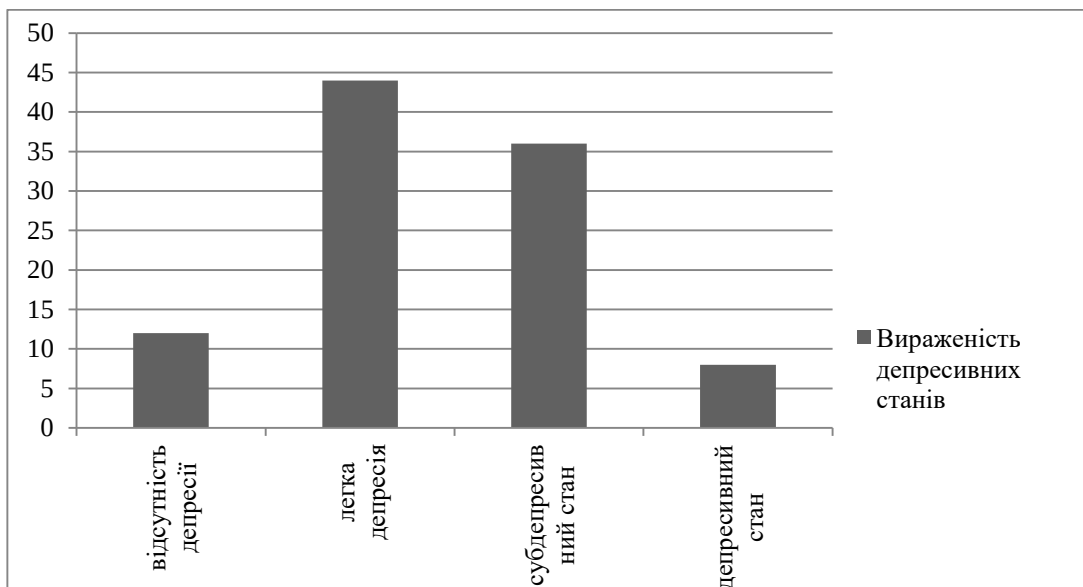


Рис. 2.16 Результати дослідження депресивних станів в КГ жінок

Як бачимо з рисунку 2.16., у жінок контрольної групи домінують легка депресія та субдепресивний стан.

Порівняльні результати обох вибірок репрезентовано на рис. 2.17:

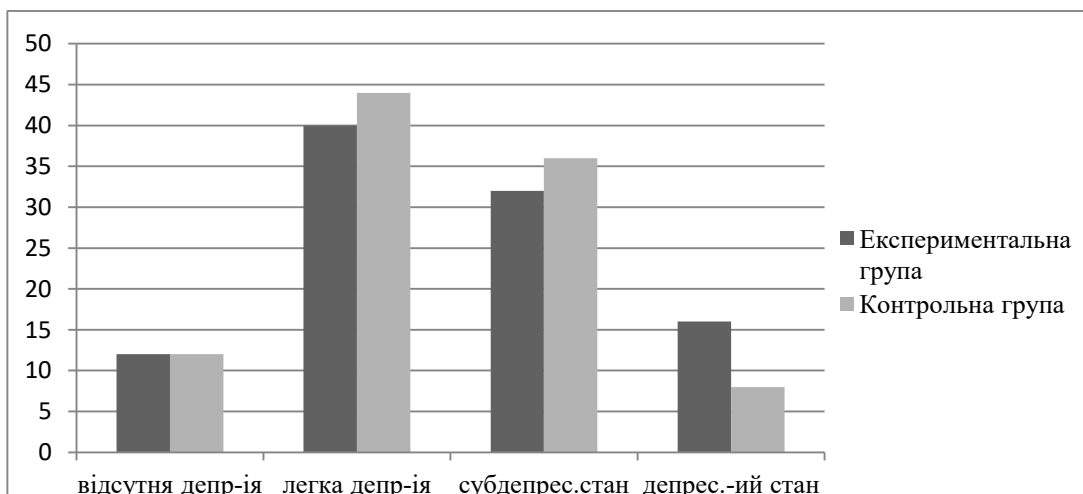


Рис. 2.17 Порівняльна характеристика депресивних станів ЕГ та КГ

Загальні результати дослідження депресивних станів (методика

діагностики депресивних станів Зунге) репрезентовано в табл. 2.10:

Таблиця 2.10

**Загальні результати дослідження депресивних станів
(методика діагностики депресивних станів Зунге)**

вибірки	Загальні результати вираженості депресивних станів	рівень
	середній бал	
ЕГ	65,2	Субдепресивний стан або маскована депресія
КГ	63,4	Субдепресивний стан або маскована депресія

Експериментальна (ЕГ) та контрольна (КГ) групи за показником середнього балу мають субдепресивний стан або масковану депресію. Візуально різницю між результатами ЕГ та КГ можемо побачити на рис.2.18:

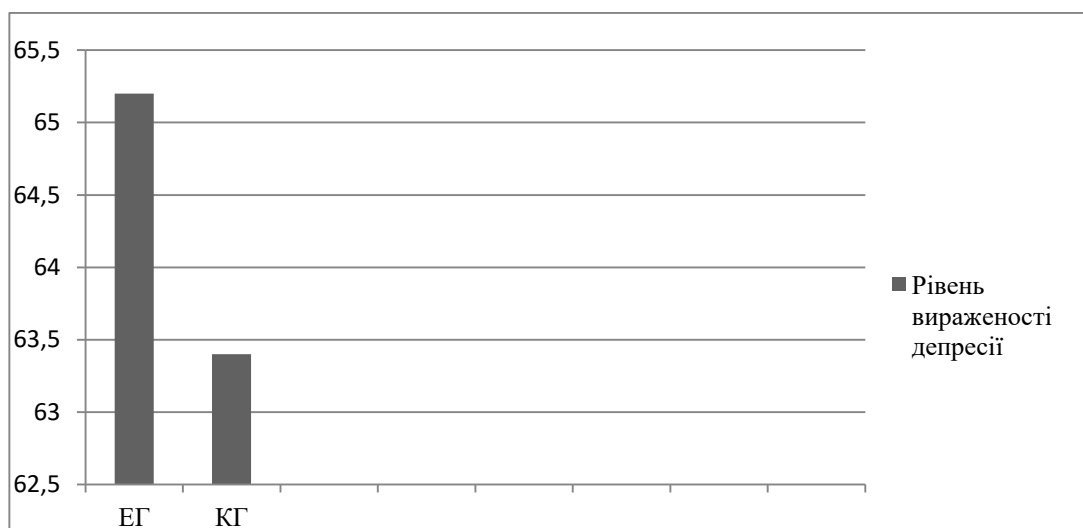


Рис. 2.18 Загальні результати дослідження (за середнім балом) депресивних станів (методика діагностики депресивних станів Зунге) експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ) груп

Як вбачимо, обидві вибірки мають субдепресивний стан або масковану депресію, але за середнім балом спостерігається кількісна різниця.

Таким чином, для досягнення мети нашого дослідження – визначення особливостей тривожності жінок в період екстракорпорального запліднення – було розроблено психодіагностичний комплекс, який використано у

констатувальному експерименті, в ході якого отримано наступні результати: високий загальний рівень тривожності ($\text{mean}=38,8$; низький рівень 4%, нижче середнього рівня 8%, середній рівень 12%, вище середнього рівня 36%, високого рівня 40%) за методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова); високий рівень ситуативної тривожності ($\text{mean}=65,4$; низький рівень 4%, середній рівень 28%, високого рівня 68%) та особистісної тривожності ($\text{mean}=56,6$; низький рівень 20%, середній рівень 32%, високого рівня 48%), при чому показники особистісної тривожності є нижчими за ситуативну, за «Шкалою реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна; високий рівень невротизації ($\text{mean}=24,5$; низький рівень 16%, середній рівень 36%, високого рівня 48%) за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко); та депресивних станів за методикою діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової), згідно з результатами якої у 12% жінок відсутня депресія, у 40% легка депресія, субдепресивний стан або маскована депресія спостерігається у 32% жінок і 16% мають депресивний стан, за середнім показником по групі у досліджуваних спостерігається субдепресивний стан або маскована депресія.

Отримані результати констатуючого експерименту свідчать про необхідність розробки корекційної програми подолання високого рівня тривожності та загального психоемоційного напруження, яке виявляється через тривожність, невротизм, субдепресивний стан або масковану депресію та інші негативні емоційні прояви.

Висновки до другого розділу

Таким чином, на основі теоретичного аналізу літератури встановлено, що проблема емоцій та емоційних проявів особистості є однією з найскладніших та найактуальніших у психології. У сучасних наукових дослідженнях спостерігається диференціальний підхід до вивчення емоційної сфери особистості, що виявляється у розробках різних напрямів. Це призводить до

термінологічної різноманітності та концептуальних відмінностей, а також до збільшення кількості різнопланових теоретичних та експериментальних досліджень, особливо в Україні.

Для вирішення поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження було застосовано теоретичні методи *теоретичні*: метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та систематизації теоретичних та експериментальних даних; метод структурування для уточнення сутності базових понять та визначення психологічних засад розвитку тривожності жінок у період ЕКЗ; *емпіричні*: констатувальний експеримент (спостереження, опитування, інтерв'ю, бесіда, комплекс тестових психодіагностичних методик для вивчення особливостей тривожності жінок, які знаходяться у процесі ЕКЗ; формувальний експеримент для апробації програми корекції тривожності жінок, що проходять ЕКЗ; метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стюдента).

Розроблено психодіагностичний комплекс для досягнення мети дослідження – визначення особливостей тривожності жінок в період проходження ЕКЗ. Проведення констатувального експерименту дозволило отримати наступні результати: високий загальний рівень тривожності ($\text{mean}=38,8$; низький рівень 4%, нижче середнього рівня 8%, середній рівень 12%, вище середнього рівня 36%, високого рівня 40%) за методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова); високий рівень ситуативної тривожності ($\text{mean}=65,4$; низький рівень 4%, середній рівень 28%, високого рівня 68%) та особистісної тривожності ($\text{mean}=56,6$; низький рівень 20%, середній рівень 32%, високого рівня 48%), при чому показники особистісної тривожності є нижчими за ситуативну, за «Шкалою реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна; високий рівень невротизації ($\text{mean}=24,5$; низький рівень 16%, середній рівень 36%, високого рівня 48%) за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко); та депресивних станів за методикою діагностики депресивних станів

Зунге (адаптація Т.І.Балашової), згідно з результатами якої у 12% жінок відсутня депресія, у 40% легка депресія, субдепресивний стан або маскована депресія спостерігається у 32% жінок і 16 % мають депресивний стан, за середнім показником по групі у досліджуваних спостерігається субдепресивний стан або маскована депресія.

Отримані результати констатуючого експерименту свідчать про необхідність розробки корекційної програми подолання високого рівня тривожності та загального психоемоційного напруження, яке виявляється через тривожність, невротизм, субдепресивний стан або масковану депресію та інші негативні емоційні прояви.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЯ ВИСОКОГО РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК У ПЕРІОД ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

3.1 Програма подолання високого рівня тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення

Актуальність корекційної програми подолання високого рівня тривожності жінок у період екстракорпорального запліднення.

Нездатність завести дитину є однією з найважчих хронічних психологічних травм, що емоційно виснажують жінку та її сім'ю.

В Україні кожна п'ята з 15 мільйонів пар не може завагітніти природним шляхом і ефективність лікування залишається низькою. Тривале безрезультатне лікування безплідності викликає широкий спектр психоемоційних реакцій, від невротичних до важких депресивних розладів. Це порушує партнерські відносини, призводячи до особистісних та сімейних криз. Таким чином, безпліддя стає не лише медичною та психологічною, а й соціальною проблемою, яка потребує комплексного медико-психологічного вирішення. Найбільш безсилою медицина є перед ідіопатичним безпліддям (безпліддям неясного генезу, психогенним, психосоматичним, психологічним безпліддям). Як проблема безпліддя, так й процес ЕКЗ, несуть сильні психоемоційні навантаження на психіку жінки і потребують психологічного супроводу.

Концептуальні засади програми.

Розроблена Програма передбачає комплексний підхід до проведення корекційної роботи з жінками, які проходять процедуру ЕКО, та базується на комплексному підході, який широко застосовується в роботі з обраною цільовою групою.

Мета Програми – корекція тривожності жінок, які проходять процедуру ЕКО, формування емоційної зрілості, внутрішнього стану, який допомагає гідно долати труднощі та при цьому отримувати максимальне задоволення від

кожного дня.

Завдання Програми – формування стану, у якому людина може повністю покластися на себе, залишаючись спокійним і розважливим; відповідальності за свою поведінку та її наслідки для себе та інших членів сім'ї.

Методичне забезпечення корекційної програми

Програма заснована на активних методах навчання, що підкреслюють важливість активного пізнання, де учні беруть на відповідальність за здобуття знань.

Для забезпечення ефективності тренінгів необхідні такі умови:

- наявність ізольованого приміщення для роботи тренера із учасниками;
- забезпечення учасників тренінгу необхідними робочими матеріалами (дошка, олівці, фломастери, маркери, плакати, папір форматів А4 та А3, ножиці, клей, стікери та ін.);
- створення здорового психологічного клімату у групі, атмосфери довіри та відвертості;
- використання довірчого стилю спілкування у процесі роботи.

В основі корекційної програми лежать підходи та техніки таких науковців, як В.Ю. Большакова, В. Вачкова, М.І. Козлова, Н. Пезешкиана, Н. Роджерс, К. Рудестама, Ж.-М.Робіна, М.І. Чистякової, Т.С. Яценко та ін.

Обов'язковою умовою роботи з групою є прийняття правил, що ґрунтуються на наступних принципах:

Безумовна повага до кожного учасника тренінгу. Кожен учасник групи має право бути вислуханим, і решта має уважно слухати його висловлювання.

Дотримання принципу конфіденційності. Особистий досвід учасників не обговорюється поза групою, що сприяє довірі, взаєморозумінню та щирості.

Персоніфікація висловлювань. Для відвертого спілкування учасникам слід уникати безособового мовлення і від власного імені, не узагальнюючи, що сприяє відповідальності за власні слова.

Неприпустимість безпосередніх оцінок особистості учасників. В

обговореннях оцінюються не особи учасників, а їх дії, вчинки та поведінка.

Право на слово «Ні». Учасник має право відмовитися говорити на ту чи іншу тему, якщо йому це важко чи неприємно, що забезпечує відверте та щире спілкування, а також створює психологічний комфорт у групі.

Загальна схема проведення корекційних занять

1. Процедура привітання. Перше коло.
2. Обговорення результатів виконання домашнього завдання. Зазвичай воно включає такі питання:

3. Які емоції та почуття ви відчували при виконанні домашнього завдання?

4. Що вам заважало виконати завдання?

5. Які у вас враження?

6. Що нового ви собі відкрили?

7. Пояснення цілей та завдань заняття. Розкриття змісту основних категорій та психологічних явищ, з якими доведеться працювати під час заняття.

8. Практична робота групи. Реалізація тренінгових завдань з подальшим обговоренням.

9. Підбиття підсумків заняття. Зворотній зв'язок та пояснення домашнього завдання. Останнє коло.

Оцінка успішності психокорекційної програми

Успішність психокорекційної програми можна оцінювати як статистично, і з допомогою традиційних психотерапевтичних критеріїв:

Безпосереднє спостереження та оцінка учасників з боку ведучого, який оцінює психологічний настрій учасників та ступінь оволодіння ними новими навичками.

Порівняння очікувань учасників від програми з набутим досвідом. Збору такої інформації присвячується останнє заняття.

Зміст корекційної програми.

Заняття 1. Мета даного заняття полягає в ознайомленні учасників з основними методами зниження тривоги у стресових ситуаціях та навчанні

простим психологічним способам управління напругою. У процесі заняття також ставиться завдання підвищення впевненості у собі та розвитку навичок самоконтролю, спираючись на внутрішні резерви учасників.

Хід заняття включає такі етапи:

Знайомство

Вправа «Ти і твоє ім'я», спрямоване формування позитивної емоційної атмосфери. Учасники пишуть своє ім'я по вертикалі і напроти кожної літери вказують свою позитивну якість або межу характеру.

Розмова про правила участі

Ведучий розповідає про сутність тренінгу та важливі правила групи, такі як довірчий стиль спілкування, принцип «тут і зараз», персоналізація висловлювань, конфіденційність, повага до кожного учасника та інші аспекти.

Це дозволяє учасникам як ознайомитися з методами управління тривогою, а й створити підтримуючу атмосферу для обміну досвідом та розвитку особистісних якостей.

В основній частині тренінгу пропонується учасникам виконати ряд вправ, спрямованих на розвиток інтересу до особистості, самоаналіз та подолання невпевненості у власних силах.

Вправа «Мій всесвіт»

Учасникам видаються аркуші паперу з намальованими сімома колами та одним центральним колом. У семи колах учасники відповідають питанням «ХТО Я?», записуючи свої соціальні ролі. У центральному колі вказується їхнє ім'я. За бажанням учасники діляться із групою, які ролі вони виконують у житті.

Введення правил, сформульованих у формі слогану

Ведучий представляє правила перебування на заняттях, наприклад, «Шановні жінки, ви не тільки клієнти ЕКО. Невдале ЕКО не кінець життя», створюючи підтримуючу атмосферу та позитивне ставлення до процесу проходження ЕКО.

Заняття 2. Вправа «Привітання»:

Мета: Встановити зв'язок між учасниками групи та створити сприятливу атмосферу.

Інструкція: Тренер обговорює різноманітні способи вітання, які існують у суспільстві, включаючи жартівливі варіанти. Учасникам пропонується встати і привітатись один з одним різними частинами тіла: плечем, спиною, рукою, щокою, носом, а також вигадати власний незвичайний спосіб вітання на сьогоднішньому занятті.

Вправа «Моя тривожність»:

Мета: Дослідити уявлення про тривожність, виявити причини її виникнення та описати стан тривожності.

Необхідні матеріали: Асоціативні фотографічні карти, такі як спектрокарти У. Халкола та А. Копитіна.

Інструкція: Учасникам пропонується вибрати дві асоціативні фотокартки: одна зображує стан тривожності, а інша – спокій. Потім слід обговорити вибрані карти, відповідаючи на такі запитання:

Для карти «тривожності»:

1. Який для мене тривожний стан?
2. Чому ця фотографія символізує мою тривожність?
3. Які почуття виникають, коли я дивлюся на цю фотографію?
4. Коли найчастіше відчуваю тривожний стан?
5. Які фактори сприяють його виникненню?
6. Які дії я можу зробити, щоб упоратися з тривожним станом?

Для карти «спокій»:

1. Як я відчуваюся, коли я спокійний?
2. Чи приємно мені цей стан? Чи відчуваю себе комфортно?
3. Як мені зберегти цей спокій?

Тривога може розвиватися поступово і мати різні рівні:

1. Легка тривога, що виражається у внутрішній напрузі та настороженості.
2. Посилена напруга з дратівливістю та негативними емоціями.
3. Загальне почуття невизначеної небезпеки.

4. Страх, що додається до тривожності.
5. Паніка та відчуття неминучості катастрофи.
6. Максимальний рівень тривожно-боязливого порушення з дезорганізацією поведінки.

Об'єкти кохання, дружби чи професійних відносин часто стають джерелом бажаних мрій, надій та тривоги. Зустріч з іншою людиною, у широкому значенні цього слова, може викликати сумніви, занепокоєння та очікування як від самого себе, так і від іншого. Ця стаття розглядає життя за умов хронічної тривоги.

Тривога може виникати і зменшуватися з часом, або набирати нової сили. У контексті відносин часто виникає тривога при загрозі тимчасового чи постійного розриву, наприклад, при від'їзді близької людини та невідомості її місцезнаходження, що викликає занепокоєння через невизначеність. Такий тип тривоги пов'язані з почуттям поєднання зі значним другом, де обоє почуваються як половинки одного цілого. Будь-яка загроза втрати цієї цілісності викликає тривогу.

Тривога окреслюється схильність до реакцію різні стимули як короткочасна емоційна реакція. Вона може виявлятися різними соматичними та психологічними симптомами: *соматичні прояви тривоги* включають запаморочення, відчуття «кома» в горлі, утруднення дихання, сухість у роті, припливи жару або холоду, пітливість, напруга в м'язах, нудоту, діарею, біль у животі, прискорене сечовипускання, зниження сексуального бажання.

Психологічні прояви тривоги включають занепокоєння, дратівливість, напруженість, нездатність розслабитися, відчуття збудженості або на межі зриву, труднощі зі сном, швидку стомлюваність, утруднення з концентрацією та погіршення пам'яті.

Під час стану тривоги ми часто зосереджені на проблемах, які здаються нерозв'язними (наприклад, хвороба близького, труднощі на роботі), що посилює тривогу. Ми можемо боятися навіть у ситуаціях, коли немає реальної загрози, і сприймаємо світ довкола як некерований.

Нормальна тривога необхідна для адаптації та захисту від раптових загроз, і вона зникає, коли небезпека зникає. Однак надмірно високий рівень тривоги може порушувати нормальне функціонування та розвиток особистості. Тривога характеризується невизначеністю і відсутністю конкретного об'єкта тривоги, тоді як страхи пов'язані з конкретними об'єктами чи ситуаціями (наприклад, страх темряви, тварин, хвороб, смерті тощо.).

Тривожність і страх різняться головним чином: страх пов'язані з конкретним об'єктом чи ситуацією, тоді як тривога невизначена і прив'язана до внутрішніх переживань. Так, людина з фобією перед павуками уникатиме їх, що дозволяє їй зберігати ресурси для повсякденного життя. Тривожна людина живе в постійній незрозумілій тривозі, намагаючись позбутися її суєтою, будь-якими стратегіями, які не несуть бажаного результату.

Тривога часто виникає, коли ми відчуваємо конфлікт між нашим бажанням щось зробити та страхом перед можливими наслідками. Наприклад, хочемо підійти до людини, яка нам подобається, або попросити підвищення у начальства, але відчуваємо тривогу. Ця напруга між «зараз» і «потім» змушує нас йти з сьогодення у минуле чи майбутнє. Часто ми починаємо турбуватися про майбутнє, уникаючи щось «зараз», і заповнюємо цей пролом роботою, турботою про інших чи марною діяльністю.

Тривога також може виникати, коли ми обмежуємо себе заборонами чи страхами, наприклад, коли приємні відчуття та радісні передчуття про чудовий відпочинок починають піддаватися самоконтролю і перетворюються на тривожний стан. Людина може відчувати хронічну тривогу, коли вона уникає проживання сьогодення, постійно живучи у минулому чи майбутньому, сумніваючись і турбуючись про те, що було і що буде.

Екзистенційна тривога також пов'язана з усвідомленням свого місця у світі, безсиллям перед старінням і смертю, та пошуком сенсу життя, що може посилювати тривогу та невпевненість.

Тривога є емоційним дискомфортом, пов'язаним з очікуванням невдачі або невизначеної небезпеки. У психології тривожність визначається як схильність до

частих та інтенсивних переживань тривожного стану без явних підстав. Це загальний стан, який притаманний усім людям, хоча деякі краще справляються з цими переживаннями, ніж інші. Втручання у внутрішній біологічний ритм людини може послабити його здатність адаптуватися до стресових ситуацій.

Заняття 3. *Вправа «Рожеві окуляри».* Мета вправи полягає в усвідомленні позитивних та оптимістичних емоцій, а також у розвитку вміння знаходити позитивні аспекти у повсякденних ситуаціях. Учасникам пропонується припустити, що вони надягають рожеві окуляри, які перефарбовують все негативне в рожевий колір. Потім вони діляться своїми позитивними враженнями про різні аспекти життя, такі як навчання, проживання у гуртожитку, друзі, тренінг тощо. Інші учасники уважно стежать за виконанням правил та можуть вказати на їхнє порушення.

Вправа «Золота рибка». Мета вправи полягає у підвищенні емоційного настрою та розвитку оптимістичного сприйняття світу. Учасники пишуть на аркуші паперу три бажання, які б вони попросили виконати золоту рибку, якби вони її спіймали. Потім листи з бажаннями збираються, і кожен учасник зачитує чужі бажання, відповідаючи на запитання про те, чи це бажання може виконати хтось інший або сама людина може зробити щось для його здійснення. Після цього відбувається обговорення, включаючи легкість вибору бажань, повноту обліку всіх важливих бажань та фактори, які можуть вплинути на їхню реалізацію.

Вправа «Місіс Мамбл». Мета цієї вправи полягає у створенні сприятливого психологічного клімату та позитивного настрою у групі. Учасники сидять у колі, і один гравець звертається до сусіда праворуч із фразою про пошук «місіс Мамбл». Питання передається по колу, гравці повинні уникати показувати зуби або сміятися. Якщо хтось порушує правила, він вибуває із гри. Після виконання вправи обговорюються складності виконання завдання, допомога інших учасників та фактори, що могли вплинути на результат.

Кожна з цих вправ спрямована на розвиток оптимізму, позитивного мислення та здатності знаходити позитивні аспекти у різних життєвих ситуаціях.

Заняття 4. Вправа «Гірська вершина». Мета цієї вправи – досягнення розслаблення та зняття напруги за допомогою навчання методам медитації через візуалізацію.

1. Підготовка до вправи:

- Зручно сядьте та заплющте очі.
- Зробіть глибокий вдих та повільний видих.
- Оцініть своє становище: чи зручно вам сидіти, чи опущені плечі, чи зручно розташовані руки та ноги.

- Дихайте спокійно і рівно, серцебиття має бути ритмічним.

2. Візуалізація:

- Уявіть себе біля підніжжя величної гори, як Памір, Тибет або Гімалаї.
- Подивіться на засніжені вершини, що ховаються в хмарах.
- Відчуйте бажання піднятися на вершину, але без необхідності дертися, тому що ви можете літати.

- Уявіть орла, що ширяє над скелями. Раптом ви стаєте цим орлом, розправляєте крила і легко ковзаєте повітряними потоками.

- Спостерігайте за хмарами під вами та розглядайте найдрібніші деталі на землі: дерева, будинки, людей.

- Сприймайте звуки вітру, крики птахів, відчувайте прохолоду та пружність повітря, яке підтримує вас у польоті.

- Відчуйте дивне почуття польоту, свободи та сили.

- Виберіть вершину та спустіться на неї, щоб оглянути світ з висоти, усвідомлюючи, що ваші проблеми здаються дрібними та незначними.

- Подумайте, чи варто витратити стільки енергії та переживань на хвилювання, які вас турбували.

- Скористайтеся спокоєм та силою, які дарує висота, щоб зрозуміти суть речей та знайти вирішення проблем.

3. Завершення:

- Зробіть паузу для відпочинку та повернення до реальності.- Знов відчуєте почуття польоту та його дивовижність.

- Попрощайтесь з орлом, подякувавши йому за нове сприйняття світу.
- Розплющте очі і поверніться в реальний світ із позитивними емоціями

від вправи.

4. Обговорення:

- Проведіть зворотний зв'язок із учасниками, обговоривши їх почуття, думки та переживання під час вправи.

Вправа «Крокодил». Мета вправи – розвиток групової згуртованості та розминка.

1. Підготовка:

- Розділіть учасників на дві команди.

2. Гра:

- Одна команда вигадує слово, стан, настрій чи почуття та передає його одному з учасників іншої команди.

- Вибраний учасник повинен передати повідомлення своїй команді лише жестами та мімікою, не використовуючи слів.

3. Обговорення:

- Після виконання вправи обговоріть, що було складним чи легким, що сподобалося чи не сподобалося учасникам.

Висновок:

Кожна з цих вправ спрямована на досягнення розслаблення, зниження напруги та розвиток здатності до медитації через візуалізацію. Вони допомагають учасникам бачити проблеми з нової, вищої точки зору, що сприяє спокою та ясності мислення.

Заняття 5. Турбота про себе. Мета – аналіз та узагальнення шляхів турботи про себе.

- Уникайте кофеїну:

Обмежте споживання кави, чаю та інших напоїв з кофеїном, оскільки вони можуть посилювати тривогу, порушувати сон і провокувати напади паніки.

- Харчування:

Регулярно їжте невеликими порціями протягом дня, щоб підтримувати рівень цукру в крові стабільним. Утримування від їжі може викликати тривогу та дратівливість.

- Структурування життя:

розподіляйте завдання так, щоб не перевантажувати себе. Зосередьтеся на виконанні одного завдання за один раз.

- Методи релаксації:

Навчіться релаксувати за допомогою музики, прогулянок, читання, спорту, йоги або прийняття ванни.

Опора на інших:

- Спілкування: У моменти тривоги зверніться за підтримкою довірених людей: чоловіка, друга чи психолога. Обговорення проблеми з кимось допомагає знизити почуття безсилля та самотності.

- Розрішення конфліктів: Якщо ви турбуєтеся через сварку, поговоріть з нею незалежною від конфлікту людиною, яка допоможе вам побачити ситуацію з боку і знайти вихід.

Розумне планування:

- Розклад: Складіть розпорядок дня та дотримуйтесь його. Організм швидко адаптується до регулярного розкладу, що допомагає знизити стрес.

- Сон: Зверніть увагу на ознаки втоми та прагнете висипатися. Нестача сну може посилювати тривогу, тому важливо відпочивати достатньо.

Уміння проживати у невизначеності:

- Прийняття невизначеності: Усвідомте, що спроби контролювати всі аспекти життя можуть посилювати тривожні відчуття. Навчайтеся поступово звикати до стану невизначеності, починаючи з коротких практик уваги до своїх емоцій та реакцій.

- Усвідомлення обмежень: Розуміння того, що багато аспектів життя не піддаються нашому контролю, допомагає знизити тривогу та прагнути більш гармонійних рішень.

Ці методи спрямовані на покращення якості життя, зменшення тривоги та розвиток кращого розуміння себе у різних життєвих ситуаціях. Почніть вчитися справлятися зі станом невизначеності поступово, починаючи з хвилини на день. Звертайте увагу на свої почуття у моменти невизначеності: що ви відчуваєте – безсилля, гнів, тривогу, страх тощо. Здатність перебувати у стані невизначеності є ключем до зменшення тривоги.

Опора на тіло. У моменти тривоги важливо звертатися до свого тіла, оскільки негативні думки можуть викликати страх. Зосередьтеся на своєму диханні та відчутті опори ніг. Відчуйте, як стопи торкаються землі, переважно у зручному взутті чи без взуття, особливо коли тривога сильна. Глибокі вдихи та видихи допоможуть знизити інтенсивність хвилювання та запобігти гіпервентиляції, що викликає запаморочення, задишку та оніміння рук та ніг. Глибоке дихання з використанням діафрагми допомагає усунути ці фізіологічні симптоми та спокій.

Подолання негативного мислення. Негативне мислення та очікування найгірших результатів можуть бути причиною тривоги. Вони можуть посилювати тривожні відчуття, створюючи внутрішню картину світу, де очікується лише погане. Ці ірраціональні та песимістичні погляди відомі як когнітивні спотворення, які не завжди усвідомлюються та не легко усуваються. Вони часто стають частиною автоматичного мислення.

Прогресивна м'язова релаксація. Коли вас охоплює тривога, прогресивна релаксація м'язів допомагає зняти напругу і взяти паузу. Цей метод включає систематичну напругу та подальше розслаблення різних груп м'язів, що також сприяє розслабленню мозку.

Регулярні заняття релаксацією. Регулярні заняття релаксацією тривалістю в півгодини мають такий позитивний вплив: знижують частоту серцевих скорочень; зменшують кров'яний тиск; нормалізують дихання; покращують кровопостачання основних груп м'язів; знімають м'язову напругу; усувають фізичні симптоми стресу, такі як головний біль та біль у спині; заряджають

енергією; підвищують концентрацію уваги; надають сили для більш ефективного подолання проблем.

Релаксація за методом Джекобсона. Техніка релаксації за методом Джекобсона ґрунтується на зв'язку між тривогою та її фізіологічними проявами, такими як м'язова напруга. М'язова напруга є природною реакцією організму на стрес, що готує його до боротьби чи втікання. Стан тривоги часто супроводжується напругою м'язів. Ендмунд Джекобсон, американський лікар, зазначив, що шляхом усунення м'язової напруги можна знизити й інші прояви тривоги, включаючи емоційну напругу. Цю техніку можна виконати лише за 2 хвилини, вона підходить для використання у транспорті або на робочому місці. Виконання техніки.

Регулярні тренування двічі на день сприяють зниженню рівня тривоги та прискоренню одужання, навчають швидко впоратися з тривожними атаками за потреби.

1. Під час цієї вправи слід чергувати напругу та розслаблення м'язів. У процесі вправи поступово збільшується сила напруги м'язів, потім вони різко розслабляються. Цю вправу найлегше освоїти з м'язами рук.

2. Сядьте прямо так, щоб спина торкалася спинки стільця, ноги були на підлозі, а руки лежали навколішки.

3. Можна виконувати вправу як із заплющеними очима для кращого розслаблення, так і з відкритими, якщо закриті викликають дискомфорт.

4. Почніть з м'язів кистей. Повільно, по черзі до 5, збільшуйте напругу у м'язах кистей.

5. На п'ятий рахунок різко розслабте м'язи кистей і відчуйте їхню розслабленість порівняно з напругою.

6. Повторіть вправу, напружуючи не тільки кисті, а й передпліччя.

7. Потім увімкніть м'язи плечей, передпліч, а потім і спини. Наприкінці вправи напружте всі м'язи рук та спини.

Після освоєння вправи з м'язами рук можна продовжити з м'язами ніг, живота і, зрештою, з шиї та обличчя. Слідкуйте за правильною поставою під час

виконання. Для посилення ефекту розслаблення можна уявити, що виконуєте вправу у місці, де відчуваєтеся найбільш комфортно та розслаблено, наприклад, на природі чи в дитинстві. Ця вправа може бути виконана у будь-який момент напруги – на роботі, у метро чи вдома. Регулярне виконання цієї вправи двічі на день допоможе знизити загальний рівень тривоги та прискорити процес одужання.

Техніка візуалізації. Техніка візуалізації заснована на розслабленні через уяву перенесення у мальовниче місце чи ситуацію. Важливо не лише візуалізувати образ місця, а й відчувати його запахи, звуки, освітлення та тактильні відчуття. Наприклад, представивши морське узбережжя, можна відчувати тепло сонця, прохолоду води та солоний смак, почути крики птахів та шум хвиль. Для цього потрібно заплющити очі та зайняти зручне положення.

Медитація також ефективно знижує тривогу. Дослідження показують, що регулярна практика медитації сприяє змінам у мозку, включаючи збільшення активності лівої сторони префронтальної кори, що відповідає за відчуття спокою та радості.

Заняття 6. *Актуалізація узагальнених підходів до зниження тривоги (попереднє заняття) та проведення практичних вправ.*

- Які методи зняття нервово-психічної напруги ви знаєте та використовували? Існує безліч способів зняття напруги: 1. Вправи та спортивні заняття. 2. Контрастний душ. 3. Домашні справи, такі як прання білизни та миття посуду. 4. Фізична активність, така як зім'яти газету і викинути її. 5. Творчі дії, наприклад, створення чогось із газети або забарвлення розвороту. 6. Музичні заняття, включаючи танці під різну музику. 7. Природні прогулянки або можливість покричати у спеціально підготовленій «коробці крику» тощо.

- Давайте спробуємо виконати кілька вправ.

Вправа «Прощавай, напруга!»:

Ціль: навчити учасників знімати напругу ефективним способом.

Інструкція: Зім'яти газетний лист, вклавши в це всю свою напругу. Зробити грудку якнайменше і одночасно кинути її в ціль на дошці.

Аналіз: Як ви почуваетесь після вправи? Чи вдалося позбутися напруги? Опишіть свої відчуття до та після виконання завдання.

Вправа «Дихальна релаксація»:

Ціль: зменшення емоційної напруги за допомогою дихальних технік.

Учасники приймають зручне положення, заплющують очі та зосереджуються на диханні. Ведучий пропонує робити вдих на чотири рахунки та видих на чотири рахунки, виконуючи 3-5 циклів.

Під час обговорення учасники відповідають на запитання: Як змінилося ваше становище після вправи? Чи стикалися ви з труднощами при виконанні дихальної релаксації?

Вправа «Храм тиші» спрямована на зняття емоційної напруги за допомогою візуалізації. Учасники сідають у зручне положення, заплющують очі та дотримуються інструкцій ведучого. Він описує вулицю міста з галасливими багатолюдними вулицями, де вони можуть помітити різні деталі довкілля та зустріти знайомі особи. Потім ведучий запроваджує візуалізацію храму тиші, відокремленого місця, де звуки та розмови не доходять. Учасники запрошуються відчинити двері храму, щоб поринути у повну та глибоку тишу, після чого вони можуть повернутися на вулицю.

Вправа «Малюнок у техніці нейрографіка» використовується для розкриття внутрішнього потенціалу та зміни негативних шаблонів поведінки. Нейрографіка дозволяє висловити переживання, тривоги та страхи через графічні образи, використовуючи базові фігури – кола, квадрати, трикутники та лінії. Цей метод допомагає покращити ставлення до проблем та налагодити контакт із внутрішнім світом без використання слів чи понять. У вправі «Малюнок у техніці нейрографіка» використовується специфічний метод роботи з емоційними станами через графічні образи. Коло в нейрографіці символізує центр, забезпечуючи відчуття безпеки та гармонії. Квадрат є символом надійності та організації, додаючи стабільність в композицію. Трикутник використовується для активації та додання енергії, руху графічного зображення. Лінія, як елемент нейрографіки, служить трансформації та індивідуалізації

малюнка, переносячи їх у чуттєву сферу.

Процес роботи включає кілька етапів:

1. Актуалізація проблеми: учасники думають про те, що саме турбує їх зараз і заважає їм насолоджуватися життям.
2. Оцінка рівня напруги: відмінність між поточними емоціями і тим, як вони почуватимуться після вирішення проблеми.
3. Виплеск емоцій на папері: учасники використовують ручку, щоб висловити свої емоції через швидкі та різкі лінії по всьому аркушу паперу.
4. Округлення гострих кутів: учасники знаходять кути малюнка, що символізують конфлікти, і плавно їх згладжують.
5. Інтеграція малюнка: зафарбовування позитивних зон малюнка, які викликають позитивні емоції, і подальше інтегрування їх із тлом для вирівнювання рівня напруги та пошуку вирішення проблеми.

Цей метод спрямований на зміну внутрішніх уявлень та шаблонів поведінки, допомагаючи краще зрозуміти та вирішити хвилюючі проблеми без використання слів та понять.

Етап №6: Створення силових ліній. На цьому етапі учасники промальовують по всьому аркуші паперу лінії високої напруги. Ці лінії символізують внутрішні стани та емоції, які можуть бути різними та інтенсивними.

Етап №7: Вербалізація проблеми. Учасники повторно оцінюють проблему, яка заважає їм насолоджуватися життям і з якою вони працювали через нейрографіку. Вони розглядають свої почуття та емоції, перевіряють, чи чіпляє їх ця життєва ситуація за живе, чи продовжують вони відчувати негативні емоції. Важливо пам'ятати, що процес малювання та перенесення проблеми на папір допомагає їм знаходити внутрішню гармонію та змінювати негативні нейронні зв'язки.

Заняття 7. Вправа «Біла кімната» (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг)

1) У цій вправі ви спостерігатимете за своєю свідомістю, представляючи його як білу кімнату, через яку проходять думки. Вправу можна виконувати у

будь-якому спокійному місці, сидячи чи лежачи. Заплющте очі і зробіть кілька глибоких вдихів. Дихайте повільно і рівно протягом усієї вправи.

2) Уявіть себе у білій кімнаті середнього розміру з двома дверима. (Замість кімнати можна уявити собі інший образ, наприклад, фунікулер або багажну стрічку в аеропорту.) Думки входять в одні двері і виходять через інші. Коли ідея з'являється, зосередьтеся на ній і постарайтеся класифікувати її як оцінну або безоцінну. Приклад оціночної думки: «На завтрашніх процедурах мені буде погано, всі помітять мій стан». Приклад безоцінної: «Я відчуваю страх перед завтрашніми процедурами, мені тривожно».

3) Розглядайте кожну думку уважно, з цікавістю та співчуттям, доки вона не піде. Не аналізуйте її, просто зауважуйте, оцінна вона чи ні. Не сперечайтесь з нею і не намагайтесь в неї вірити чи не вірити. Просто усвідомлюйте, що це думка, швидкоплинний момент вашої мозкової активності, випадковий гість вашої білої кімнати.

4) Зверніть увагу до оціночної думки. Вони намагатимуться заволодіти вами і змусити вас прийняти їхню оцінку. Суть вправи в тому, щоб помітити, наскільки «прилипливі» оцінні думки, як вони застряють у вашій свідомості і як складно їх позбутися. Ви зрозумієте, що думка болісна та оцінна, якщо вона довго затримується в білій кімнаті або викликає у вас емоції. 5) Зберігайте рівне дихання, ясний образ кімнати та дверей, стежте за думками та класифікуйте їх. Пам'ятайте, що думка це просто думка. Ви набагато більше за неї. Ви той, хто створює білу кімнату, якою проходять думки. У вас їхній мільйон, вони йдуть, а ви залишаєтесь. Думка не вимагає від вас жодних дій і не зобов'язує вас вірити у неї. Думка – це не ви.

6) Просто спостерігайте, як думки проходять крізь білу кімнату. Дозволяйте їм прожити їхнє недовге життя і кажіть собі, що вони мають право на існування, навіть оціночні.

7) Визнайте ваші думки, дозволяйте їм йти, коли настає час, і будьте готові зустріти нові – одну за одною.

Продовжуйте виконувати цю вправу, доки не відчуєте, що по-справжньому

дистанціювалися від своїх думок. Практикуйте його, поки навіть оціночні думки не пройдуть через кімнату, не затримуючись.

Вправа «Повага до свого тіла» (І. Малкіна-Пих)

1. Розділіть аркуш паперу навпіл, щоб вийшло дві колонки, або складіть його в довжину. В одній колонці перерахуйте двадцять особливостей, які ви цінуєте у своєму тілі: довга шия, сильні плечі, густе волосся, хороша система травлення, широкий таз, що полегшує пологи, сильні руки, великі груди, гарний зір, прекрасна координація, витончені пальці, витривалість і т. д. Якщо двадцять особливостей занадто багато, напишіть десять, п'ять або хоча б дві. В іншу колонку внесіть одну особливість, яку ви не любите у своєму тілі. Погляньте на ваш список і постарайтеся більше цінувати своє тіло, ніж засуджувати його.

2. Якщо вам важко скласти такий список, спробуйте створити позитивне твердження про своє тіло, навіть якщо воно здається дивним, наприклад: «Я люблю свій живіт». Потім запишіть кожне протилежне йому критичне твердження, доки вичерпаєте всі негативні думки. Після цього повторіть позитивне твердження та постарайтеся додати ще одне.

3. Сидячи або лежачи, заплющити очі і уважно пройдіться думками по своєму тілу зверху вниз і знизу вгору. Чи є частина, яку ви пропустили чи відкинули? Чи є область, яку ви не відчуваєте чи вважаєте неприємною? Зверніть увагу на цю область. Зауважте її відмінні риси: колір, звук, вигляд, температуру, будову, щільність, напругу або інші відчуття.

4. На кожному вдиху наповнюйте серце енергією з будь-якого священного джерела, в яке ви вірите; на кожному видиху спрямовуйте любов із серця у відкинуту чи нечутливу область. Продовжуйте дихати, доки не помітите змін. Чи відчуваєте ви, що стали м'якшими? Чи відчуваєте ви співчуття до себе? Чи змінилися колір, якість, образ чи відчуття відкинутої області?

5. Переходьте до тієї єдиної особливості, яку ви внесли у праву колонку. Поступово працюйте з нею, відповідаючи на такі запитання: чому вона вам не подобається (це нав'язано суспільством, пов'язано з душевною травмою чи ще щось)? Чи варто щось із цим робити? Чи будете ви собою, якщо змініте цю

особливість? Після цього можете починати повільно змінювати цю особливість, якщо це потрібно.

Вправа 6. «Справляємося з тривогою»

1. Знайдіть відокремлене місце, де вас ніхто не побачить.
2. Зверніть увагу на своє дихання, ймовірно, через тривогу ви затримуєте дихання. Спробуйте дихати глибоко протягом 30-40 секунд у зручному для вас темпі, але рівно.
3. Встаньте у стійку позу, поставивши ноги так, ніби це коріння дерева. Відчуйте, як ви сильно стоїте на землі, і ваші ступні щільно прилягають до підлоги. Це допомагає тілу та психіці відчувати безпеку. Утримуйте це положення 30-40 секунд.
4. Розслабте тіло, зробивши його «гумовим». Нахилитися, опустивши і розслабивши руки, шию та торс. Знайдіть комфортне положення і похитайте.
5. Поступово випростайтеся і добре струсніться. Коли ми турбуємося, організм мобілізується, і тіло може почати тремтіти. Якщо немає можливості виконати весь цей цикл, зробіть хоча б одну вправу – те, що зараз найзручніше.

Заняття 8. Вправа «Справляємося з тривожними думками»

Ця техніка полягає у пошуку альтернативних тверджень вашим тривожним думкам. Альтернативні твердження допомагають знизити тривогу та зосередитися на виході зі складної ситуації.

Спробуйте скласти таблицю, що стосується ваших переживань, що складається з наступних граф: 1. Страхлива подія. 2. Мимовільні думки. 3. Ймовірність (від 0 до 100%). 4. Рівень тривоги (1-100). 5. Альтернативні варіанти. 6. Ймовірність (нове значення, від 0 до 100%). 7. Рівень тривоги (нове значення, 1-100).

Важливо, щоб альтернативне твердження містило реалістичну оцінку ймовірності найгіршого розвитку подій і показувало, що страх не такий вже й виправданий. Ви можете обговорити варіанти проти з близькими.

Вправа «Робота зі сновидіннями» (Я. Старак, Т. Кей, Д. Олдхейм)

1. Якщо сон довгий, виберіть для роботи його частину. Це може бути

найбільш інтригуюча або значна частина сновидіння.

2. Вирішивши, з якою частиною працювати, спробуйте деякий час ототожнюватися з кожним із персонажів. Почніть із живих персонажів. Навіть якщо вам здається нелогічною їхня здатність говорити (наприклад, у немовляти), говоріть за них.

3. Деякий час ототожнюйтеся з кожним із персонажів сну і подивіться, наскільки вони відповідають вашій особистості або вашій поведінці.

4. Дозвольте собі відчути переживання кожного з персонажів, навіть якщо ці почуття здаються вам чужорідними, невластивими чи неприємними. Наприклад, якщо ви ніколи не відчуваєте смертельної люти у звичайному житті чи жорстокості, спробуйте висловити ці почуття через персонажів, створених вами уві сні. Ідентифікувавшись із цими частинами, ви зможете відчути, скільки сил та енергії витрачаєте, щоб відмовитися від їхнього визнання.

5. Не тільки живі персонажі ваших снів уособлюють ваші проєкції, те саме роблять тварини та неживі предмети, які ви бачите уві сні. Спробуйте провести такий самий процес ідентифікації з ними.

Вправа «Золота тінь» Ця вправа допомагає виявити свою «золоту тінь», усвідомити її вплив та інтегрувати в життя, щоб спиратися на неї при виконанні складних завдань.

Інструкція: Згадайте людину, якою ви захоплюєтеся, і чиї якості та навички (вміння) ви хотіли б мати. Перерахуйте та опишіть їх.

Згадайте якнайбільше ситуацій, коли у вас виходило щось подібне. Як ви себе почували, володіючи цією якістю чи навичкою та реалізуючи її?

Що допомагало вам виявляти цю якість чи навичку? Що відбувалося всередині вас, коли ви швидко викликали ці якості чи навички до життя?

Що може допомогти вам частіше виявляти ці якості чи навички? Як досягти такого стану? Що можна зробити найближчим часом?

У кожній людині живе внутрішній образ – внутрішній батько, внутрішній рятувальник та інші персонажі. Ці постаті вступають у взаємодію та проєктуються зовні, виявляючись у відносинах. Наведені вище вправи

допомагають побачити в собі ці образи і працювати з ними, щоб вони не заважали нам реалізовувати наш потенціал.

Вправа «Робота з внутрішніми ресурсами»

Ця вправа допомагає виявити та привласнити внутрішні ресурси, необхідні підтримки дієздатності в стресових ситуаціях, і навіть повернути віру у себе та свої сили.

Інструкція: Згадайте ситуацію, в якій вам удалося досягти мети розвитку.

Опишіть, що (які ваші особливості, таланти, навички, знання, стосунки з іншими людьми тощо) допомогло вам досягти цього.

Як ви почували себе, досягнувши мети?

Згадайте цю історію ще раз і спробуйте ще щось помітити, що допомогло вам у той момент.

Опишіть поточну мету розвитку.

Як ваші таланти, ресурси, особливості, перелічені в пунктах 2 і 4, можуть допомогти вам досягти цієї мети? Як це буде виглядати?

Яких кроків можна зробити найближчим часом?

Вправа «Прощання» спрямована на обговорення результатів проходження програми: що вдалося, що ні, та які почуття виникли після її виконання.

Таким чином, розроблено корекційну програму, спрямовану на подолання високого рівня тривожності, яка містить техніки когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арт-терапевтичних методів для роботи з негативним мисленням, диханням, сновидіннями, внутрішніми ресурсами, техніки релаксації та медитації, нейрографіки.

3.2 Аналіз результатів формувального етапу дослідження тривожності жінок у період ЕКЗ

Після проведення корекційної програми було проведено повторне дослідження тривожності жінок експериментальної групи з використанням розробленого комплексу тестових психодіагностичних методик: для діагностики загального рівня тривожності – методика вимірювання рівня тривожності

Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова), ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) – тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШПРОТ), рівня невротизації – методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко), депресивних станів – методика діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової).

У формульованому дослідженні приймали участь 25 осіб жіночої статі, які почали проходити програму екстракорпорального запліднення, дали згоду на участь в експерименті та склали експериментальну групу. Жінки проживають у різних регіонах України, віковий ценз – від 29 до 46 років.

Результати дослідження проведеного за допомогою методики вимірювання рівня тривожності Тейлора в експериментальній групі до та після експерименту наведено у таблиці 3.11:

Табл. 3.11

Загальні результати визначення рівня тривожності за методикою «вимірювання рівня тривожності Тейлора» після експерименту

вибірки	Загальні результати тривожності	рівень
	середній бал	
ЕГ до експерименту	38,8	Високий
ЕГ після експерименту	24,4	Вище середнього

Динаміку тривожності в експериментальній (ЕГ) групі після експерименту візуально можемо побачити на рис.3.19:

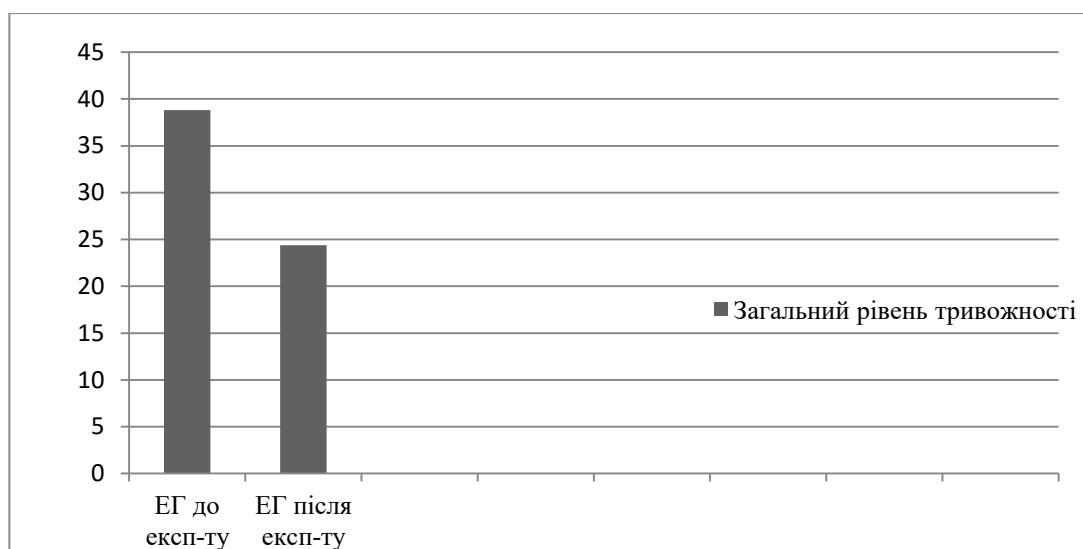


Рис. 3.19 Динаміка тривожності в експериментальній (ЕГ) групі після експерименту (середній бал) за методикою «вимірювання рівня тривожності Тейлора»

Як вбачимо, високий рівень тривожності значно знизився до рівня вище середній у експериментальній групі.

Методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ)) дозволяє оцінити два типи тривожності: особистісну та ситуативну (реактивну). Особистісна тривожність визначається як відносно стала характеристика особистості.

У той час як реактивна тривожність є станом, що виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію. Якщо особистісна тривожність характеризується стабільністю, то реактивна тривожність може значно змінюватись за часом і ступенем вираженості.

Дослідження динаміки особистісної тривожності проводилося за допомогою методики «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна (ШРОТ). Результати, отримані в експериментальній групі, наведено у таблиці 3.12:

Таблиця 3.12

Динаміка рівня тривожності за методикою «Шкала реактивної і

особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна

вибірка	Показники тривожності	Результати	
		Середній бал	Рівень
ЕГ до експерименту	Ситуативна	65,4	Високий
	Особистісна	56,6	Високий
вибірка	Показники тривожності	Результати	
		Середній бал	Рівень
ЕГ після експерименту	Ситуативна	50,3	Високий
	Особистісна	42,8	Середній

Експериментальна група має загальні виражені тенденції до зниження кількісних значень високого рівня як особистісної тривожності, так і ситуативної, хоча при цьому сам рівень ситуативної тривожності не змінюється.

Динаміка показників особистісної та ситуативної/реактивної тривожності ЕГ до та після експерименту відображена на рис. 3.20:

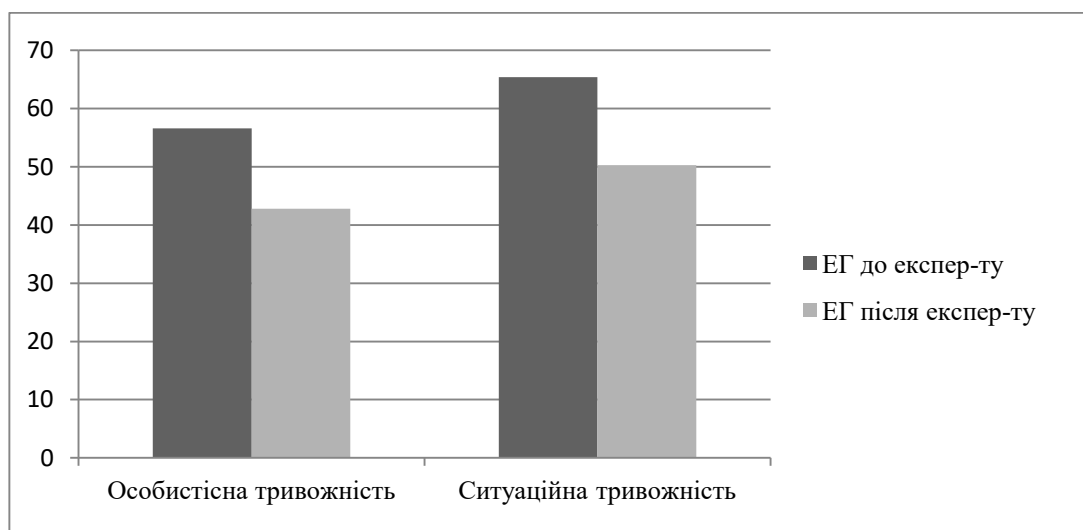


Рис. 3.20 Динаміка показників особистісної та ситуативної/реактивної тривожності ЕГ до та після експерименту (методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера – Ханіна)

Як бачимо з рис. 3.20, у жінок ЕГ спостерігаються загальні виражені тенденції до зниження кількісних значень високого рівня як особистісної тривожності, так і ситуативної, хоча при цьому сам рівень ситуативної тривожності не змінюється.

Для вивчення динаміки рівня невротизації жінок ЕГ, які проходять процедуру ЕКЗ, нами використано методику діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко). Результати формувального експерименту, проведеного за допомогою методики діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана в експериментальній групі наведено у табл.3.13:

Таблиця. 3.13

**Динаміка рівня невротизації експериментальної групи після
формуючого експерименту**

вибірки	Рівень невротизації	рівень
	середній бал	
ЕГ до експерименту	24,5	Високий
ЕГ після експерименту	19,4	Середній

Динаміка рівня невротизації у експериментальної (ЕГ) групи ярко виражена та відповідає середньому рівню після проведення корекційної програми в порівнянні з високим рівнем до її проведення. Візуально різницю можемо побачити на рис.3.21:

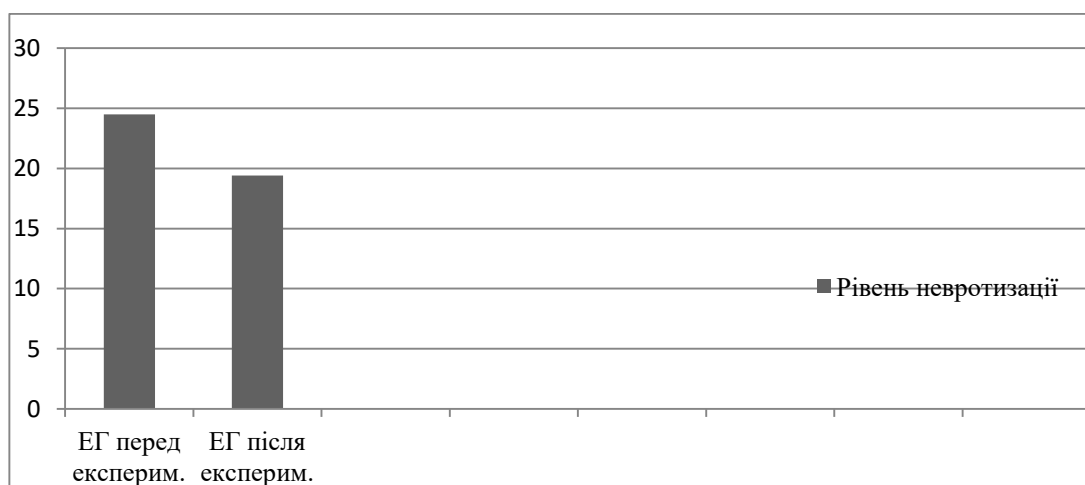


Рис. 3.21 Динаміка рівня невротизації у експериментальної (ЕГ) групи (за середнім балом до та після корекційної програми) за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана

Як бачимо, обидві вибірки мають високий рівень невротизації, але за середнім балом спостерігається у експериментальної групи вище значення

показника.

Динаміка депресивних станів вивчалася за допомогою методики діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової). Результати дослідження депресивних станів в експериментальній групі жінок до та після формуючого експерименту наведено у таблиці 3.14:

Таблиця 3.14

**Динаміка результатів дослідження депресивних станів ЕГ
(методика діагностики депресивних станів Зунге)**

вибірка	Динаміка рівнів депресивних станів	рівень
	середній бал	
ЕГ до експерименту	65,2	Субдепресивний стан або маскована депресія
ЕГ після експерименту	53,4	Легка депресія ситуативного або невротичного генезу

Експериментальна (ЕГ) група за показником середнього балу до проведення експерименту мала субдепресивний стан або масковану депресію. Після проведення експерименту показник знизився та відповідає рівню легкої депресії ситуативного або невротичного генезу. Візуально різницю між результатами ЕГ до та після експерименту можна побачити на рис.3.22:

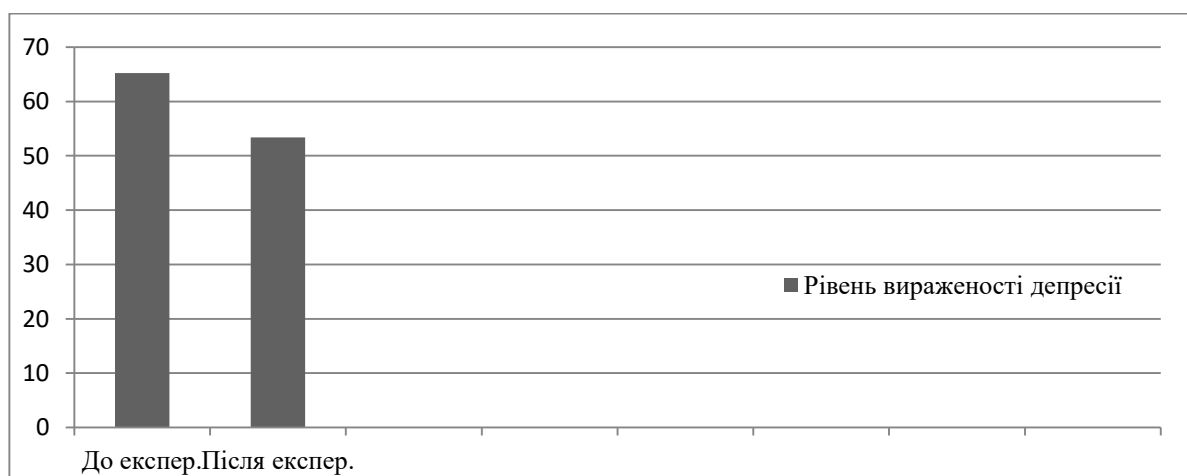


Рис. 3.22 Динаміка результатів дослідження (за середнім балом) депресивних станів (методика діагностики депресивних станів Зунге ЕГ)

Як вбачимо, експериментальна група до проведення експерименту мала субдепресивний стан або масковану депресію (за середнім балом), після

проведення експерименту показник знизився та відповідає рівню легкої депресії ситуативного або невротичного генезу.

Для перевірки вірогідності різниці середніх в експериментальній групі до та після проведення формуючого експерименту з метою визначення ефективності корекційної програми, ми використали метод t-критерію Стюдента, який реалізовано за допомогою програми SPSS.

Статистично значущі відмінності виявлено між показниками психоемоційних станів експериментальної групи до та після проведення корекційної програми, узагальнено та подано у табл. 3.15:

Таблиця 3.15

Статистичні показники тривожності експериментальної групи

Показники тривожності	Експериментальна група		t- критерій Стюдента	
	До експерименту (n=25)	Після експерименту (n=25)		
	Mean		показник критерію	рівні значущості розбіжностей
Тривожність («Шкала проявів тривоги Ж.Тейлор»)	38,8	24,4	5,67	значущі (p<0,001)
Особистісна тривожність («Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна»)	56,6	42,8	4,54	значущі (p<0,001)
Реактивна (ситуаційна) тривожність («Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна»)	65,4	50,3	3,97	значущі (p < 0,01)
Невротизація («методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана»)	24,5	19,4	2,04	значущі (p < 0,05)
Депресивність («методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге»)	65,2	52,4	3,89	значущі (p < 0,01)

Як видно з результатів таблиці 3.15, статистично значуща різниця виявлена на різному рівні значущості між всіма показниками: загальна тривожність

знизилася з високого рівня до рівня вище середнього ($38,8 \rightarrow 24,4$; $p < 0,001$); особистісна тривожність – з високого до середнього рівня ($56,6 \rightarrow 42,8$; $p < 0,001$), тоді як реактивна (ситуаційна) тривожність залишилася на високому рівні, але кількісний аналіз свідчить про суттєве зниження, яке підтверджується статистичним аналізом, відповідно до якого зафіксовано зниження на статистично значущому рівні ($65,4 \rightarrow 50,3$; $p < 0,01$); невротизація знизилася з високого до середнього рівня ($24,5 \rightarrow 19,4$; $p < 0,05$); депресивність теж знизилася на один рівень – перед проведенням корекційної програми у жінок ЕГ діагностовано субдепресивний стан або маскована депресія, після програми – легка депресія ситуативного або невротичного генезу ($65,2 \rightarrow 52,4$; $p < 0,01$), що свідчить про успішну апробацію корекційної програми, ефективність якої доведена.

Для підтвердження результатів формувального експерименту та виключення впливу випадкових зовнішніх факторів на них, нами проведено повторне дослідження, спрямоване на визначення змін показників тривожності контрольної групи (КГ), тобто жінок, які приймають участь у процедурі ЕКЗ, але не приймали участь в експерименті (не були учасниками корекційної програми) за допомогою психодіагностичного комплексу, первинні результати якого наведено у п.2.2.

Для перевірки вірогідності різниці середніх в контрольній групі, яка не приймала участь в експерименті, до та після проведення формуючого експерименту в експериментальній групі, одночасно з її учасниками, пройшли психодіагностичне дослідження й учасники контрольної групи.

Результати виявлення статистично значущих відмінностей між показниками тривожності (на початку та після проведення корекційної програми в експериментальній групі) в контрольній групі узагальнено та подано у табл. 3.16:

Таблиця 3.16

Статистичні показники тривожності контрольної групи

Показники тривожності	Експериментальна група		t- критерій Стьюдента	
	До експерименту (n=25)	Після експерименту (n=25)		
	Mean		показник критерію	рівні значущості розбіжностей
Тривожність («Шкала проявів тривоги Ж.Тейлор»)	37,4	39,81		значущі (p < 0,05)
Особистісна тривожність («Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна»)	53,9	52,82	1,02	незначущі
Реактивна (ситуаційна) тривожність («Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна»)	61,8	69,01	4,08	значущі (p < 0,01)
Невротизація («методика діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана»)	22,9	26,23	3,14	значущі (p < 0,05)
Депресивність («методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге»)	63,4	62,04	0,97	незначущі

Як видно з результатів таблиці 3.16, в контрольній групі (учасники не приймали участь в корекційній програмі) особистісна тривожність та депресивність не виявили статистично значущої різниці, тоді як загальний рівень тривожності (37,4→ 39,81; p < 0,05), реактивна (ситуаційна) тривожність (61,8→ 69,01; p < 0,01) та невротизація (22,9→ 26,23; p < 0,05) виявили статистичну значущу різницю у зв'язку з тим, що ці показники підвищилися в межах своїх рівнів.

Таким чином, результати статистичної обробки результатів дослідження однозначно свідчать про ефективність розробленої корекційної програми, спрямованої на подолання тривожності жінок, які приймають участь в ЕКЗ та необхідність її впровадження як складової психологічного супроводу жінок в період ЕКЗ, що впливатиме й на ефективність ЕКЗ в цілому.

3.3 Рекомендації щодо застосування психологічних експрес-підходів управління тривогою для жінок, які проходять ЕКЗ

Тривога – природне почуття, яке періодично відвідує кожну людину. Однак надмірна тривожність може суттєво порушити якість життя. Подолати цей стан не завжди легко. У таких ситуаціях корисно знати прості вправи, які допоможуть швидко зняти напругу та досягти полегшення. Ці вправи можна виконувати в будь-якому місці і в будь-який час, їхня головна мета – сприяти швидкому розслабленню та заспокоєнню.

Тривожні стани знайомі кожному з нас. Хто не відчував хвилювання, нервозності, занепокоєння чи напруженості? Всі ці слова можна використовувати як синоніми для опису відчуттів, пов'язаних із тривогою. Ми часто говоримо про те, що «багато тривоги», шукаємо способи її зняття, досліджуємо поради щодо управління тривожністю.

Однак чи варто думати про тривогу тільки як про щось негативне і необхідне для позбавлення? Насправді, тривога – лише одна з численних емоцій, доступних людині, так само як радість, подив чи смуток. У психології давно відомо, що людина здатна переживати понад 500 різних емоційних станів. Тривога не є винятком.

Тривога, як та інші емоції, може бути корисною у певних ситуаціях. Наприклад, вона допомагає нам бути уважнішими до важливих речей, уникати небезпек чи робити більш усвідомлені рішення. Історично, тривога допомагала древнім людям виживати у небезпечних умовах, й у світі вона зберігає свою еволюційну цінність.

Тому важливо переглядати наше ставлення до тривоги. Замість розглядати її як щось лише негативне, можна почати сприймати тривогу як природну частину людського досвіду. Це дозволяє нам ефективніше керувати її проявами і не допускати, щоб тривога заважала нам жити повноцінним життям.

Техніки та вправи з управління тривогою можуть виявитися корисними, оскільки вони допомагають працювати з тривожними думками, фізичними відчуттями та поведінкою. Це підходить для самостійного застосування та не вимагає спеціальних знань чи часу на психотерапію.

Вправи для думок

Одним із ефективних способів роботи з тривогою через думки є техніки дистанціювання від власних думок, також відомі як «деф'южен» або «розчеплення» від думок. Основна мета таких вправ – розглядати свої думки з боку та усвідомити, що вони є лише фразами, які не завжди відповідають реальності. Ось приклад такої техніки:

Уявіть, що ваші думки – це написи в кінці фільму, що плавно йдуть вниз екрану.

Щоразу, коли з'являється нова думка, спостерігайте, як вона повільно зникає з верхньої частини екрана вниз.

Просто слідкуйте за потоком своїх думок, не прагнучи їх оцінювати чи змінювати. Які зміни ви помічаєте у своєму емоційному стані?

Перерив тривожного мислення: Іноді складно чітко мислити у стані тривоги. Переривання циклу тривожних думок дозволяє повернути ясність розуму та правильно реагувати на ситуації. Це можна зробити, співати пісню про свої тривоги в оптимістичному тоні, розмовляти про них смішним голосом або фокусуватися на приємних думках, таких як кохана людина або майбутня приємна подія.

Вправи для тіла

Під час тривоги фізичні відчуття можуть бути настільки неприємними, що стають джерелом додаткового занепокоєння. Для того, щоб уникнути зайвого фокусу на цих відчуттях, корисні вправи на «заземлення» – повернення в даний момент і відновлення контакту з навколишнім середовищем. Ось приклад такої техніки:

Уважно огляньтеся навколо і назвіть п'ять предметів, які ви бачите в даний момент.

Потім зверніть увагу на чотири різні звуки навколо вас і назвіть їх.

Сфокусуйтеся на своєму тілі та опишіть для себе три відчуття, наприклад, як сидите чи стоїте.

Зауважте і назвіть два запахи, які ви відчуваєте зараз.

Нарешті, зверніть увагу на смак у роті та опишіть його.

Вправи для активації поведінки

Наші емоції, думки та поведінка взаємопов'язані, і зміни в одному з цих аспектів можуть вплинути на інші. Простий спосіб зниження тривоги – активація поведінки. Ось кілька кроків для цього:

Уявіть, що у вас є чарівна паличка, яка може одразу знизити вашу тривогу.

Які дії ви зробили б зараз, якби відчували себе вільно від тривоги?

Запишіть невеликий список простих речей, які вам цікаві та які ви хотіли б робити частіше.

Виберіть найпростішу дію з цього списку, яку ви можете зробити сьогодні або найближчими днями.

Зверніть увагу, як зміниться ваш настрій та мислення після виконання цієї дії.

Дихальні вправи

Дихальні вправи є ефективну техніку як зниження поточного нападу тривоги, так запобігання її наростання. Існує безліч підходів, включаючи такі:

- Покладіть долоні на живіт і почніть повільно вдихати та видихати, рахуючи до 10.

- Зосередьтеся на глибокому вдиху, за яким слідує видих удвічі довше вдиху, не думаючи про події, що викликають негативні емоції.

- Кілька разів швидко вдихніть носом, а потім зробіть довгий видих через рот.

Ці вправи можна виконувати щодня як профілактику або використовувати у разі потреби швидкої допомоги.

Діафрагмальне дихання

Освоєння дихання через діафрагму, на відміну поверхневого дихання через груди, є важливим кроком зниження тривожності. При правильному діафрагмальному диханні вдих призводить до розширення живота, оскільки повітря наповнює легені, діафрагма спускається вниз. Під час видиху діафрагма піднімається, живіт втягується, що допомагає ефективно управляти тривожними

станами.

1. Почергове дихання ніздрями (Наді Шодхана):

Методика почергового дихання ніздрями, відома як Наді Шодхана, є традиційною технікою йоги, здатною знижувати артеріальний тиск та покращувати концентрацію уваги. Людина закриває одну ніздрю, вдихаючи через іншу, а потім перемикається на видих через першу. Ця практика рекомендується виконувати у сидячому положенні, поклавши ліву руку на ліве коліно. Важливо стежити за станом здоров'я: якщо виникає запаморочення, потрібно повернутись до нормального дихання.

2. Дихання зі стиснутими губами:

Техніка дихання зі стиснутими губами допомагає контролювати дихання, роблячи його більш повільним та керованим. Це корисна вправа для зняття тривожності, особливо ефективна для людей із захворюваннями легень, такими як емфізема або хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Рекомендується сидіти у зручному положенні, розслабивши шию та плечі, і повільно вдихати через ніс, а потім рівномірно видихати через стислі губи.

3. Дихання з резонансною частотою:

Ця техніка, відома як когерентне дихання, сприяє зниженню тривожності та створенню розслабленого стану. Рекомендується лежати із заплющеними очима і повільно вдихати через ніс, рахуючи до шести, а потім повільно видихати через рот, також рахуючи до шести. Вправу слід повторювати до 10 хвилин, після чого важливо залишатися нерухомим та зосередженим на своєму самопочутті.

4. Дихання для зняття тривоги:

У моменти тривожного нападу часто виникають прискорений пульс, підвищене дихання та надмірне потовиділення, іноді з запамороченням. Контроль над диханням може значно допомогти як тілу, і розуму. Для цього слід знайти тихе місце та сісти. Однією рукою покласти на груди, а іншою на живіт. При глибокому вдиху живіт повинен підніматися більше ніж груди. Повільно вдихати через носа і видихати через рот. Повторювати вправу не менше 10 разів або доти, доки не відчується зменшення тривоги.

5. Проста дихальна вправа:

Просту вправу можна виконувати в положенні стоячи, сидячи або лежачи. Необхідно розслабити одяг, вибрати зручне положення тіла і повільно вдихати через ніс, рахуючи до п'яти, а потім повільно видихати через рот, також рахуючи до п'яти. Вправа рекомендується повторювати протягом 3-5 хвилин для досягнення максимального ефекту.

6. Прогресивне розслаблення м'язів:

Дослідження показали, що вправи прогресивного розслаблення м'язів ефективні у зниженні рівня внутрішньої тривожності та покращенні якості сну у людей, які страждають від COVID-19. Лежачи на спині, необхідно по черзі напружувати та розслабляти різні групи м'язів тіла, починаючи з грудей, спини та закінчуючи ногами та плечима.

Розслаблення м'язів: Напруга у м'язах часто супроводжує стан тривоги. Розслаблюючи м'язи, можна знизити рівень тривоги. Для цього сісти у зручне місце, заплющити очі та зосередитися на диханні. Вдихати через ніс та видихати через рот. Стиснути руку в кулак на кілька секунд і повільно відкрити пальці. Повторювати для різних груп м'язів, рухаючись тілом вгору або вниз.

Ці вправи на дихання та розслаблення м'язів є доступними та ефективними методиками для управління тривожністю та підвищення загального благополуччя.

Медитативні техніки

Медитація – відмінний спосіб розслабитися, відволіктися від негативних думок, зняти напругу та покращити здатність керувати емоціями. Регулярні заняття медитацією сприяють поліпшенню самопочуття та підвищенню впевненості у собі.

Основне правило медитації – це регулярна практика у спокійній обстановці. Це дозволяє організму розслабитися і перейти на певний рівень активності мозку, що сприяє гармонізації емоційного стану.

Візуалізація для розслаблення: Коли тривога нарастає, корисно сісти в затишне місце та візуалізувати ідеальне місце відпочинку. Це може бути реальне

чи вигадане місце, що наповнює почуттям спокою, безпеки та затишку. Важливо уявити деталі: запахи, пору року, освітлення. Заплющивши очі, повільно і регулярно вдихати через ніс і видихати через рот до появи відчуття умиротворення. Відвідувати це "щасливе місце" можна в кожний момент тривоги.

Аутогенні тренування

Аутогенні тренування є ефективним способом поліпшити як психологічний, і фізичний стан. Вони сприяють зняттю психологічного напруження, зменшенню тривожності, підвищенню працездатності та поліпшенню настрою.

Для початку аутогенних тренувань рекомендується зайняти зручну позицію, розслабитися та заплющити очі. Потім вимовляйте такі твердження:

- Я повністю розслаблений та спокійний.
- Усі частини мого тіла розслаблені та наповнені теплом.
- Моє серце б'ється рівно і спокійно.
- Усі неприємні думки зникають із моєї голови.
- Я люблю життя і перебуваю в гармонії із цим світом.
- Я позбавляюся тривожності та страху.
- Я впевнений у собі і здатний упоратися з будь-якою проблемою.

Щоденна практика аутогенних тренувань може призвести до помітних змін уже за 4 тижні.

Вправа «Чорний список»

Кожна людина з тривожним станом має свій список побоювань та страхів. Вправа пропонує наступний підхід:

1. Складання списку: Напишіть усі свої побоювання та страхи, які вас турбують. Це можуть бути страх виступати перед аудиторією, страх літати літаком або тривожні думки про майбутнє.
2. Формулювання позитивних тверджень: Для кожного пункту зі списку напишіть протилежне, позитивне твердження.

Наприклад: Побоювання: «Я не впораюся з очікуванням, яке треба

пережити».

Позитивне твердження: «Я вже успішно переживала періоди очікування раніше, і я здатна впоратися з будь-якими очікуваннями».

3. Згадка позитивного досвіду: Згадайте свої колишні успіхи та досягнення. Уявіть собі ситуації, коли успішно подолали складні моменти. Це допоможе зміцнити вашу впевненість та зменшити тривожність.

Ця вправа спрямована на зміну негативних думок та зміцнення позитивного мислення, що у свою чергу сприяє підвищенню самовпевненості та зниженню тривожності.

Методика перемикання емоцій передбачає використання різних прийомів для зниження рівня тривоги в момент її наростання або занепокоєння, що вже почалося. Один із способів полягає у фізичному впливі, наприклад, додатку холодного предмета до шкіри, що може допомогти переключити увагу на зовнішні відчуття та знизити інтенсивність тривоги. Інший метод пропонує активно звертати увагу на навколишні об'єкти, деталізувати та описувати їх, щоб відволіктися від негативних емоцій.

Також ефективним способом впоратися з тривогою може стати *спілкування з домашніми тваринами*, які своєю присутністю та спокоєм сприяють покращенню настрою та зменшенню внутрішньої напруги.

Вправа «Мотивація» пропонує скласти список вигод від позбавлення тривоги, включаючи спокійний сон, здатність насолоджуватися життям, підвищену працездатність та покращення відносин з близькими. Додавання більш глобальних цілей, таких як подорожі, сімейне благополуччя або кар'єрне зростання, може стимулювати більш серйозне прагнення подолати тривожність і досягти особистих цілей.

Розслаблення через рахунок: Рахунок є простим способом зняти тривогу. Знайшовши спокійне місце, заплющити очі і повільно порахувати до 10. При необхідності повторити до 20 або більше. Продовжувати рахувати, поки тривога не зменшиться. Важливо залишатися спокійним та терплячим.

Важливо також впроваджувати позитивні навички у повсякденне життя

для підтримки позитивного настрою та зниження рівня тривожності. Це може включати спілкування з позитивними людьми, заняття улюбленою справою, фізичну активність на свіжому повітрі та вміння жити зараз, не потопаючи у минулому чи майбутньому. Уникнення конфліктів та токсичних людей, а також обмеження споживання негативних новин також сприяють покращенню загального самопочуття.

Підхід до тривоги як до природного прояву людських емоцій та впевненість у своїх здібностях допомагають впоратися з нею ефективно та з мінімальним стресом.

Так, рекомендації та експрес-вправи допоможуть вам краще зрозуміти та контролювати тривожні стани без звернення до фахівців, роблячи життя жінок більш комфортним та усвідомленим.

Висновки до третього розділу

Розроблено корекційну програму, спрямовану на подолання високого рівня тривожності, яка містить техніки когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арт-терапевтичних методів для роботи з негативним мисленням, диханням, сновидіннями, внутрішніми ресурсами, техніки нейрографіки, релаксації та медитації тощо.

Проведено формуючий експеримент, в результаті якого було апробовано корекційну програму та констатовано статистично значущу різницю різного рівня значущості між всіма показниками тривожності ЕГ жінок: загальна тривожність знизилася з високого рівня до рівня вище середнього ($38,8 \rightarrow 24,4$; $p < 0,001$); особистісна тривожність – з високого до середнього рівня ($56,6 \rightarrow 42,8$; $p < 0,001$), тоді як реактивна (ситуаційна) тривожність залишилася на високому рівні, але кількісний аналіз свідчить про суттєве зниження, яке підтверджується статистичним аналізом, відповідно до якого зафіксовано зниження на статистично значущому рівні ($65,4 \rightarrow 50,3$; $p < 0,01$); невротизація знизилася з високого до середнього рівня ($24,5 \rightarrow 19,4$; $p < 0,05$); депресивність

теж знизилася на один рівень – перед проведенням корекційної програми у жінок ЕГ діагностовано субдепресивний стан або маскована депресія, після програми – легка депресія ситуативного або невротичного генезу ($65,2 \rightarrow 52,4$; $p < 0,01$), що свідчить про успішну апробацію корекційної програми, ефективність якої доведена.

Запропоновано рекомендації та експрес-вправи (активації поведінка, аутогенного тренування, перемикання емоцій та позитивного досвіду тощо) допоможуть краще зрозуміти та контролювати тривожні стани без звернення до фахівців, роблячи життя жінок в період ЕКЗ більш комфортним та усвідомленим

ВИСНОВКИ

1) Здійснено теоретичний аналіз сучасних поглядів на екстракорпоральне запліднення: медико-психологічний аспект. Теоретично обґрунтовано, що ЕКЗ – найбільш поширена і ефективна форма допоміжних

репродуктивних технологій (ДРТ), комплексна медична процедура, яка використовується для того, щоб допомогти окремим особам або парам із проблемами безпліддя зачати дитину. Материнство слід розглядати не тільки з фізіологічної точки зору, але і з психологічної та соціальної, як унікальну ситуацію розвитку особистості жінки, що природньо необхідна для її самореалізації, яка забезпечує реалізацію найважливіших соціальних ролей, формування ідентичності загалом.

Світова історія ЕКЗ починається з 1781 року до н.е., а сучасна – з 1978 року; в Україні – з лабораторії репродукції людини В.Грищенко в 1983 році. Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ, штучне запліднення) – це процес, при якому сперма чоловіка «з'єднується» з яйцеклітиною жінки поза їх організмами, в лабораторних умовах, одна або кілька запліднених яйцеклітин (ембріонів) переносяться в порожнину матки жінки. ЕКЗ містить основні чотири етапи: стимуляція яєчників; запліднення; вирощування (культивування) ембріонів; перенесення ембріонів.

Процедура ЕКЗ є емоційним і фізичним навантаженням, стресом не тільки для жінки, в також і для її партнера. Найбільше на жінку можуть впливати такі аспекти, як гормональне лікування, багаторазове обстеження, пункції, очікування дозрівання статевих клітин, чи відбудеться запліднення, перенесення ембріонів, очікування настання клінічної вагітності.

2) Вивчено особливості емоційної сфери жінок у період екстракорпорального запліднення. Доведено, що порушення репродуктивної функції та тривале лікування безплідності супроводжується низкою психоемоційних реакцій – від невротичних до тяжких депресивних розладів, розвитком почуття провини та низької самооцінки. Партнерські відносини руйнуються, що призводить до особистих та сімейних криз, загрози життєдіяльності сім'ї. Таким чином, безпліддя набуває не лише медичного, психологічного, а й соціального значення.

Психоемоційні порушення у пацієнток, що проходять ЕКЗ є наслідком складності цієї процедури. Емоційний стан жінок поступово погіршується,

рівень тривоги підвищується, спостерігаються порушення мотивації готовності стати матір'ю (на початковому етапі ЕКЗ у 77 %) і потребує терапії. Саме при цілісному підході діагностичні та лікувальні заходи є більш продуктивними, оскільки «психічне» та «соматичне» здоров'я є нероздільними поняттями

Сьогодні не можна недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи та виникненні проблем із зачаттям, а також його негативний вплив на динаміку лікування безпліддя методом ЕКЗ. У жінок часто спостерігаються прихована тривога та напруга, посилені соматичними фіксаціями, а також помірно підвищені показники ситуативної та загальної тривожності. У них найчастіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис. Легка ступінь депресії характерна всім пацієнткам з безпліддям в анамнезі, а разі переривання вагітності психоемоційний стан також характеризується високим рівнем тривоги. Не тільки безпліддя впливає на емоційний стан жінки, а й процес лікування методом ЕКЗ вносять елемент стресу у відносини між партнерами та викликають психоемоційні порушення у жінок.

3) Виокремлено основні підходи до психологічного супроводу жінок у період ЕКЗ та їх специфіку. Проаналізовано та узагальнено підходи сучасної практичної психологічної науки в роботі з психоемоційними порушеннями жінок, які проходять процедуру ЕКО: стандартний протокол ОПД (оперативна психодинамічна діагностика), психодрама, когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія (в т.ч. Еріксоновський гіпноз), тілесно-орієнтовна терапія, арт-терапія (прективний малюнок в т.ч.), техніки психосинтезу та мотиви символдрами, програма А.В.Картушинської «Психологічний супровід при репродуктивних порушеннях у жінок» та наступні терапевтичні підходи до покращення психічного здоров'я жінок репродуктивного віку: терапія прийняття та зобов'язань; терапія когнітивної обробки; консультування; діалектична поведінкова терапія; терапія, орієнтована на емоції; екзистенціальна терапія; експресивна терапія; внутрішні сімейні системи; міжособистісна психотерапія;

підходи, що ґрунтуються на усвідомленості; психодинамічна терапія; терапія, орієнтована на рішення; перевернута терапія.

4) Досліджено особливості тривожності жінок, які проходять процедуру ЕКЗ. З цієї метою було розроблено психодіагностичний комплекс, який використано у констатувальному експерименті, в ході якого отримано наступні результати: високий загальний рівень тривожності ($\text{mean}=38,8$; низький рівень 4%, нижче середнього рівня 8%, середній рівень 12%, вище середнього рівня 36%, високого рівня 40%) за методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора (адаптація Т.А.Немчинова); високий рівень ситуативної тривожності ($\text{mean}=65,4$; низький рівень 4%, середній рівень 28%, високого рівня 68%) та особистісної тривожності ($\text{mean}=56,6$; низький рівень 20%, середній рівень 32%, високого рівня 48%), при чому показники особистісної тривожності є нижчими за ситуативну, за «Шкалою реактивної і особистісної тривожності» Спілберґера – Ханіна; високий рівень невротизації ($\text{mean}=24,5$; низький рівень 16%, середній рівень 36%, високого рівня 48%) за методикою діагностики рівня невротизації Л.І.Вассермана (модифікація В.Бойко); та депресивних станів за методикою діагностики депресивних станів Зунґе (адаптація Т.І.Балашової), згідно з результатами якої у 12% жінок відсутня депресія, у 40% легка депресія, субдепресивний стан або маскована депресія спостерігається у 32% жінок і 16% мають депресивний стан, за середнім показником по групі у досліджуваних спостерігається субдепресивний стан або маскована депресія.

Отримані результати констатуючого експерименту свідчать про необхідність розробки корекційної програми подолання високого рівня тривожності та загального психоемоційного напруження, яке виявляється через тривожність, невротизм, субдепресивний стан або масковану депресію та інші негативні емоційні прояви.

5) Розроблено корекційну програму, спрямовану на подолання високого рівня тривожності, яка містить техніки когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та арт-терапевтичних методів для роботи з негативним

мисленням, диханням, сновидіннями, внутрішніми ресурсами, техніки нейрографіки, релаксації та медитації тощо.

Проведено формуючий експеримент, в результаті якого було апробовано корекційну програму та констатовано статистично значущу різницю різного рівня значущості між всіма показниками тривожності ЕГ жінок: загальна тривожність знизилася з високого рівня до рівня вище середнього ($38,8 \rightarrow 24,4$; $p < 0,001$); особистісна тривожність – з високого до середнього рівня ($56,6 \rightarrow 42,8$; $p < 0,001$), тоді як реактивна (ситуаційна) тривожність залишилася на високому рівні, але кількісний аналіз свідчить про суттєве зниження, яке підтверджується статистичним аналізом, відповідно до якого зафіксовано зниження на статистично значущому рівні ($65,4 \rightarrow 50,3$; $p < 0,01$); невротизація знизилася з високого до середнього рівня ($24,5 \rightarrow 19,4$; $p < 0,05$); депресивність теж знизилася на один рівень – перед проведенням корекційної програми у жінок ЕГ діагностовано субдепресивний стан або маскована депресія, після програми – легка депресія ситуативного або невротичного генезу ($65,2 \rightarrow 52,4$; $p < 0,01$), що свідчить про успішну апробацію корекційної програми, ефективність якої доведена.

Запропоновано рекомендації та експрес-вправи (активації поведінки, аутогенного тренування, перемикання емоцій та позитивного досвіду тощо) допоможуть краще зрозуміти та контролювати тривожні стани без звернення до фахівців, роблячи життя жінок в період ЕКЗ більш комфортним та усвідомленим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзятупова, Е.М. Особистісні особливості, ставлення до хвороби, рівень тривожності у жінок у безплідному шлюбі. *Медична психологія*. 2013. № 3. С.29-33.

2. Астахов В. М. Бацилєва О. В., Пузь І. В. Особливості перебігу вагітності та формування материнської поведінки у жінок, які зловживають алкоголем. *Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві: матеріали IV наук.-практ. конф. (Київ, 4–5 лист. 2017 р.).* Київ, 2017. С. 92–97.
3. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія. Київ: НАПН України, Інститут психології імені Г.С. Костюка, 2023. 125 с.
4. Астахов В. М., Пузь І. В. Дослідження репродуктивних установок як елементу репродуктивної поведінки сучасної молоді. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (Полтава, 3–4 черв. 2021 р.).* Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175–179.
5. Астремська І., Фомін А. Теоретичний розгляд тривожних станів в осіб, які постраждали внаслідок військового конфлікту в Україні. *Психологічні студії.* №4. 2023. С.5-10.
6. Астремська І.В., Зелінська Г. Л. Психологічні особливості подружніх стосунків молоді сім'ї. *Габітус.* №44, 2022. С. 142-146.
7. Бацилєва, О.В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* 2014. № 2. С. 90-94. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2\(2\)_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2(2)_19).
8. Білявська О. Д. Мединська Ю. Я. OPD 2: Операціоналізована психодинамічна діагностика на базі on-line платформи: Метод. матеріали. К.: Вид-во психол. літ. «PSYNOBOOK», 2020. 244 с.
9. Бондаренко Н. Б. Групи самопомоги як додатковий ресурс соціально-психологічної підтримки осіб з проблемами психічного здоров'я. *Актуальні проблеми психології.* 2016. Т. 1. Вип. 44. С. 58–62.
10. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: курс лекцій. К. : МАУП, 2001. 96 с.
11. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи. *Практична психологія та соціальна робота.* 2003. № 9. С. 43–49.

12. Васильченко О. М. Репродуктивна поведінка особистості. Соціально-психологічний аналіз: монографія. Луганськ: Ноулідж, 2013. 547 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://surl.li/shoyj>.
13. Васьківська С.В. Основи психологічного консультування: навчальний посібник. К.: Четверта хвиля, 2004. 256 с.
14. Волинець, Л.С., Січкара, О.О.. Реабілітаційна робота з «дітьми вулиць» біля притулків для неповнолітніх. Київ: Калита. 2005. 128с.
15. Волянська Ю. Медико-психологічний супровід жінок при повторному використанні допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. Т. 3, № 2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/sgjfl>.
16. Галиченко О. О., Астремська І.В. Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою методом гештальт-терапії. *Габітус*. 2021. № 30. С.85-90.
17. Гарданова Ж. Р. Прикордонні психічні розлади у жінок із безпліддям у програмі екстракорпорального запліднення та їх психотерапевтична корекція: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.01.01. Вінниця. 2008. 34 с.
18. Головаха Є. І., Паніна Н. В.. Психологія людського порозуміння. К.: Політіздат України, 1989. 189 с.
19. Гончаров, Г.В. Психофізіологічна корекція стресу безпліддя у жінок у програмі екстракорпорального запліднення: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01. Одеса, 2011. 31с.
20. Горпинченко І. І., Романюк М. Г. Чоловіче безпліддя: етіологія, патогенез, діагностика та сучасні методи лікування. *Здоров'я чоловіка*. 2016. Вип. 56, № 1. С. 8 – 14.
21. Гудзевіч, Л.С., Дубовик, Л.О. Вплив психосоціальних факторів на стан репродуктивного здоров'я студентської молоді. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету*. Серія: Педагогіка та психологія. 2014. № 42. С. 125-128. Режим доступу:

http://library.vspu.net/bitstream/handle/123456789/102/ilovepdf_com-127-130.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Дані для паліативної допомоги: міжнародний досвід, українська практика. Стандарти, індикатори, оцінки / Український центр суспільних даних; Відродження, 2018. 60 с.

23. Дейнека, Н.В. Психологічні проблеми жіночої безплідності: діагностика та шляхи корекції: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01. Харків, 2001. 30 с.

24. Дементьєва, Н. О. Психологічне значення фактору невизначеності репродуктивного статусу для психосоціального функціонування жінок із безпліддям: дис. ... канд. психол. наук. Одеса, 2011. 283 с.

25. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukrstat.gov.ua/>.

26. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (2017а) Інформаційно- статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. Київ, 28 с. <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVII.html>

27. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (2017б) Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2016 рік (аналітично-статистичний довідник). <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVII.html>

28. Дмитрієнко А. К. Соціально-психологічні фактори стабільності шлюбу в перші роки подружнього життя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 1989. 177 с.

29. Долинська Л.В., Демидова Т.А. Підготовка молоді до сімейного життя. (соц.-псих. тренінг): навчально-методичний посібник. К.: Талком, 2002. 342с.

30. Дьячкова Е. С. Психологічні особливості сімей із порушенням репродуктивного здоров'я. *Вісник ТНУ*. Серія: Гуманітарні науки. 2013. Вип. 125. № 9. С. 199 – 207.

31. Екстракорпоральне запліднення. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://bogolybu.com.ua/ua/article/vitro/>.

32. Зибайло В. С., Філімоненкова В. Ю., Копитов А. В. Дослідження індивідуально-психологічних особливостей жінок, які страждають на безпліддя. *Медичний журнал*. 2015. № 1. С. 82 – 87. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/3781>.

33. Зімбардо Ф. Формування самооцінки. Самосвідомість і захисні механізми особистості. Харків: Ранок, 2006. С. 282–296.

34. Іванова А. Р. Медико-психологічні особливості жінок та психокорекція у комплексному лікуванні безпліддя. *Медичні науки*. 2010. №3. С. 13- 17.

35. Іванова, А.Р. Психологічні особливості жінок та психокорекція у комплексному медикаментозному лікуванні безпліддя. *Медицина*. 2011. №5. С.24-28.

36. Каграманян А. Л. Стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку, мешканок сільськогосподарського регіону України: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Держ. установа «Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології Нац. акад. мед. наук України». Київ, 2015. 23 с.

37. Калашник Т.І. Методи творчого самовираження та арттерапії у психокорекційній роботі: методичний посібник для практичних психологів освіти. Одеса, 1999. 53с

38. Камінський А. В. Психологічні та соціальні аспекти пацієнток з безпліддям в циклах допоміжних репродуктивних технологій. *Вісн. морськ. медицини*. 2017. Вип. 75, № 2. С. 73 – 79.

39. Картушинська А. В. Дослідження психологічних станів жінок при порушеннях репродуктивної сфери: програма щодо подолання репродуктивної неповноцінності. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/lrjlp>.

40. Картушинська А. В. Особливості психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку: дис. ... докт. філ. наук: Ніжин, 2023. 239 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/slpsv>.

41. Кісарчук З. Г., Єрмусевич О.І. Психологічна допомога сім'ї : навч. посіб.: у 3 кн. К.: Главник, 2006.
42. Князева Е. В. Задоволеність життям як соціальний феномен. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2011. № 941. С. 160–165.
43. Ковтун А. Ю. Невидимий аспект демографічної кризи: порушення репродуктивного здоров'я у жінок. *Психологічні студії*. 2023. № 3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/shpew>.
44. Кожна друга подружня пара розлучається – причини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain/296996>.
45. Кожний десятий шлюб в Україні – цивільний [Електронний ресурс]. Режим доступу : <https://www.radiosvoboda.org/a/2048032.html>.
46. Корчинська О. О. та ін. Сучасний погляд на проблему психогенного непліддя у подружній парі. *Лікувальна справа*. 2020, № 5-6. С. 29-41.
47. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапія сексуальних розладів та подружніх конфліктів.-М.: Медицина, 1994. 224с.
48. Кочунас Р. Основы психологического консультирования [Электронный ресурс] / Р. Кочюнас. – Режим доступа : <http://azps.ru/list/22.html>.
49. Кулакова Є. В. Корекція психоемоційних порушень у пацієнток із безпліддям у програмі допоміжних репродуктивних технологій: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.01.01. Київ, 2008. 27 с.
50. Лесовська С.Г. (2017) Стан впровадження допоміжних репродуктивних технологій в Україні (<http://ozdorovie.com.ua>). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-134187-stan-emotsijnoyi-sferi-zhinok-iz-besplidnyam-pri-povtornomu-zastosuvanni-protokolu-ekstrakorporalnogo-zaplidnennya)
51. Максимова Н. Ю Сімейне консультування: навч. посіб. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. 304 с.
52. Наконечна А. В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії та психокорекції у жінок. *Медична психологія*. 2018. Т. 1. № 1. С. 123–124.

[Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://medpsyrehab.com.ua/wp-content/uploads/journal_10_2018_1.pdf.

53. Наконечна А. В. Стан емоційної сфери жінок із безпліддям при повторному застосуванні протоколу екстракорпорального запліднення. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 6 (128), Т. 2 – XI/XII. 2018. С. 38-39.

54. Посвістак О. А. Становлення психології сім'ї як науки. Проблеми сучасної психології: *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка*, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; за ред. С. Максименка. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. Вип. 30. С. 564–573.

55. Практикум з психологічної діагностики сімейних відносин: навчально-методичний комплекс. Рига: БДПУ ім. М. Танка, 2002. 339 с.

56. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 № 787. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text/>.

57. Психологічна підтримка в процесі лікування безпліддя методом ЕКЗ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/shnnk>.

58. Роль чоловіка в невиношуванні вагітності. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://urosvit.com/rol-cholovika-v-nevynoshuvanni-vagitnosti/>.

59. Сафонова М. В. Соціально-психологічні особливості жінок, успішних у кар'єрі: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. К, 1999. 214 с.

60. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія. К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.

61. Томенко М. В. Теорія українського кохання: наук-попул. вид. – [3-тє вид., доп. й переробл.]. К. : Генеза, 2010. 128 с.

62. Україна – на першому місці в Європі за кількістю розлучень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://expres.online/archive/main/2015/08/23/148726-ukrayina-pershomu-misci-yevropi-kilkistyurozluchen>.

63. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк: СНУ ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.

64. Федоренко Р. П. Психологія молодії сім'ї та сімейна криза: монографія. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007. 168 с.

65. Цивільний шлюб: плюси та мінуси спільного співжиття [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://krasotka.postimees.ee/3168437/grazhdanskiy-brak-plyusy-i-minusy-sovmestnogo-sozhitelstva>.

66. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція: навч. посібник. Рівне: ЦНТІ, 2001. 65 с.

67. Етапи програми ЕКЗ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://reprolife.ua/ru/etapy-programmy-eko/>.

68. Як підготуватися до ЕКЗ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mdclinics.com.ua/ua/news/pidhotuvatysya-do-ekz/>.

69. Як психологічно налаштуватися на ЕКЗ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://surl.li/slpyg>.

70. Annette L. Stanton, Christine Dunkel-Schetter (1999). Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research. Plenum Press.

71. Astremska I.V. Emotional burnout in the professional activities of doctors and teachers. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія. Ужгород, 2022. №3. С.5-9.

72. Astremska Irina. The peculiarities of Ukrainian health workers' professional burnout. *Психологічний часопис: збірник наукових праць*. 2019. Випуск 5, № 6 (26). С. 36-49.

73. Daniluk, J. (1996). When treatment fails: The transition to biological childlessness for infertile women. *Women & Therapy*, 19(2) - pp. 81-98.

74. Domar, A., Seibel, M. (1990). Emotional aspects of infertility. In M. Seibel (Ed.), *Infertility: A comprehensive text* - pp. 23 - 35.

75. Dyer, S.J., Abrahams, N., Hoffman, M., Van der Spuy, Z.M. (2002). "Men leave me as I cannot have children": women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17 (6) - pp. 1663 - 1668.

76. Facchinetti F., Matteo M.L., Artini G.P. et al. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *FertilSteril* 1997; 67. - pp. 309 - 314.

77. Gibson D., Myers, J. The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, Jan 2002 Vol. 24, i1 - p. 68.

78. Guidelines for Perinatal Care, Eighth Edition Book. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surl.li/shpfs>.

79. Hanigan M., Cyr J., Bickerstaff K. Toward an integrated understanding of the psychological adaptation to infertility - a 10 year review of the literature. *Arch Women's Mental Health* 2001; 3/4: Suppl 2 - p. 102.

80. Lapane KL, Zierler S, Lasater TM, et al: Is a history of depression symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosom Med* 57:000-000, 1995

81. Llewellyn A. M., Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 [suppl 15]. - p. 26.

82. Mahlstedt P. P. The psychological components of infertility. *FertilityandSterility*, 43. - pp. 335 - 346.

83. Matthews R., Matthews, A. Infertility and involuntary childlessness: The transition to non- parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48, - p. 641 - 649.

84. Menning, B. The emotional needs of infertile couples. *FertilityandSterility*, 34(4). - p. 313 - 319.

85. Miall C. Community constructs of involuntarily childlessness: sympathy, stigma and social support. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 31(4). - p. 392 - 422.

86. Newton C. R., Heam M. T., Yuzpe A. A. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *FertilSteril* 1990; 54. - p. 879 - 886.

87. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization. 2022. 31 p. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surl.li/sludm>.

88. Robine Jean-Marie. *La Gestalt-therapie*. P.: Morisset, 1994; М.: МГИ, 1998.

89. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018. № 45. P. 563–574. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surl.li/slueh>.

90. Volyanska Y. (2018) Medical and psychological support of women with repeated use of auxiliary reproductive technologies. *Psych. Med. Gen. Pract.*, 3(2): e0302113.

91. Wen S., Miao Q., Taljaard M. et al. Associations of Assisted Reproductive Technology and Twin Pregnancy With Risk of Congenital Heart Defects. *J.A.M.A. Pediatr*. 2020. № 174 (5). P. 446–454. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://surl.li/sluez>.

92. Williams M. E. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*. - p. 7 - 26.

93. Zoldbrod A. *Men, women and infertility: Intervention and treatment strategies*. New York: Lexington Books.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика вимірювання рівня тривожності Тейлора (в адаптації Т.А.Немчінова)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей ("так" або "ні"). У реєстраційному бланку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак "+" (так), якщо згодні, або "-" (ні), якщо не згодні.

Текст опитувальника

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, чи зручно мені це.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував усе те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше за інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.

23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий за інших людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.
31. Мій шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я легко ніяковію.
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я ніколи не спізнився на побачення або роботу.
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.
41. Іноді мені хочеться вилятися.
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює відчай.
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.

47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.

48. Я майже завжди відчуваю голод.

49. Мені не вистачає впевненості в собі.

50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.

51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.

52. У мене дуже рідко болить живіт.

53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.

54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.

55. Я завжди відповідаю на листи одразу ж після прочитання.

56. Я легко засмучуюсь.

57. Практично я ніколи не червонію.

58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів та знайомих.

59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.

60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Ключ. В 1 бал оцінюються відповіді “так” до висловлювань 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60 і відповіді “ні” до висловлювань 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58. Неправдивими вважаються відповіді “так” до висловлювань 2, 10, 55 і “ні” до висловлювань 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Інтерпретація результатів. Сумарна оцінка: 40–50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги; 25–39 балів свідчать про високий рівень тривоги; 16–24 бали – про середній рівень (з тенденцією до високого); 5–15 балів – про середній рівень (з тенденцією до низького); 0–4 бали – про низький рівень тривоги.

Шкала ситуативної та особистісної тривожності

Ч.Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна

Шкала реактивної (ситуативної) тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень, які характеризують стан Вашого самопочуття в даний момент, та оберіть найбільш підходящий варіант відповіді (закресліть відповідне число): «1» - ні, це не так, «2» - мабуть так; «3» - вірно; «4»- цілком вірно. Не думайте занадто довго, відповідайте так, як відразу прийшло на думку. Правильних чи неправильних відповідей не існує.

Текст опитувальника

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам нічого не погрожує 1 2 3 4
3. Ви знаходитесь в напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви відчуваєте себе вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви відчуваєте себе відпочившою людиною 1 2 3 4
9. Ви стривожені 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви впевнені в собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви не знаходите собі місця 1 2 3 4
14. Ви підняті 1 2 3 4
15. Ви не відчуваєте скутості та напруги 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви збуджені і вам не по собі и вам не по себе 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4
20. Вам приємно 1 2 3 4

Шкала особистісної тривожності

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень та оберіть найбільш підходящий варіант відповіді (закресліть відповідне число), в залежності від того, як Ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають наступні варіанти відповідей: «1» - майже ніколи (відповідь оцінюється в один бал); «2» - іноді (відповідь оцінюється в два бали); «3» - часто (відповідь оцінюється в три бали); «4» - майже завжди (відповідь оцінюється в чотири бали).

Текст опитувальника

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4
2. Ви швидко втомлюєтесь 1 2 3 4
3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4
4. Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші 1 2 3 4
5. Іноді ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення 1 2 3 4
6. Ви відчуваєтеся бадьорою людиною 1 2 3 4
7. Ви спокійні, холонокровні і зібрані 1 2 3 4
8. Очікування труднощів турбує вас 1 2 3 4
9. Ви дуже переживаєте через дрібниці 1 2 3 4
10. Ви буваєте цілком щасливі 1 2 3 4
11. Ви берете все близько до серця 1 2 3 4
12. Вам не вистачає впевненості в собі 1 2 3 4
13. Ви відчуваєте себе в безпеці 1 2 3 4
14. Ви намагаєтесь уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
15. У вас буває туга 1 2 3 4
16. Ви буваєте задоволені 1 2 3 4
17. Всякі дрібниці відволікають і хвилюють вас 1 2 3 4
18. Ви так сильно переживаєте свої розчарування, що потім довго не можете про них забути 1 2 3 4
19. Ви врівноважена людина 1 2 3 4

20. Вас охоплює сильне занепокоєння, коли ви думаєте про свої справи і турботи 1 2 3 4

Ключ

Ситуативна тривожність визначається таким чином: з суми балів з питань (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) відняти суму балів з питань (1,2,5,8,10,11,15,16,19, 20), потім до отриманого результату додати 50.

$$СТ = (3,4, 6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

Особистісна тривожність визначається так: з суми балів з питань (2,3,4,5,8,11,12,14,15,11,17,18,20) відняти суму балів з питань (1,6,7,10,13,16,19), потім до отриманого результату додати 35.

$$ЛТ = (2,3,4,5,8,11,12,14,15,11,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16,19) + 35 =$$

Інтерпретація результатів

Результати за обома шкалами інтерпретуються так:

до 30 балів - низький рівень тривожності.

31-45 балів - середній рівень тривожності.

46 балів і більше - високий рівень тривожності

Обробка результатів включає такі етапи: Визначення показників ситуативної та особистої тривожності за допомогою ключа.

За підсумками оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій щодо корекції поведінки випробуваного. Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) та особистісної тривожності (ВІД) та їх порівняльний аналіз, наприклад, залежно від статевої належності респондентів.

Зіставлення результатів з обох підшкал дозволяє оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для респондента.

Коментарі до результатів: Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості та успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності та високої значущості постановки завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування за завданнями.

Низькотривожним особам, навпаки, потрібно пробудження активності,

підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, порушення зацікавленості та акцент на почуття відповідальності у вирішенні різних завдань.

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга
(адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії
(ШЗНС))**

**Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики
депресивних станів і станів, близьких до депресії (ступінь вираженості
зниженого настрою – субдепресії).**

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Варіанти відповіді:

- ніколи або інколи;
- іноді; - часто;
- майже завжди або постійно.

Час заповнення – 20 хвилин”.

Зміст опитувальника

№	Твердження	Ніколи або інколи	Іноді	Часто	Майже завжди або постійно
1.	Я відчуваю пригніченість, тугу.	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваю себе найкраще.	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди, коли я плачу, або на очі навертаються сльози.	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон.	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірше звичайного.	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитись на привабливих жінок/чоловіків,	1	2	3	4

	спілкуватися з ними, знаходитись поруч.				
7	Я помічаю, що втрачаю вагу.	1	2	3	4
8	Мене турбують закрепи.	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж зазвичай.	1	2	3	4
10	Я втомлююся без будь-яких причин	1	2	3	4
11	Я мислю так само ясно, як завжди.	1	2	3	4
12	Мені легко виконувати те, що я вмію.	1	2	3	4
13	Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий, ніж раніше.	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення.	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний і потрібний людям.	1	2	3	4
18	Я живу досить повним життям.	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.	1	2	3	4
20	Я і досі радію від того, від чого радів завжди.	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів Сирі бали, набрані респондентом за “прямими” і “зворотними” відповідями, підсумовуються, і отримана таким чином “сира” оцінка переводиться в шкальну О' за формулою: $O' = \frac{\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{зв}}}{100.80}$ де $\Sigma_{\text{пр}}$ – сума закреслених цифр до прямих тверджень (номери: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19); $\Sigma_{\text{зв}}$ – сума закреслених цифр до зворотних тверджень (номери: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Наприклад: у твердження номер 2 закреслена цифра 1 – ми ставимо в суму 4 бали; у твердження номер 5 закреслено відповідь 2 – ми ставимо в суму 3 бали; у твердження номер 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у твердження номер 11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал і т. д.

Таблиця оцінки прямих і зворотних тверджень

Твердження	Оцінка тверджень (бали)			
	1	2	3	4
Прямі: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19	1	2	3	4
Зворотні: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20	4	3	2	1

Нормативні дані, отримані на 200 здорових респондентах, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює $40,25 \pm 5,99$ балам.

Весь обсяг шкальних оцінок поділяється на чотири діапазони:

- діапазон 1 – нижче 50 балів – особи, які не мають в момент дослідження зниженого настрою,
- діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою,
- діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою,
- діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія).

Таким чином, результати кожного респондента відповідають одному з чотирьох діапазонів зниження настрою.

Методика діагностики рівня невротизації Л.І. Вессермана

Інструкція: ознайомтесь з наведеними нижче судженнями і ситуаціями, виберіть відповідь "так" або "ні". Наведені питання для визначення рівня невротизації мають орієнтовний характер

Стимульний матеріал:

1. В різних частинах свого тіла я часто почуваю жар, поколювання, відчуття мурашок, оніміння.

2. Я рідко задихаюсь, і у мене не буває сильного серцебиття.

3. Раз в тиждень або й частіше я буваю дуже збудженим чи схвильованим.

4. Голова у мене болить часто.

5. Два-три рази на тиждень вночі мене непокоять кошмари.

6. Останнім часом я себе почуваю гірше, ніж будь-коли.

7. Майже кожен день трапляється що-небудь таке, що мене тривожить.

8. У мене бували періоди, що я через хвилювання втрачав сон.

9. Здебільшого, робота дається мені ціною великих зусиль.

10. Інколи я буваю таким збудженим, що це заважає мені заснути.

11. Велику частину часу я відчуваю невдоволення життям.

12. Мене постійно що-небудь тривожить.

13. Я намагаюсь рідше зустрічатися зі своїми знайомими і друзями.

14. Життя для мене майже завжди пов'язане з напруженням.

15. Мені важко зосередитись на якомусь завданні чи роботі.

16. Я дуже втомлююсь за день.

17. Я вірю в майбутнє.

18. Я часто переймаюсь сумними думками.

19. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж звичайно.

20. Найважча для мене боротьба – це боротьба з самим собою.

21. Я майже завжди про щось або про когось тривожусь.

22. У мене мало впевненості в собі.

23. Я часто почуваю невпевненість в собі.

24. Кілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).

25. Інколи у мене виникає таке почування, ніби переді мною з'явилося стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.

26. Раз в тиждень або й частіше я без вагомої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.

27. Часом я виснажую себе тим, що забагато на себе беру.

28. Я дуже уважний до того, як я одягаюсь.

29. Мій зір погіршився останнім часом.

30. У стосунках між людьми частіше всього переважає несправедливість.

31. У мене бувають періоди такого сильного хвилювання, що мені важко всидіти на місці.

32. Я з задоволенням танцюю, коли є можливість.

33. По можливості, я намагаюсь уникати великого скупчення людей.

34. Мій шлунок дуже мене непокоїть.

35. Мушу визнати, що часом я хвилююсь через дурниці.

36. Часом сам жалкую, що я такий дратівливий і невдоволений.

37. Кілька разів на тиждень у мене з'являється відчуття того, що мусить статися щось страшне.

38. Мені здається, що мої близькі погано мене розуміють.

39. Я часто відчуваю біль в серці або в грудях.

40. В гостях я. здебільшого, сиджу де-небудь збоку чи розмовляю з кимсь одним.

Обробка даних: Потрібно підрахувати число позитивних відповідей. Чим більший отриманий результат, тим вищий рівень невротизації.

Інтерпретація рівнів невротизації.

Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань; про езопову

особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; про труднощі в спілкуванні; про соціальну боязкість і залежність.

Низький рівень невротизації свідчить: про емоційну стійкість; про позитивні переживання (спокій, оптимізм); про ініціативність; про почуття власної гідності; незалежності, соціальної сміливості; про легкість у спілкуванні.

Високий рівень невротизації від 20 і вище

Середній рівень-від 10 до 19

Низький рівень - від 1 до 9.