

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Навчально-науковий медичний інститут

кафедра психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А.І.Яблонський

“ ____ ” _____ 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

на тему: **«ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНИХ КОРДОНІВ ЖІНКИ З
ФАКТОМ ВИНИКНЕННЯ У НЕЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО
БЕЗПЛІДДЯ»**

Керівник: кандидат психол. наук , доцент кафедри
психології

Кучманич Ірина Миколаївна

Рецензент: кандидат психол. наук, доцент, доцент
кафедри психології, філософії та соціально-
гуманітарних дисциплін імені Макарова
Чугуєва Інна Євгенівна

Виконав: студентка VI курсу групи 667 Мз
Медведева Ірина Сергіївна

Спеціальності: 053 «Психологія»

ОПП: «Сімейна психологія з основами
психотерапії»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Інститут, факультет, відділення
Кафедра, циклова комісія
Рівень вищої освіти
Спеціальність
ОПП

Навчально-науковий медичний інститут
кафедра психології
другий (магістерський)
053 «Психологія»
«Сімейна психологія з основами
психотерапії»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____ А.І.Яблонський

“ _____ ” _____ 2024 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Мєдведєвій Ірині Сергіївні

1. Тема проєкту (роботи) Взаємозв'язок особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя

керівник роботи: Кучманич Ірина Миколаївна, кандидат психол. наук, доцент кафедри психології

затверджена наказом вищого навчального закладу від «10» вересня 2024 року № 229/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Кучманич І. М.		
Розділ 1	Кучманич І. М.		
Розділ 2	Кучманич І. М.		
Розділ 3	Кучманич І. М.		
Висновки	Кучманич І. М.		

7. Дата видачі завдання 11.09.2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичні основи дослідження психологічного безпліддя у жінок	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. Організація психокорекційної роботи щодо психологічної допомоги жінкам з порушенням особистих кордонів в ситуації психологічного безпліддя	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Переддипломна практика	02.09.2024 – 15.09.2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків	листопад 2024	
8.	Попередній захист	27.11.2024	
9.	Рецензія на дипломну роботу	02.12.2024	
10.	Захист дипломної роботи	20.12 2024	

Студентка _____

Медведєва І. С.

Керівник проєкту (роботи) _____

Кучманич І. М.

АНОТАЦІЯ

Мєдведєва І. С. Взаємозв'язок особистісних кордонів жінки з фактом виникненням у неї психологічного безпліддя. Кваліфікаційна робота на здобуття другого ступеня вищої освіти (магістр) зі спеціальності 053 – «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2024.

У магістерській роботі досліджено взаємозв'язок особистісних кордонів жінки з виникненням психологічного безпліддя. Актуальність теми зумовлена зростаючою кількістю випадків психологічного безпліддя серед жінок, що потребує глибшого розуміння його причин та механізмів, а також розробки ефективних психокорекційних програм.

У першому розділі роботи розглянуто теоретичні основи психологічного безпліддя, його поняття, причини та психологічні характеристики жінок, які стикаються з цим явищем. Окрему увагу приділено феномену психологічних особистісних кордонів та детермінантам їх розвитку, що є важливими для розуміння психологічного стану жінок.

Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню, в якому проаналізовано особливості взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з психологічним безпліддям. Розкрито особливості організації та методів дослідження, а також результати констатувального експерименту, що підтверджують гіпотезу про вплив особистісних кордонів на виникнення психологічного безпліддя.

У третьому розділі обґрунтовано програма психологічної допомоги жінкам з порушеннями особистісних кордонів у контексті психологічного безпліддя. Проаналізовано результати формувального експерименту та надано рекомендації щодо психокорекційної роботи, які можуть бути корисними для практичних психологів та спеціалістів у сфері репродуктивного здоров'я.

Результати дослідження можуть стати основою для подальших наукових розробок у сфері психології, а також для практичного застосування в роботі з жінками, які переживають психологічне безпліддя.

Ключові слова: психологічне безпліддя, особистісні кордони, жінки, психокорекційна програма, психологічна допомога

ABSTRACT

Myedvyedyeva I. S. Interrelation of women's personal boundaries with the fact of psychological infertility. Qualification work for the second degree of higher education (master's degree) in specialty 053 - "Psychology". Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

The master's thesis examines the relationship between a woman's personal boundaries and the onset of psychological infertility. The relevance of the topic is due to the growing number of cases of psychological infertility among women, which requires a deeper understanding of its causes and mechanisms, as well as the development of effective psychocorrectional programs.

The first section of the paper discusses the theoretical foundations of psychological infertility, its concept, causes and psychological characteristics of women who face this phenomenon. Special attention is paid to the phenomenon of psychological personal boundaries and the determinants of their development, which are important for understanding the psychological state of women.

The second chapter is devoted to an empirical study that analyzes the peculiarities of the relationship between women's personal boundaries and psychological infertility. The peculiarities of the organization and methods of the study, as well as the results of the ascertaining experiment, which confirm the hypothesis that personal boundaries influence the occurrence of psychological infertility, are revealed.

The third section substantiates the program of psychological assistance to women with violations of personal boundaries in the context of psychological infertility. The results of the formative experiment are analyzed and recommendations for psychocorrectional work are given, which may be useful for practical psychologists and specialists in the field of reproductive health.

The results of the study can become the basis for further scientific developments in the field of psychology, as well as for practical application in working with women experiencing psychological infertility.

Key words: *psychological infertility, personal boundaries, women, psychocorrectional program, psychological assistance.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК.....	8
1.1. Поняття та причини психологічного безпліддя	8
1.2. Психологічна характеристика жінок з порушенням репродуктивної сфери.....	18
1.3. Детермінанти розвитку особистих кордонів жінки.....	27
Висновки до першого розділу.....	37
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ОСОБИСТІСНИХ КОРДОНІВ ЖІНКИ З ФАКТОМ	
ВИНИКНЕННЯ У НЕЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ.....	39
2.1. Організація та методи дослідження взаємозв'язку особистих кордонів жінки з ситуацією психологічного безпліддя.....	39
2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту.....	48
Висновки до другого розділу.....	77
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЩОДО	
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ПОРУШЕННЯМ	
ОСОБИСТІСНИХ КОРДОНІВ В СИТУАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО	
БЕЗПЛІДДЯ.....	79
3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги жінкам з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям.....	79
3.2. Аналіз результатів формувального експерименту.....	85
3.3. Рекомендації щодо психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів.....	98
Висновки до третього розділу.....	107
ВИСНОВКИ.....	108
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	111
ДОДАТКИ.....	120

ВСТУП

Актуальність дослідження. Нині питання психологічного та репродуктивного здоров'я жінок набувають особливої актуальності. Зростає кількість жінок, які стикаються з проблемами репродуктивної функції на тлі психологічних труднощів, вимагає поглибленого вивчення причин і умов, що спричиняють виникнення таких проблем. Психологічне безпліддя, як одна з форм порушення репродуктивного здоров'я, становить складну і багатогранну проблему, що має значний вплив на психологічний стан жінок. У цьому контексті дослідження взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з виникненням у неї психологічного безпліддя стає надзвичайно важливим.

Актуальність даного дослідження обумовлена кількома чинниками. По-перше, у сучасному суспільстві зростає рівень стресу та психоемоційного навантаження, що негативно впливає на загальний стан здоров'я та репродуктивну функцію жінок. Порушення особистісних кордонів, яке проявляється у нездатності захистити свої психологічні межі, підтримувати емоційний баланс та самооцінку, може призводити до значних психологічних проблем, включаючи безпліддя. По-друге, соціальні та економічні зміни, які відбуваються в сучасному світі, впливають на традиційні ролі жінок, що також вносить додаткові стресові фактори та виклики.

Вивчення особистісних кордонів є надзвичайно важливим для розуміння механізмів виникнення психологічного безпліддя. Особистісні кордони визначають, як жінка взаємодіє з навколишнім світом, зберігаючи при цьому свою ідентичність та психоемоційний комфорт. Порушення цих кордонів може призвести до втрати контролю над власним життям, зниження самооцінки та виникнення хронічного стресу, що в свою чергу може негативно впливати на репродуктивну функцію.

Таким чином, у сучасних умовах, коли зростає кількість жінок, що стикаються з проблемами репродуктивного здоров'я, дослідження, спрямовані на вивчення психологічних аспектів безпліддя, є надзвичайно актуальними.

Поглиблене вивчення впливу особистісних кордонів на розвиток психологічного безпліддя дозволяє не тільки розширити наше розуміння цього явища, але й сприяти покращенню якості життя жінок, які стикаються з цими проблемами.

Дослідження психологічного безпліддя та його взаємозв'язку з особистісними кордонами жінок відображено у багатьох працях як українських, так і зарубіжних науковців. У наукових роботах В. Астахова, О. Бацилевої та І. Пузя висвітлюються клініко-психологічні аспекти вагітності, психологічний супровід у репродуктивній медицині, а також індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. В. Вінс, І. Горбенко та Т. Кузьменко досліджують причини та наслідки психосоматичного безпліддя у чоловіків та жінок, зосереджуючись на впливі психологічних чинників на репродуктивне здоров'я. Важливий вклад у розуміння ролі особистісних кордонів у формуванні психічного стану жінок зробили О.Дрозд та І. Узаревич, які дослідили детермінанти розвитку особистих кордонів.

Н. Калька та Т. Леві акцентують увагу на психологічних кордонах як тілесному феномені, досліджуючи їх у подружніх парах за допомогою проєктивних методик. А. Картушинська досліджує психологічні складові фертильності у жінок та проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу. Ц. Короленко та Н. Дмитрієва в своїх роботах розглядають психосоціальну аддиктологію, вивчаючи вплив розмитих психологічних кордонів на ефективність діяльності у співзалежних відносинах.

Серед зарубіжних дослідників, таких як Д. Бердаріс, М. Мазза та С. Маріні, значна увага приділяється психопатології, емоційним аспектам безпліддя та ролі психологічного консультування в його лікуванні. Дослідження І. Леона та С. Гольдшмідта зосереджені на психоаналітичних аспектах розуміння та лікування безпліддя, акцентуючи на важливості емоційної підтримки пар, які проходять процедури штучного запліднення.

Об'єкт дослідження – феномен психологічного безпліддя у жінок.

Предмет дослідження – вплив особистісних кордонів на розвиток психологічного безпліддя у жінок.

Мета дослідження – вивчити взаємозв'язок між особистісними кордонами жінок та психологічним безпліддям, а також розробити психокорекційну програму роботи з жінками, які демонструють неефективні особистісні кордони.

Гіпотеза: порушення особистісних кордонів, зокрема їх несформованість та низький рівень суверенності особистого простору, є важливим фактором, що впливає на виникнення психологічного безпліддя у жінок.

Для досягнення поставленої мети необхідно реалізувати такі **завдання дослідження:**

- провести теоретичне дослідження психологічних чинників безпліддя у жінок;
- вивчити феномен та види психологічних кордонів особистості;
- здійснити емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя;
- розробити та апробувати програму психологічної корекції особистісних кордонів жінок із діагнозом психологічного безпліддя;

Методи дослідження. Для досягнення мети та розв'язання поставлених завдань на різних етапах дослідження використовували комплекс загальнонаукових методів:

- теоретичні – аналіз (опрацювання наукової літератури з теми дослідження), порівняння (зіставлення актуальних концепцій досліджуваного явища), узагальнення (формулювання висновків за підсумками проведеного теоретичного та емпіричного дослідження);
- загальні емпіричні методи – спостереження, анкетування, тестові методики: авторська анкета; методика діагностики психологічних меж особистості Т. С. Леві; тест-опитувальник «Суверенність психологічного простору» С. К. Нартової-Бочавер; методика діагностики самооцінки психологічних станів (за Г. Айзенком).

Базою дослідження був ТОВ «Південний Медичний Центр», загальна кількість респондентів становила 70 осіб.

Наукова новизна результатів дослідження полягає вперше встановлено взаємозв'язок між особистісними кордонами жінок та феноменом безпліддя психологічного генезу; поглиблено поняття особистісних меж та описано їх види; розкрито профілі жінок, які мають діагноз психологічного безпліддя та певні види особистісних кордонів; розроблено психокорекційну програму з жінками, яка спрямована на гармонізацію її психологічних кордонів.

Практичне значення отриманих даних полягає в можливості використання його результатів у психотерапевтичній практиці та консультуванні. Розроблена програма та рекомендації можуть стати основою програм психологічної підтримки та корекції для жінок із порушеннями особистісних кордонів і психологічним безпліддям. Реалізація цих програм може покращити психоемоційний стан жінок, підвищити їх самооцінку і сприяти відновленню репродуктивної функції. Результати дослідження також можуть бути включені у навчальні програми з психології, що забезпечить підготовку фахівців з урахуванням нових даних про взаємозв'язок особистісних кордонів і психологічного безпліддя.

Публікації. Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 тезах та 1 статті категорії «Б»:

1. Медведєва І., Кучманич І. Феномен психологічних меж: роль особистісних кордонів у розвитку психологічного безпліддя у жінок. «*The latest developments of specialists for the development of science*»: тези доп. VI Міжнародна науково-практична конференція. (Florence, Italy, 07 вересня 2024 р.). Florence, Italy, 2024. С. 98.

2. Медведєва І., Кучманич І. Вплив війни на особисті кордони жінок та розвиток психологічного безпліддя. *XXVII Всеукраїнська щорічна науково-практична конференція «Могилянські читання-2024: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти»*: тези доп. (Миколаїв, 6-10 листопада 2024 р.). Миколаїв. С. 175-178.

3. Мєдвєдєва І., Кучманич І. Взаємозв'язок особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки* № 22. 2024. С..

Структура дослідження кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і додатків. Список літератури включає 84 наукові джерела. У роботі представлено 19 таблиць, 6 рисунків і 4 додатки. Загальний обсяг роботи становить 135 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК

1.1. Поняття та причини психологічного безпліддя

Безпліддя є важливою проблемою, яка має соціальний, медичний та психологічний аспекти. Для жінок безпліддя є складним випробуванням, адже саме їхній організм відповідає за зародження нового життя. Жіночий організм відповідає за збереження, розвиток, виношування та народження нової істоти, а також за підтримання постійного фізичного та ментального зв'язку з дитиною [69, с. 529].

Безпліддя – це нездатність людей дітородного віку до відтворення потомства, яка зумовлена порушенням імплантації заплідненої яйцеклітини [62]. Цей стан характеризується нездатністю зрілого організму до відтворення потомства. Діагноз "безпліддя" ставиться, коли пара, яка веде регулярне статеве життя без використання контрацептивів, не може зачати дитину протягом двох років.

Згідно з визначенням ВООЗ, безпліддя – це нездатність пари, яка веде регулярне сексуальне життя без використання контрацепції, досягти вагітності протягом одного року [84]. У клінічних дослідженнях та медичній практиці безпліддя у жінок часто визначають як «нездатність завагітніти». Безпліддя також визначається як захворювання репродуктивної системи, що характеризується відсутністю клінічної вагітності після 12 місяців або більше регулярного статевого життя без використання контрацептивів.

Сучасні дослідження виділяють жіноче, чоловіче та «відносне» безпліддя, частота поширення яких варіюється залежно від дослідницьких підходів. У середньому, жіноче безпліддя діагностується у 40-50% безплідних шлюбів, тоді як чоловіче – у 30-40%. Однак деякі науковці вказують, що жіноче безпліддя зустрічається в 2-3 рази частіше, ніж чоловіче, тоді як інші вважають, що

чоловіче безпліддя перевищує жіноче вдвічі. Такі суперечливі дані можна пояснити регіональними відмінностями у структурі безплідних шлюбів, недостатньою дослідженістю питання або відмінностями у методології [61].

Безпліддя у жінок визначається як стан, коли через певні зміни в організмі жінки не настає зачаття. Розрізняють первинне безпліддя, коли жінка жодного разу не завагітніла при регулярному статевому житті, та вторинне, коли в анамнезі жінки вже були вагітності. У структурі жіночого безпліддя переважає вторинне безпліддя, яке становить 66% всіх випадків у містах та 82% у сільській місцевості. Узагальнені дані епідеміологічних досліджень ВООЗ також підтверджують домінування вторинного безпліддя [84].

Згідно з ВООЗ, жіноче безпліддя може бути спричинене різними факторами: сексуальними дисфункціями, гіперпролактинемією, органічними порушеннями в гіпоталамо-гіпофізарній області, аменореєю (з підвищеним, нормальним або зниженим рівнем естрадіолу), олігоменореєю, нерегулярністю менструального циклу або ановуляцією (включаючи ановуляцію при регулярному циклі), вродженими аномаліями розвитку статевих органів, двосторонньою непрохідністю маткових труб, спайковими процесами в малому тазі, ендометріозом, набутими патологіями матки та шийки. Також причинами можуть бути ураження яєчників, туберкульоз статевих органів, ятрогенні фактори, системні захворювання, негативний посткоїтальний тест або невстановлені причини [84].

Деякі дослідники акцентують увагу на психогенних та психосоматичних чинниках жіночого безпліддя, які можуть включати недостатню частоту статевих контактів, страх перед неможливістю завагітніти, невротичні реакції, порушення сексуального розвитку, слабе відчуття материнства, фригідність, а також свідоме небажання стати матір'ю. Частка таких факторів, за оцінками, становить 20-25%, і їхня наявність пояснює випадки безпліддя в сім'ях, де немає виявлених функціонально-фізіологічних порушень у репродуктивній системі подружжя [62;77;78].

У чоловіків виділяють три основні типи безпліддя: секреторне, екскреторне та комбіноване. Крім того, безпліддя може бути спричинене різноманітними факторами, включаючи ідіопатичні, психогенні, імунні причини, а також ретроградну еякуляцію.

Секреторне безпліддя, або гіпогонадизм, пов'язане зі змінами в роботі ендокринних залоз і порушенням гормонального балансу, що веде до порушень у процесі утворення сперматозоїдів у яєчках. Це може призводити до їх зменшення (олігоспермія) або повної відсутності (азооспермія) в еякуляті. Гіпогонадизм поділяється на первинний та вторинний, вроджений та набутий. У 10-30% чоловіків із вродженим гіпогонадизмом виявляються хромосомні аномалії, такі як синдроми Каллмана, Клайнфельтера, Дель Кастільйо, мікрodelеції Y-хромосоми та інші.

Екскреторна форма чоловічого безпліддя поділяється на два види: токсичний, зумовлений шкідливими впливами на сім'явиносні шляхи, та обтураційний, пов'язаний з їх закупоркою. У випадку екскреторно-токсичної форми, на тлі уrogenітальних інфекцій, які можуть проникати в статеві органи через кров (наприклад, вірус епідемічного паротиту, мікобактерії туберкульозу) або висхідним шляхом з уретри, розвиваються хронічні захворювання. До них належать простатовезикуліт, уретропростатит, уретропростатовезикуліт. Ці захворювання супроводжуються статевою дисфункцією та змінами в спермограмі, такими як: астенозооспермія (порушення рухомості сперматозоїдів), тератозооспермія (зміна нормальної форми сперматозоїдів), піоспермія (підвищена кількість лейкоцитів в еякуляті), спермаглютинація та спермагрегація (явища, що свідчать про агрегацію сперматозоїдів).

Екскреторно-обтураційне безпліддя характеризується порушенням прохідності сім'явивідних шляхів, що може бути пов'язано з їх вродженою відсутністю (аплазією придатків яєчка або сім'явиносних проток), порушенням розвитку (наприклад, гіпоспадія, епіспадія), а також набутими змінами внаслідок запальних процесів, травм або пухлин. Ці порушення призводять до накопичення сперми в сім'явиносних шляхах та, як наслідок, до азооспермії.

Комбіноване безпліддя є результатом поєднання порушень процесу утворення сперматозоїдів (секреторна недостатність) та їхнього транспортування (обструкція сім'явивідних шляхів). Це один з найскладніших видів чоловічого безпліддя, який проявляється різними формами олігоспермії та азооспермії [68]. Діагностика комбінованого безпліддя включає спермограму, УЗД органів малого тазу, гормональні дослідження та інші методи.

Основними причинами чоловічого безпліддя є:

Запальні та інфекційні захворювання, такі як простатит, орхіт, уретрит, інфекції, що передаються статевим шляхом, а також епідемічний паротит (свинка), можуть негативно впливати на репродуктивну функцію чоловіків.

Варикоцеле (розширення вен сім'яного канатика) та пахово-калиткова грижа також є поширеними причинами безпліддя.

Вплив зовнішніх факторів, зокрема екстремальних температур, іонізуючого випромінювання (наприклад, рентгенівського випромінювання, радіації) та хімічних речовин, може пошкоджувати сперматозоїди.

Травми калитки можуть призвести до порушення функції яєчок.

Шкідливі звички, такі як куріння, вживання алкоголю, наркотиків, неправильне харчування та малорухливий спосіб життя, негативно впливають на загальний стан здоров'я, в тому числі й на репродуктивну функцію.

Гормональні дисбаланси та імунологічні фактори також можуть спричиняти безпліддя [68].

Важливим аспектом чоловічого безпліддя є вплив психологічних факторів. Хоча причини безпліддя в багатьох випадках вдається встановити, існує категорія, яку називають ідіопатичною. Це означає, що причина невідома, навіть після проведення всебічного обстеження. Все частіше вчені та лікарі припускають, що психологічні чинники можуть відігравати значну роль у виникненні та перебігу безпліддя, особливо коли традиційні методи лікування (наприклад, гормональна терапія, хірургічні втручання) не дають очікуваного результату.

3. Фройд описав психосоматичний механізм, який пояснює розвиток тілесних захворювань через психологічні причини. Він вважав, що сильне емоційне збудження або психологічна травма можуть викликати фізичні порушення. Людина, яка не здатна виразити свої переживання словами, може відобразити їх через своє тіло [24, с. 279]. У контексті безпліддя це може проявлятися у відмові тіла від репродуктивної функції, що часто є сигналом неусвідомлених психологічних проблем.

Коли мова йде про будь-які руйнівні процеси, ми часто зауважуємо наявність стресу. Жінки з діагнозом ідіопатичне безпліддя часто мають підвищений м'язовий тонус по всьому тілу, включаючи м'язи, що відповідають за репродуктивну функцію. Це супроводжується рядом інших проблем, таких як: порушення дихання (дихання стає частішим і поверхневим); проблеми зі сном (включаючи безсоння і зміни тривалості сну); психосоматичні розлади та захворювання; нерегулярний менструальний цикл; зниження сексуального бажання; хронічний стрес. Ці фактори можуть серйозно вплинути на загальний стан здоров'я жінки та її здатність до репродукції [72, с. 113].

У психічному аспекті спостерігається дисбаланс між симпатичною та парасимпатичною системами центральної нервової системи, де активність симпатичної системи підвищена, а парасимпатичної – пригнічена. Психічний стрес проявляється у вигляді деструктивних емоційних переживань та постійних нав'язливих думок про материнство, а також інтенсивного бажання мати дитину [16].

Жінка, яка психологічно готова до материнства, з радістю приймає всі етапи цього процесу: від зачаття до виховання дитини. Вона усвідомлює, що материнство – це відповідальний і щасливий період життя, який потребує турботи та любові як з боку матері, так і з боку оточення. У такому випадку, дитина активно включена в ці процеси як активний учасник.

За А. Монтехо, суб'єктність проявляється у здатності особистості впливати на світ і змінювати його [71, с. 16]. Однак, у контексті психологічного безпліддя, бажання мати дитину може набувати особливого значення. Для деяких жінок,

дитина стає не просто об'єктом бажання, а символом щастя, реалізації себе як жінки та матері. Водночас, у деяких випадках, це бажання може бути настільки сильним, що дитина сприймається як засіб для задоволення інших потреб, таких як потреба в любові, самоствердженні чи пошуку сенсу життя. Важливо розуміти, що кожна жінка індивідуальна, і її ставлення до материнства може значно відрізнятися.

У жінок із діагнозом безпліддя часто виявляються порушення в емоційній сфері та проблеми з розвитком емоційного інтелекту. Нездатність завагітніти породжує багато сильних емоцій, які з часом тільки посилюються, перетворюючись на фізичну напругу та психосоматичні симптоми. Це включає відчуття сорому та провини за нездатність відповідати очікуванням, гнів на себе та партнера, зниження самоповаги, спотворене сприйняття власної особистості та тіла, падіння сексуального бажання та зменшення чи відсутність оргазмів. Жінки можуть також переживати емоційне вигорання, що проявляється в зниженні емоційної реактивності або в її повній відсутності, а також афективними вибухами [68, с. 55].

Жінки з діагнозом «психологічне безпліддя» часто стикаються з обмеженнями у вираженні емоцій, особливо гніву, та мають складнощі з розрізненням власних емоційних станів. Вони зазвичай не вміють адекватно виражати свої почуття, обговорювати їх або переживати емоції в конструктивний спосіб. Це призводить до значного емоційного навантаження, стану хронічного стресу та нездатності до розслаблення, що ускладнює можливість зачаття.

Цей стрес також впливає на соціальне життя жінок, включаючи їхній шлюб, кар'єру та стосунки з іншими, особливо з близькими людьми. Нав'язлива думка про необхідність зачати та народити дитину заважає їм реалізувати себе в інших аспектах життя та успішно виконувати свої соціальні ролі.

У стосунках з партнером часто спостерігаються деструктивні патерни поведінки, такі як «жертва-агресор» або «батько-дитина», що ускладнює розвиток здорових, зрілих партнерських відносин [21, с. 88].

Конфлікти, взаємні звинувачення, тиск з боку партнера або родичів, а також перекладання відповідальності часто призводять до зростаючого напруження в парі через невдачі у зачатті. Також нерідко відзначаються складнощі у стосунках з батьками, зокрема з матір'ю [46, с. 300].

Жінки, що стикаються з психологічним безпліддям, часто мають в історії біографічну психотравму, зокрема порушені відносини з матір'ю на певних етапах емоційного розвитку. Це може негативно впливати на формування їхньої внутрішньої жіночності та материнської ідентичності [4, с. 92].

Ідеться про різноманітні фактори, що формують материнську роль у житті дівчаток і жінок. Серед них важливими є особливості розвитку ще в утробі матері, а також можливі ускладнення під час пренатального та неонатального періодів [42, с. 175]. Інші чинники включають недостатню емоційну прив'язаність між матір'ю (або батьком) та дівчинкою на ранніх етапах її життя, проблеми з роллю материнства у сімейному контексті, що можуть проявлятися у кількох поколіннях, а також складнощі у формуванні материнської домінантності під час онтогенезу. Цей процес охоплює кілька ключових етапів, таких як взаємодія з матір'ю в ранньому дитинстві, розвиток материнських навичок через ігрову діяльність, догляд за молодшими братами чи сестрами тощо [63, с. 59].

Підсумовуючи вищевикладене, можна сказати, що психологічне безпліддя виникає з різних аспектів життя жінки і спричиняє стрес у цих сферах. Це взаємопов'язаний комплекс симптомів, де кожен елемент одночасно є причиною, наслідком і джерелом інших. У такій системі, де кожен аспект тісно пов'язаний з іншими, діагностика та психотерапевтичне лікування цього стану також мають бути комплексними.

Отже, ми визначили комплекс основних симптомів у жінок з діагнозом «психологічне безпліддя», які виявляються на різних рівнях їхнього життя, включаючи фізичний, фізіологічний, ментальний, емоційний та соціальний аспекти. Ці симптоми часто проявляються через різні види напруги та дисфункцій. Ефективне лікування психологічного безпліддя вимагає психотерапевтичного втручання, яке має бути комплексним та охоплювати не

лише відновлення роботи репродуктивної системи, але й нервової, ендокринної та травної систем. Крім того, лікування має бути спрямоване на вирішення проблем у сімейних відносинах, усунення порушень у формуванні материнської ролі, розвиток емоційного інтелекту та зміцнення внутрішньої жіночої ідентичності.

Вчені визначають кілька ключових чинників, які можуть сприяти психологічному безпліддю. Це включає в себе складне дитинство, таке як сексуально неадекватна поведінка батьків або домашнє насильство, соціальні виклики у сімейному середовищі, такі як негативні стосунки; страхи, пов'язані з вагітністю, пологами або материнством; конфлікти між кар'єрою та сімейним життям; тривалий стрес; так званий синдром «очікуваної вагітності»; а також психологічні характеристики деяких жінок. Згідно з описом А. Кінсі, до таких характеристик можна віднести:

1. «жінки-діти»: це особи, які показують незрілість і чутливість, схильні до дитячих проявів в стосунках з партнером та можуть мати різні функціональні порушення;
2. агресивно-домінуючі жінки, які відкидають свою жіночність;
3. жінки, що відіграють роль матері для свого чоловіка, віддаючи всю себе підтримці чоловіка;
4. жінки, які присвятили своє життя ідеям чи іншим зовнішнім інтересам [65].

Згідно з дослідженнями В. Мастерса [68], коли репродуктивна функція жінки перебуває в конфлікті з іншими її потребами, це може призвести до розвитку психосоматичних захисних механізмів, які спрямовані саме на репродуктивну систему. Такі механізми можуть спричиняти різноманітні дисфункції, включаючи безпліддя.

У контексті психосоматики визначено кілька причин психологічного безпліддя, зокрема страх перед вагітністю чи материнством, батьківські установки, які діють як система табу, і синдром "мертвої матері", описаний психоаналітиком К. Гоутоном, що включає гостре горе через втрату дитини,

навіть ненародженої [60, с. 388]. Інколи жінка відчуває себе матір'ю не тільки для своїх дітей, але й для своїх батьків та інших родичів. Психоаналітичний підхід також виділяє такі фактори, як підсвідома чи свідомо ненависть до себе, глибока образа та ворожість до чоловіків (або конкретного чоловіка), а також конфліктні стосунки з матір'ю.

Дослідження показують, що існує багато чинників, які впливають на психологічне безпліддя. Проте вони часто не утворюють цілісної системи, а слугують скоріше вторинними ознаками більш фундаментальних причин цього стану. Інакше кажучи, те, що часто вважають причиною, насправді може бути лише проявом глибшої проблеми.

Таким чином, метою є створення системного підходу до розуміння всіх аспектів і симптомів психологічного безпліддя, використовуючи досвід психотерапії. Психологічне безпліддя може впливати на жінку на різних рівнях її життя — психічному, емоційному, фізичному та соціальному.

Наведено кілька факторів, що можуть сприяти психосоматичному безпліддю, які актуальні для обох статей:

1. Психологічні травми дитинства. Часто дорослі, які в дитинстві були змушені піклуватися про молодших братів та сестер, жертвуючи власними інтересами, на підсвідомому рівні уникають повторення цього досвіду і, як наслідок, відмовляються від батьківства, аби жити для себе [69, с. 19].

2. Гіперфіксація на батьківстві. Іронічно, але нав'язливе бажання стати батьками може стати перешкодою через постійне хвилювання і невпевненість у власній спроможності завагітніти [73, с. 113].

3. Конфлікти у стосунках. Якщо в парі існують серйозні проблеми, психіка може реагувати, намагаючись захистити жінку від подальших труднощів, які можуть виникнути після народження дитини, таких як ризик залишитися самотньою матір'ю [43, с. 117].

4. Вплив батьківських очікувань. Іноді батьки можуть несвідомо використовувати безпліддя як спосіб контролю чи маніпуляції [57].

5. Брак знань. Страх перед народженням першої дитини часто виникає через відсутність досвіду догляду за дітьми [62, с. 1686].

6. Страх перед батьківською відповідальністю. Опіка над дитиною може викликати страх через можливість зробити помилку [77].

7. Емоційна та психологічна незрілість. Досягнення репродуктивного віку не завжди збігається з готовністю до батьківства [76].

8. Сімейні взірці. Повторення сімейних патернів і стилів взаємодії, які передаються з покоління в покоління [66, с. 51].

9. Зміни ролей. Іноді жінки приймають на себе традиційні чоловічі ролі, а чоловіки — жіночі, що може впливати на репродуктивні функції [67, с. 528].

10. Внутрішні конфлікти. Протиріччя між кар'єрними амбіціями та бажанням мати дітей можуть створювати внутрішній розлад [75].

У науковій літературі існує класифікація причин психосоматичного безпліддя, яка включає три основні категорії:

1. Причини, пов'язані з минулим індивіда;
2. Причини, які впливають на людину в її сучасному житті;
3. Причини, що стосуються очікувань та планів на майбутнє [63, с. 73].

Ці причини можуть бути як зовнішніми, тобто обумовленими соціальним або фізичним оточенням, так і внутрішніми, пов'язаними з особистісними характеристиками та емоційним станом особи.

Таким чином, безпліддя є серйозною проблемою, яка торкається мільйонів людей у всьому світі. Традиційно його розглядають з медичної точки зору, проте все більше уваги приділяється психологічним аспектам. Психологічне безпліддя – це стан, при якому неможливість завагітніти обумовлена не фізичними, а психоемоційними факторами. Це відносно нова, але важлива концепція, яка заслуговує на глибоке вивчення.

Психологічне безпліддя можна визначити як нездатність до зачаття, що обумовлена виключно психоемоційними чинниками. Відсутність фізичних патологій не виключає можливості виникнення труднощів із зачаттям через психологічні проблеми. Такий стан може виникати як у жінок, так і у чоловіків,

і зазвичай асоціюється з високим рівнем стресу, тривоги, депресії та інших психологічних розладів.

Причини психологічного безпліддя можуть бути різноманітними і часто переплітаються між собою. Однією з основних є стрес та тривога. Додатково, психологічний тиск і очікування з боку сім'ї, друзів або партнера створюють додатковий стрес. Психотравми та минулі негативні досвіди, такі як втрата дитини, важка вагітність або травматичні пологи, можуть залишити глибокий відбиток на психіці жінки і вплинути на її здатність до зачаття в майбутньому. Низька самооцінка і невпевненість у собі також можуть створювати внутрішній бар'єр для зачаття. Емоційні конфлікти та незадоволення у відносинах з партнером можуть створювати психологічні перешкоди для зачаття. Напруженість і відсутність підтримки можуть негативно впливати на емоційний стан і, відповідно, на репродуктивну функцію.

1.2. Психологічна характеристика жінок з порушенням репродуктивної сфери

Народження та виховання дітей є важливими подіями в житті жінки, пов'язаними з почуттям повноти, щастя та гармонії в родині. Відомо, що повнота людського існування і задоволення потреби у відтворенні досягається через народження власних дітей [4, с. 92]. Порівняно з іншими видами тваринного світу, людська народжуваність є відносно низькою. Репродуктивна функція, як і інші системи організму, є саморегульованою та працює за принципом зворотного зв'язку, підтримуючи циклічний ритм [33, с. 84].

Із кінця 90-х років XX століття закордонні дослідження активно вивчають психосоматичні аспекти репродуктивних порушень у жінок репродуктивного віку, таких як порушення менструального циклу, невиношування вагітності та гінекологічні захворювання [2; 3; 5]. Аналіз проведених досліджень [4; 18; 29] дозволяє узагальнити виявлені психологічні особливості пацієнток з різними формами репродуктивної дисфункції, такими як порушення менструального

циклу, гінекологічні захворювання, невиношування вагітності, затримка внутрішньоутробного розвитку дитини, гестози та ускладнення менопаузи. До конкретних психосоматичних причин безпліддя у жінок відносять страх втрати професійних досягнень, страх зміни фігури, страх за власне здоров'я після пологів, страх відсутності материнського інстинкту, страх перед вагітністю і пологами, страх втрати особистого життя після народження дитини, а також самі пологи [10, с. 78].

Тривале безпліддя, особливо при неефективному лікуванні, може призводити до психоемоційних розладів, зокрема тривожних і депресивних станів, що знижують шанси на успішне зачаття. Коли жінка репродуктивного віку протягом тривалого часу не може завагітніти, а причини цього не встановлено, у неї виникає специфічний психологічний стан, що супроводжується кризовими переживаннями. Водночас, у сучасному суспільстві жінки схильні планувати народження дитини у певний період свого життя [19].

Батьківство є ключовим перехідним етапом у доросле життя для чоловіків і жінок репродуктивного віку. Інтенсивність стресу через нездатність мати дитину можна порівняти з сильними емоційними переживаннями, почуттям агресії, депресією, тривожністю та відчуттям нікчемності [59, с. 6]. Діагноз «безпліддя» викликає у жінок кризові переживання, пов'язані з невпевненістю у майбутньому, розчаруванням, тривогою, гнівом і напругою. Дослідження свідчать, що понад 40% жінок з діагнозом «безпліддя» мають ознаки депресії, порівнянні з тими, що виявляються у пацієнтів із серцевими захворюваннями чи онкологією [1; 6]. Психіатричні порушення діагностують у 44% жінок із безпліддям, що на 15,3% вище, ніж серед здорових жінок [3]. У деяких випадках у пар з безпліддям виявляється психологічна патологія, яка є основною перешкодою для настання вагітності. У жінок репродуктивного віку, які не можуть зачати дитину, також констатують психосексуальні розлади [16].

Інститут шлюбу нині зазнає серйозних випробувань щодо збереження своєї цілісності. Сім'я є невичерпним джерелом любові, вірності та підтримки для кожної людини, де формуються основи моральності, духовності та

толерантності. Здорова та міцна сім'я є запорукою стабільності та розвитку будь-якого суспільства. Головною метою, до якої прагнули всі подружні пари, завжди було продовження свого роду. Для багатьох ця мета є найважливішою в житті, і заради неї люди готові на найнепередбачуваніші вчинки, навіть такі, що суперечать моральним, етичним та правовим нормам. За статистикою, близько 20% подружніх пар не можуть народити власних дітей [15, с. 144]. У зв'язку з цим виник комплекс медичних послуг у сфері допоміжних репродуктивних технологій.

Негативний досвід із зачаттям у сім'ях часто, а іноді й опосередковано, впливає на зниження народжуваності та небажання мати дітей у майбутньому. Наприклад, молода дівчина, спостерігаючи за проблемами з зачаттям у родичів, знайомих чи близьких людей, може втратити бажання стати матір'ю. Щоб пара могла зачати дитину, повинна відбутися низка процесів у суворій послідовності; якщо хоча б один із них відсутній, відбувається із затримкою чи не повністю, вагітність не настане. На наш погляд, чим вищий рівень особистісної тривожності, депресивних станів та незадоволеності відносинами з партнером у жінки, тим більша ймовірність того, що завагітніти, виносити та народити дитину буде неможливо, навіть за наявності здорового соматичного стану.

Кризова дезорганізація сім'ї часто призводить до психологічного насильства, яке може мати значно серйозніші та глибші наслідки для здоров'я людини, ніж фізичні захворювання. Соціальна ситуація та система відносин у кризовій сім'ї також формують індивідуальний спосіб життя та ставлення до різних «табу» [29].

Для жінок репродуктивного віку діагноз «безпліддя» та усвідомлення власної бездітності є найсильнішим стресовим фактором. Серед найпоширеніших емоцій, які переживають при цьому діагнозі, є невпевненість у майбутньому, розчарування, тривога, страх, гнів та напруга. Сьогодні загально визнано, що безпліддя – це не лише медичний, а й психологічний стан. Тому для ефективного лікування важлива комплексна допомога, яка включає психотерапію. Пацієнтки, у яких встановлено причини безпліддя,

використовують різні можливості для адаптації до нових життєвих реалій, такі як професійні досягнення, соціальна та інтелектуальна активність, щоб впоратися з цією ситуацією та зменшити нервово-психічну напругу. Жінки з ідіопатичним безпліддям [68] відзначаються вираженою нервово-психічною напругою, невротичними реакціями, розвитком інфантильних якостей, регресивними формами поведінки, незрілими типами психологічного захисту, зниженням активності та зміною мотиваційних установок [13; 18; 55].

Якщо говорити про індивідуально-особистісні особливості жінок з ідіопатичним безпліддям [56], Річтер і Голдшмітд визначають їх за двома поведінковими стилями, які не сумісні з материнством. З одного боку, це слабкі, психічно незрілі, інфантильні жінки, для яких характерна залежність. З іншого боку, це амбітні, агресивні кар'єристски, які займають чоловічу роль і прагнуть до домінування [58, с. 34].

Найчастіше у жінок із порушеннями репродуктивного здоров'я спостерігається негативне уявлення про майбутнє материнство та взаємодію з дитиною, що негативно впливає на їхнє самопочуття та психологічний стан ще на етапах планування та підготовки до вагітності і пологів. У жінок репродуктивного віку можуть виникати різні страхи, пов'язані з майбутніми змінами в тілі та житті, неприйняття себе та своєї майбутньої ролі матері, а також негативне уявлення про власне материнство. Тому психокорекційна робота та психологічна допомога жінкам із безпліддям репродуктивного віку є надзвичайно важливими. Ці заходи повинні мати комплексний і мультимодальний підхід, орієнтуватися на психологічні особливості жінок і спрямовуватися на корекцію дезадаптивних особистісних, емоційних та мотиваційно-вольових характеристик, враховуючи характерологічну та соціальну специфіку. Емоційна сфера у жінок із невстановленою формою безпліддя часто має негативний характер, супроводжується глибокими переживаннями та схильністю до депресії. Їхня поведінка зазвичай односпрямована. Відмінною рисою їхнього особистісного профілю є несвідоме почуття провини, агресія, підозрілість та ворожість до оточуючих [1; 2; 8; 9].

У пацієнток із ідіопатичним безпліддям знижуються цінність соціальних контактів, можуть зникати професійні інтереси та навички. Основними завданнями психологічної допомоги жінкам із порушеннями репродуктивного здоров'я повинні бути всебічна підтримка, максимальна відкритість та інформованість щодо того, що відбувається з ними, чому це відбувається і як із цим боротися. Необхідно залучати до роботи рідних, близьких та інших фахівців для формування позитивного досвіду материнства, усвідомлення важливості дитини як життєвої цінності, вирішення внутрішньоособистісних конфліктів та гармонізації відносин як із самою собою, так і з важливими людьми в житті жінки.

Окрім вже відомих чинників, таких як тривожність, депресія та незадоволеність стосунками, варто розглянути кілька додаткових аспектів, що можуть відігравати важливу роль у розвитку безпліддя.

О. Ходаківська зазначає, що хронічний стрес, пов'язаний з життєвими обставинами, як-от професійна діяльність, економічна нестабільність, соціальні очікування та відсутність підтримки з боку сім'ї, може суттєво порушувати репродуктивну функцію. Недостатня соціальна підтримка, зокрема з боку партнера або родичів, може підсилювати відчуття самотності та безнадії, що негативно впливає на емоційний стан жінки та, відповідно, на її здатність до зачаття [29, с. 589].

Також, як пише Дж. Станхайзер, жінки з низькою самооцінкою та негативним образом тіла можуть мати труднощі з прийняттям власної репродуктивної функції. Відчуття невпевненості у власній здатності бути матір'ю, страх перед оцінкою з боку інших людей або власного партнера можуть спричинити емоційні бар'єри, що впливають на фізіологічні процеси в організмі [80, с. 568].

Песимістичний когнітивний стиль, схильність до катастрофізації та негативної інтерпретації життєвих подій можуть збільшувати ризик розвитку психологічних станів, що ускладнюють репродуктивні функції. Дж. Станхайзер зазначає, що жінки, які постійно переживають через можливу невдачу або

боятися втратити контроль над ситуацією, можуть відчувати тривогу, яка негативно впливає на гормональний баланс і процеси овуляції [80, с. 568].

Переживання травматичних подій у минулому, таких як втрати, насильство або інші значні стресові ситуації, можуть впливати на репродуктивну систему через підсвідомі механізми захисту. Жінки, які пережили такі події, часто несвідомо пов'язують материнство з небезпекою або страхом, що може проявлятися у вигляді порушень репродуктивної функції [78].

В. Меннінгер переконаний, що роль сімейної історії та міжгенераційних травм у виникненні репродуктивних проблем є ще одним важливим аспектом, що потребує уваги. Жінки, у сім'ях яких були проблеми з безпліддям або складнощі з народженням дітей, можуть неусвідомлено переймати ці страхи та установки, що може відображатися на їхньому власному репродуктивному здоров'ї [71, с. 18].

Остання причина пов'язана з тим, що кожна людина несе в собі частину сімейної історії, зокрема те, що вона чула, бачила та переживала. Певні несвідомі установки, такі як "Я не хочу бути тим, ким я є", можуть стати підґрунтям для безпліддя, коли жінка, не усвідомлюючи цього, намагається уникнути народження дитини, аби не продовжувати рід, представників якого вона не приймає. Іншим психосоматичним чинником, що може вплинути на безпліддя, є бажання "не бути такою, якою хочуть бачити батьки". Це проявляється як підсвідомий протест проти батьківських очікувань.

Також важливим фактором може бути громадянський шлюб, оскільки кожній жінці важливо відчувати стабільність і безпеку. Народження дитини в умовах нестабільності може стати серйозним стресом для майбутньої матері, що впливає на її здатність до зачаття.

Події зовнішнього середовища, в якому перебуває жінка, можуть значно впливати на роботу її репродуктивної системи. Існує відомий феномен військової аменореї, коли у жінок припиняються місячні через стресові умови. Організм жінки ніби отримує сигнал: "зараз не час для зачаття," і репродуктивна система тимчасово перестає функціонувати відповідно до природних ритмів. Хоча на

перший погляд жінці та її майбутній дитині нічого не загрожує, цей механізм залишається вимкненим.

У мирний час жінки також можуть відчувати небезпеку, яка несвідомо заважає їм завагітніти, особливо в періоди економічної нестабільності. Психологи відзначають, що такі обставини, зокрема фінансові труднощі, можуть посилювати цей вплив [3, с. 9].

Часто психологічне безпліддя у жінок пов'язане зі страхом перед болем, побоюваннями щодо смерті під час пологів або страхом втратити дитину. Ці страхи можуть бути особливо сильними, якщо подібні випадки вже мали місце в сімейній історії. Несвідоме сприйняття материнства як джерела горя може призводити до внутрішнього відторгнення ідеї мати дитину [67, с. 56].

У деяких культурах надається перевага народженню хлопчиків, і ставлення до жінки залежить від статі народженої дитини. Несвідомий страх перед зачаттям дівчинки може пригнічувати репродуктивну функцію. Релігійні переконання також впливають на реалізацію материнського потенціалу. Жінки, як емоційні істоти, тонко відчують суспільне ставлення до них і відображають це у своїй репродуктивній поведінці.

Одним з важливих психологічних факторів безпліддя є мотиваційний конфлікт у психіці жінки. Вона може прагнути завагітніти, але водночас не залишати місця для дитини у своєму внутрішньому або зовнішньому світі. Часто жінки задаються питанням: "Чи зможу я стати хорошою матір'ю?" Це породжує тривогу та напруженість, що негативно впливає на здатність до зачаття [67, с. 61].

Однією з можливих причин психологічного безпліддя є недовіра до партнера. Жінка може або взагалі не знайти постійного супутника життя, або не відчувати достатньої довіри до чоловіка, який вже є в її житті. Це може призводити до різних психосоматичних проявів, що заважають природному процесу зачаття. Інколи виникає замкнуте коло: жінка намагається завагітніти, але не досягає успіху, що викликає у неї страх і занепокоєння – раптом це не вдасться взагалі? З'являється безліч питань: чому це не виходить? Що зі мною не

так? Усі ці думки та емоції негативно впливають на репродуктивну функцію, роблячи зачаття ще складнішим [58, с. 34].

Отже, беручи до уваги вищезазначене, психологічна характеристика жінок із порушеннями репродуктивної сфери включає наступне:

1. Несформоване почуття материнства, що виникає через негативний досвід у стосунках із власною матір'ю та сім'єю. Це може призвести до афективної (поведінка, пов'язана із незадоволеністю певних потреб [25]) та девіантної (поведінка, що не відповідає загальним стандартам [27]) материнської поведінки. Найчастіше на формування почуття материнства впливають недостатня залученість і емоційна холодність матері під час догляду та виховання дитини як у внутрішньоутробному періоді, так і після народження (наприклад, післяпологова депресія). Також важливими факторами є жорстка, авторитарна поведінка матері; материнські фрустрації (переживання та відповідна поведінка, зумовлені об'єктивними життєвими труднощами [25; 28]); депривації (незадоволення необхідних психічних потреб [31]); емоційне неприйняття; відсутність емоційної близькості з дитиною; незадоволеність матері своєю роллю; конфлікти та важкі стосунки в сім'ї; психотравмівні фактори та стресові ситуації у батьківській сім'ї.

2. Базова недовіра до навколишнього світу (А. Кім, Д. Рікс зазначали, що почуття довіри до оточуючих і до світу залежить від якості отриманої материнської турботи), що призводить до підвищеного бажання контролювати все навколо; надмірного планування; неприйняття нових речей; психологічної негнучкості; ворожості; негативних емоційних оцінок; напруженості; тривожності; відчуття небезпеки від світу та контактів з іншими людьми; складнощів у комунікації [80; 64].

3. Спотворена і незріла статево-рольова та вікова ідентичність; психологічний інфантилізм, що призводить до невпевненості в собі; нестійкої самооцінки; «застрягання» на негативних емоціях і переживаннях; спотвореного образу власного «Я» і тіла.

4. Деадаптивні методи вирішення внутрішніх і зовнішніх конфліктів,

включаючи соматизацію (перенесення негативних емоцій у фізичні симптоми, що призводить до захворювань [6; 10]) та втечу в хворобу, через руйнування (деструкція та самодеструкція – відкидання загальноприйнятих цінностей [10; 30]) своєї особистості та тіла.

5. Неконструктивні та незрілі способи психологічного захисту; низька стресостійкість; високий рівень тривожності; схильність до агресивних і депресивних реакцій, а також до «відреагування» (див. рис. 1.1).

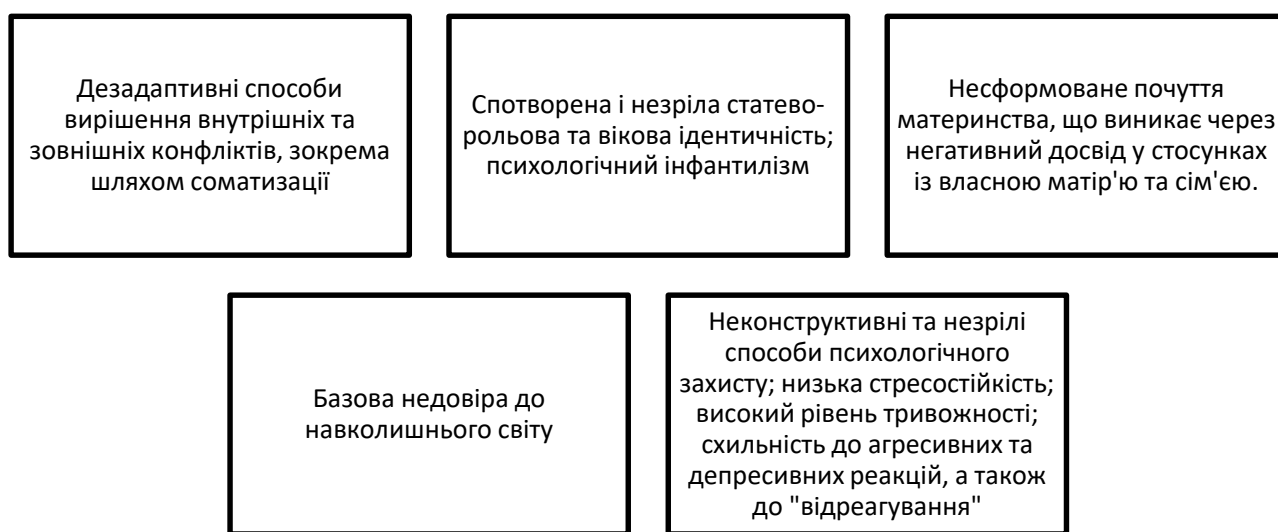


Рис.1.1. Психологічна характеристика жінок із порушеннями репродуктивної сфери

Таким чином, результати нашого дослідження показали, що тривалий негативний досвід зачаття може призвести до небажання мати дітей у майбутньому. Також встановлено, що ймовірність неможливості завагітніти, виносити та народити дитину, навіть за умови здорового соматичного стану, залежить від рівня особистісної тривожності жінок репродуктивного віку, їхнього депресивного стану та незадоволеності стосунками з партнером. Психологічний профіль жінок з порушеннями репродуктивної функції характеризується недостатньо сформованим почуттям материнства, що може бути наслідком негативного досвіду у взаєминах з матір'ю та родиною. Такі жінки часто відчувають базову недовіру до навколишнього світу, мають

спотворене та незріле уявлення про статеві ролі та вікову ідентичність. Їхній психологічний стан може проявлятися в інфантилізмі, дезадаптивних способах вирішення внутрішніх і зовнішніх конфліктів, зокрема через соматизацію. Вони також можуть використовувати неконструктивні та незрілі механізми психологічного захисту, демонструвати низьку стресостійкість, високий рівень тривожності, а також схильність до агресивних і депресивних реакцій, включаючи «відреагування».

1.3. Детермінанти розвитку особистих кордонів жінки

У даному дослідженні ми розпочнемо з визначення поняття психологічних кордонів та їхніх функцій. Це необхідно для того, щоб зрозуміти, як особисті кордони впливають на взаємодію жінки з оточуючими, її емоційне благополуччя та здатність зберігати свою ідентичність.

Психологічні кордони стосуються наших цінностей, переконань і особистої ідентичності. Вони визначають, які речі, ідеї або переконання ми приймаємо або відхиляємо. Зберігання цих кордонів допомагає нам залишатись вірними самим собі і не дозволяти іншим впливати на нашу психологічну стійкість.

Особисті кордони – це індивідуальні межі, які ми встановлюємо для себе у взаємодії з оточуючим світом. Вони визначають, які дії, поведінка чи слова прийнятні для нас, а які перекроюють наші границі. Це можуть бути фізичні, емоційні, психологічні або соціальні кордони.

Фізичні кордони охоплюють наше просторове визначення. Наприклад, особистий простір є важливим аспектом, коли ми не дозволяємо незнайомцям наближатися занадто близько. Емоційні кордони, у свою чергу, визначають нашу здатність відчувати та виражати емоції. Ми маємо право на свої власні почуття, і важливо встановлювати межі, які захищають наші емоційні границі від втручання інших.

Соціальні кордони визначають наші взаємодії з оточуючими людьми і

встановлюють межі у соціальних відносинах. Це може включати відмову від невинуватених зобов'язань або поставити границю щодо втручання у наше приватне життя [72].

Психологічні кордони визначають межу, де закінчується я і починається інше. Це природний еволюційний механізм, який дозволяє нам відокремлювати себе від навколишнього середовища. Як соціальні істоти, ми потребуємо комунікації, і неможливо бути людиною, не усвідомлюючи своїх особистих кордонів та кордонів інших. Для виживання важливо вміти домовлятися, а для цього потрібно знати, де закінчується моя особистість і починається інша.

Найзрозуміліше поняття кордонів можна усвідомити на фізичному рівні: коли хтось торкається нас, ми миттєво відчуваємо, що наші межі були порушені.

Психологічні кордони можуть бути тілесними, емоційними, аудіальними. Наприклад, якщо на вулиці хтось раптом почне кричати нам у вухо, навіть не помічаючи нас, кордони буде порушено [53].

Психологічні кордони виконують низку важливих завдань, спрямованих на захист особистості, підтримку її автономії та самостійності, а також на регуляцію соціальних відносин. Перш за все, психологічні кордони забезпечують захист внутрішнього світу людини від небажаного впливу зовнішніх факторів. Вони допомагають уникати надмірного стресу, зберігаючи психічну рівновагу в умовах постійної взаємодії з оточенням. Завдяки цим кордонам людина може обмежувати доступ до своїх особистих думок, почуттів та переконань, що є важливим для підтримки емоційної стійкості.

Другою важливою функцією є регуляція міжособистісних відносин. Психологічні кордони дозволяють чітко визначати, де закінчується особистий простір однієї людини і починається простір іншої. Це допомагає уникати конфліктів і забезпечує ефективну комунікацію, оскільки кожна сторона розуміє свої межі та межі інших. Уміння правильно встановлювати ці межі є важливою навичкою для підтримання здорових і гармонійних відносин.

Крім того, психологічні кордони відіграють важливу роль у збереженні ідентичності. Вони допомагають людині залишатися вірною своїм цінностям,

переконанням і принципам, незважаючи на зовнішній тиск або очікування з боку суспільства. Це особливо важливо у контексті соціальних взаємодій, де існує ризик втрати власної ідентичності під впливом оточуючих [22, с. 56–57].

Особистий кордон людини можна визначити як її власний психологічний простір, що включає тіло, емоції, думки, потреби, переконання та бажання. Цей термін використовується для позначення здатності людини розрізняти та відокремлювати себе від інших, а також місця взаємодії з навколишнім середовищем. Наявність сформованих особистих кордонів допомагає захистити психіку від негативних зовнішніх впливів, підтримувати цілісність та автономність особистості, а також забезпечувати безпечну і гнучку взаємодію з іншими людьми. Відсутність чітких особистих кордонів ускладнює можливість своєчасно відмовити в ситуаціях взаємодії, що може призвести до маніпулювання та проникнення зовнішніх оцінок, ідей і думок про світ і себе [12, с. 97].

У повсякденній взаємодії з родиною та іншими людьми кожна жінка змушена захищати свої особисті кордони, які включають тіло, територію, особисті речі, друзів, смаки та цінності. Жінку з добре розвиненим почуттям власництва щодо цих аспектів можна вважати суверенною особистістю, а з погано розвиненим – депривованою [50, с. 17].

Процес формування та розвитку особистих кордонів у жінки триває протягом усього життя. Це виявляється в її здатності захищати свій особистий простір, а також у вмінні знаходити баланс між власними потребами і бажаннями оточуючих. Формування особистих кордонів жінки починається ще в дитинстві і продовжується протягом усього життя. Один з початкових етапів цього процесу – усвідомлення власного тіла у ранньому віці. Згодом, з дорослішанням, приходить розуміння зовнішнього світу та інших людей через взаємодію з ними. Чим старшою стає жінка, тим більше у неї з'являється нових контактів та ситуацій, що допомагають розмежовувати себе від інших. Важливим етапом у цьому процесі є відокремлення від батьків, особливо від матері. Важливу роль у формуванні особистих кордонів у дитинстві відіграють батьки, а також інші

значимі дорослі, які можуть як підтримати, так і зашкодити [70].

У дитячому віці, через отримані повідомлення від батьків, вихователів та оточення, у майбутньої жінки формуються драйвери та заборони, які суттєво впливають на розвиток її особистих кордонів:

1. Драйвери: «Старайся», «Радуй інших», «Поспішай», «Будь досконалою», «Будь сильною».

2. Заборони: «Не живи», «Не будь собою», «Не будь дівчинкою», «Не рости», «Не досягай», «Не роби», «Не будь важливою», «Не належ», «Не будь близькою», «Не будь здоровою», «Не думай», «Не відчувай».

З наведених драйверів та заборон можна зрозуміти їх вплив на особисті кордони людини та усвідомлення власного «Я». Враховуючи це, І. Лужанський виокремлює основні чинники, що призводять до формування «нездорових» особистих кордонів жінки:

1. Травматичний досвід. Травми, отримані в дитинстві, безпосередньо пов'язані з порушенням особистих кордонів у майбутньому. Це особливо стосується травм, пов'язаних із фізичним насильством або приниженням.

2. Відсутність прийняття. Докори та невдоволення з боку батьків впливають на самоприйняття та формування особистості. Через це виникають проблеми з розумінням, де проходять межі «моє» та «не моє».

3. Умовна любов. Якщо дівчинка з раннього віку усвідомлює, що її приймають і люблять тільки за певних умов, це може призвести до того, що вона почне порушувати свої особисті кордони, намагаючись задовольнити цю потребу в любові.

4. Невміння говорити «ні». Якщо дівчинка не має права на відмову, вона не розвиває навички захисту своїх особистих кордонів. У дорослому віці це призведе до неконтрольованого страху при вторгненні в її особистий простір, що може навіть не усвідомлюватися. Відмова комусь буде сприйматися як небезпечна дія.

5. Патологічна система цінностей («у нас так прийнято»). Не завжди те, що «прийнято», є нормальним. Патологічна система цінностей, яка передається з

покоління в покоління, формує певний тип особистих кордонів жінки [23].

А. Тарасова вважає, що основні чинники, які впливають на розвиток особистих кордонів жінки, включають:

1. Тілесність. Це стосується того, наскільки жінка допускає порушення свого фізичного комфорту. Сюди входять фізичні впливи, харчові залежності, носіння незручного одягу та інші подібні аспекти.

2. Особиста територія. Це може бути її житло, кімната, квартира чи земельна ділянка.

3. Особисті речі, такі як гроші, автомобіль та персональний комп'ютер. Важливо враховувати, наскільки жінка готова допустити, щоб хтось інший користувався її особистими речами.

4. Режим життя і звички. Як жінка реагує на порушення свого звичного розкладу роботи та відпочинку? Наприклад, якщо її хронотип – сова чи жайворонок, і їй доводиться змінювати свій режим через певні обставини, наскільки це для неї складно?

5. Соціальні контакти. Цей аспект охоплює родичів, друзів і навіть домашніх тварин – всіх, з ким жінка постійно взаємодіє. Наскільки важливо для неї самостійно обирати, з ким і коли спілкуватися?

6. Цінності, уподобання та смаки. Наскільки легко жінку можна піддати маніпуляції? Як здійснюється таке маніпулювання? [53].

Вчена Ю. Володіна вважає, що важливими чинниками, які впливають на розвиток особистих кордонів жінки, є:

- здатність особистості ставити перед собою цілі;
- наявність уявлення про майбутнє;
- здатність до рефлексії;
- соціальна взаємодія та позитивний досвід у соціальних контактах;
- ефективність комунікаційного процесу, освоєння значень та смислів, систем знаків;
- соціальна та особистісна ідентичність;
- активність у різних видах діяльності;

- прагнення до творчості, саморозвитку та самореалізації;
- бажання пізнавати нове та долати межі власного розвитку [51, с. 26].

Варто відзначити, що на розвиток особистих кордонів жінки значно впливає психологічна залежність від інших людей. М. Серебрякова наголошує, що формування особистих кордонів жінки триває протягом усього життя, починаючи з повного злиття «Я» з іншою людиною (дитиною та матір'ю) і до поступової сепарації та диференціації «Я», що дозволяє усвідомити себе як окрему особистість. Проте цей процес може бути ускладнений специфікою відносин між дівчиною та її найближчим оточенням. Якщо дівчину не приймають такою, якою вона є, і вимагають від неї не спонтанності, а сліпого підкорення, вона може звикнути вважати, що точка відліку для її думок, почуттів, сприйняття та знань завжди знаходиться поза нею. Якщо для дівчини це стає найефективнішим способом виживання та збереження близьких відносин, то в дорослому житті така «відмова від себе» призводить до недостатньої автономності образу «Я» під впливом інших людей. Це проявляється у нестійкості самосприйняття, втраті особистої автономії та індивідуальності. У такому випадку йдеться про розмиті, слабо окреслені, недостатньо визначені особисті кордони жінки. Така особливість самоусвідомлення характерна для психологічно залежних особистостей, які сприймають «чужі» впливи як частину свого «Я» [34, с. 59].

Нерозуміння та відсутність усвідомлення власних почуттів, думок і потреб у залежних жінок призводять до того, що вони сприймають світ як тиск, який їм незрозумілий і сповнений тривожних очікувань та передчуттів негативного. У таких умовах залежні жінки стають все більш ригідними і намагаються посилити контроль, відчайдушно прагнучи зберегти ілюзію створеного ними світу. Розмитість особистих кордонів проявляється у заміні своїх почуттів емоціями іншої людини та злитті власних інтересів з обставинами життя іншої людини (зазвичай, аддикта) [54].

Таким чином, залежні жінки не можуть чітко визначити свої особисті кордони. Вони не усвідомлюють, де закінчуються їхні межі і де починаються

межі інших людей, через що схильні сприймати чужі проблеми як свої власні. Таке спільне функціонування при розмитих особистих кордонах призводить до змішування та поглинання. У таких умовах залежна жінка інтерпретує все, що відбувається, як безпосередньо пов'язане з нею, і одразу намагається взяти на себе відповідальність за результат спільної діяльності [20, с. 172].

Розглянемо, які фактори можуть порушувати особисті кордони жінки. О. Стадній зазначає, що особисті кордони жінки порушують інші люди, коли: звинувачують її у своїх проблемах, контролюють її поведінку, дають поради щодо того, що і як потрібно робити, нав'язують свої оцінки подій, негативно оцінюють її зовнішність та особистість [35].

У повсякденному житті це проявляється в різних ситуаціях: люди беруть речі жінки, сідають на її місце, користуються її грошима, не повертають борги, маніпулюють нею. Жінка, чиї особисті кордони порушуються, відчуває страх, гнів і фрустрацію, прагнучи уникнути подальшого спілкування. Якщо її особисті кордони слабкі, вторгнення стаються регулярно, викликаючи сильний стрес і нездатність захистити себе. Такі жінки часто відчувають себе невдахами, звинувачуючи себе у всіх невдачах. Це може призводити до розвитку депресії, оскільки вони не можуть зупинити постійні вторгнення. Парадоксально, але чим слабші у жінки особисті кордони, тим частіше вона порушує кордони інших людей.

Д. Садрєєва визначає такі фактори, що порушують особисті кордони жінки:

- сексуальне насильство та примус до сексуальних дій;
- фізичне насильство;
- використання її особистих речей без дозволу;
- нав'язування своєї присутності без можливості для жінки побути наодинці, а також вторгнення в її інтимний простір;
- читання її особистої кореспонденції (щоденник, телефон, пошта);
- постійне підслуховування та підглядання;
- ігнорування її бажань та потреб;

- крики, образи та оцінюючі коментарі;
- недоречні жарти;
- маніпуляції [32].

Безперечно, зґвалтування, примус до сексу та сексуальні домагання як важкі форми порушення особистих кордонів жінки трапляються значно рідше, ніж непрохані поради від безцеремонних родичів чи маніпуляції з боку сім'ї. Проте через свою табуйованість ці дії завдають значної психологічної та фізичної шкоди жертві. Наслідками таких порушень можуть бути депресія, посттравматичний стресовий розлад, тривожний розлад та суїцидальні тенденції.

Розглянемо, що відбувається з жінкою, чиї особисті кордони постійно порушуються:

- вона не може відмовити;
- беззаперечно підкоряється чужій владі;
- намагається догодити всім і не має власної думки;
- бере на себе відповідальність за почуття інших;
- не здатна визначити свої справжні бажання та цілі;
- витрачає багато часу на вирішення проблем інших людей;
- боїться показувати свою справжню особистість;
- прагне відповідати очікуванням інших;
- відчуває недовіру навіть до найближчих людей;
- завжди виправдовує свої дії [10].

Варто зазначити, що особисті кордони жінки формуються під впливом її оточення. Сім'я може бути як джерелом вторгнень в особистий простір, так і фактором, що зміцнює ці кордони. Якщо жінка живе в дружній сімейній атмосфері, де її побажання поважаються та задовольняються, вона не потребує додаткового захисту, і її особисті кордони залишаються цілими та непорушними. Таким чином, рівень автономії жінки відображає міру, в якій сім'я готова поважати її потреби.

Варто зазначити, що особисті кордони жінки розвиваються і змінюються протягом усього її життя, досягаючи оптимального і індивідуального рівня, який

дозволяє їй адекватно взаємодіяти зі світом і залишатися самою собою. Якщо ці кордони оптимальні, жінка може адаптувати і змінювати їх залежно від ситуації, забезпечуючи взаємодію зі світом, що відповідає її бажанням і можливостям [54].

Порушення або недостатній розвиток особистих кордонів жінки, такі як їх непроникність, пов'язані з негативними моторними установками, які могли виникнути під час її розвитку, у взаєминах з оточенням або через психологічні травми. Т. Леві зазначає, що для оптимізації особистих кордонів необхідно змінювати «внутрішню картину» рухів, подолавши ці негативні моторні установки [22, с. 61].

Згідно з думкою А. Яроцької, диференціація «Я» допомагає встановленню зрілих особистих кордонів у жінки. Недостатня диференціація «Я» заважає жінкам з контрзалежними або співзалежними моделями взаємодії формувати адекватний і послідовний образ себе. Не чіткі внутрішні кордони призводять до нездатності визначити свої бажання і потреби, адекватно оцінити можливість їх реалізації, а також до підвищеного рівня невротичності та неаутентичності. Ця розмитість внутрішніх кордонів призводить до плутанини у зовнішніх психологічних кордонах, через що жінка, не усвідомлюючи своїх справжніх потреб, не може адекватно представляти свої цінності та реалізовувати їх [45, с. 113].

Деякі емпіричні дані підтверджують динамічну рівновагу між індивідуально-психологічними (внутрішніми) та соціально-психологічними (зовнішніми) особистими кордонами жінки. Зокрема, матеріали, що відображають роль індивідуальних особливостей у розвитку уявлень про себе та соціалізаційних стратегій, свідчать про це [14, с. 174]. Дослідники Т. Костяк, В. Іванова та інші зазначають, що емпатія є одним із ключових факторів, який визначає межі соціальної взаємодії жінок. Зі збільшенням віку межі емпатійної взаємодії стають ширшими і починають взаємодіяти з особистими кордонами та способами емоційної реакції. Як високий, так і низький рівень емпатії ускладнює соціальну взаємодію, звужуючи її межі, тоді як середній рівень емотивності сприяє розширенню простору для спілкування [20, с. 52].

У дослідженні І. Іванової була продемонстрована роль переживань у розширенні та звуженні особистих кордонів жінки. Дослідження показали, що позитивні соціальні переживання, такі як ставлення до норм, правил і еталонів, які мають значення для соціального оточення, не лише розширюють соціальний простір і рольовий репертуар жінки, але й сприяють формуванню позитивних індивідуальних переживань, зокрема ставлення до себе. Це, в свою чергу, підвищує ступінь диференційованості особистісної ідентичності, що можна розглядати як розширення її меж. Негативні соціальні переживання, хоча і не відіграють такого значущого впливу на визначення соціальних кордонів, проте мають не меншу роль у звуженні особистісної ідентичності. Це, ймовірно, пов'язано з витісненням негативних уявлень про себе у підсвідомість і зменшенням диференційованості, кількості параметрів, за якими жінки оцінюють себе.

У дослідженні М. Кончаловської було виявлено вплив інтелекту на рівень диференційованості особистісної ідентичності та тимчасову перспективу жінок. Результати показали, що зміни у розширенні соціального простору впливають на межі особистісного простору та часові рамки уявлень про себе. Цей взаємозв'язок виявляється сильнішим у жінок з вищим середнім рівнем інтелекту [73].

Якщо в дослідженнях Т. Костяк, І. Іванової та М. Кончаловської основна увага приділялася внутрішнім особистим кордонам, то у роботах І. Грінфельд, навпаки, акцент був зроблений на зовнішніх, соціальних кордонах. Матеріали, отримані І. Грінфельд, показали, що у дівчат із сімей з різним матеріальним достатком і різною можливістю вільного пересування світом, існують значні відмінності не лише в рольовому репертуарі, але й у особистісних характеристиках. Зокрема, матеріальний достаток підвищував рівень впевненості у майбутньому та захищеності в сім'ї, водночас знижуючи рівень особистісної активності. Натомість розширення фізичних меж пересування збільшувало не тільки особистісну активність і відповідальність дівчат, але й ступінь усвідомленості та диференційованості їх уявлень про себе [73].

Слід підкреслити, що особисті кордони жінки відіграють ключову роль, оскільки вони забезпечують збереження особистого простору, необхідного для її добробуту та емоційного комфорту. Жінки, які не вміють позначати та захищати свої кордони, стикаються з труднощами в спілкуванні з більш наполегливими та впевненими в собі людьми, стають залежними від думки та уваги інших. Такими жінками легко маніпулювати, вселяючи їм почуття провини та сорому, через що вони часто роблять те, чого насправді не хочуть. У них виникають труднощі у міжособистісному спілкуванні, і їм важко знайти баланс між вимогами суспільства та власними потребами. Виконуючи бажання інших, такі жінки витрачають свої ресурси, втрачають час і сили. Їм важко зрозуміти власні бажання та знайти своє призначення. Часті або тривалі порушення особистих кордонів призводять до накопичення негативних емоцій, що може спричинити хронічний стрес, депресію, нервові розлади та панічні атаки [81].

Отже, особисті кордони жінки виконують важливу функцію збереження її особистого простору, який є необхідним для благополуччя та внутрішнього комфорту. Формування та розвиток цих кордонів залежать від багатьох факторів, що діють як на внутрішньому, так і на зовнішньому рівнях.

Тілесність, особиста територія, особисті речі, режим життя, соціальні контакти, цінності, уподобання та смаки – всі ці чинники відіграють ключову роль у формуванні та зміцненні особистих кордонів. Захищаючи свої кордони, жінка забезпечує собі благополуччя та внутрішній комфорт, що дозволяє їй залишатися самою собою та адекватно взаємодіяти зі світом.

Висновки до першого розділу

Безпліддя є серйозною проблемою, що зачіпає мільйони людей по всьому світу, і останнім часом все більше уваги приділяється психологічним аспектам цієї проблеми. Психологічне безпліддя визначається як нездатність до зачаття, обумовлена психоемоційними факторами. Відсутність фізичних патологій не виключає можливості труднощів із зачаттям через психологічні проблеми, такі

як стрес, тривога, депресія та інші розлади.

Основними причинами психологічного безпліддя є постійний стрес, соціальний тиск, травматичні події, невпевненість у собі, низька самооцінка та емоційні конфлікти у відносинах. Жінки з порушенням репродуктивної функції часто мають несформоване почуття материнства, базову недовіру до світу, спотворену статево-рольову ідентичність і психологічний інфантилізм. Вони також використовують дезадаптивні способи вирішення конфліктів, зокрема соматизацію.

Особисті кордони жінки виконують важливу функцію збереження особистого простору, необхідного для благополуччя та внутрішнього комфорту. Їх розвиток залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Тілесність, здатність ставити цілі, уявлення про майбутнє та рефлексія допомагають жінці усвідомлювати свої потреби та бажання. Недостатня диференціація «Я» призводить до невротичності. Вищий рівень інтелекту сприяє кращому розвитку особистих кордонів.

Сім'я відіграє вирішальну роль у формуванні кордонів: дружня атмосфера їх зміцнює, а вторгнення і маніпуляції порушують. Соціальні контакти та емпатія визначають межі соціальної взаємодії: середній рівень емпатії розширює простір для спілкування. Негативні соціальні переживання звужують особистісні кордони, тоді як позитивні їх розширюють.

Захист особистих кордонів забезпечує жінці благополуччя та внутрішній комфорт, дозволяючи адекватно взаємодіяти зі світом.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ОСОБИСТІСНИХ КОРДОНІВ ЖІНКИ З ФАКТОМ ВИНИКНЕННЯ У НЕЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

2.1. Організація та методи дослідження взаємозв'язку особистих кордонів жінки з ситуацією психологічного безпліддя

У дослідженні, присвяченому аналізу взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з виникненням у неї психологічного безпліддя, було залучено 70 респонденток. Учасниці дослідження які потрапили в експериментальну групу (35 респонденток) є пацієнтками ТОВ «Південний Медичний Центр» і вже більше двох років лікуються від безпліддя, не маючи при цьому жодних фізіологічних проблем, які могли б заважати завагітніти. Інші 35 жінок з контрольної групи вже мають дітей.

Вибірка складалася виключно з жінок, що дозволило зосередитися на специфічних психологічних та фізіологічних аспектах, характерних для цієї групи. Віковий діапазон учасниць коливався від 23 до 35 років, охоплюючи період репродуктивного віку, коли питання безпліддя є особливо актуальним. Усі респондентки є громадянками України, що забезпечує однорідність вибірки за національною ознакою та враховує соціокультурний контекст, який може впливати на психологічні особливості та поведінкові стратегії жінок.

Кожна з учасниць експериментальної групи перебуває під наглядом фахівців ТОВ «Південний Медичний Центр», що гарантує високий рівень медичної діагностики та лікування. Незважаючи на відсутність фізіологічних причин для безпліддя, усі жінки зіткнулися з труднощами у завагітнінні, що свідчить про можливу наявність психологічних бар'єрів, які впливають на їх репродуктивну функцію.

Під час дослідження були дотримані всі необхідні етичні стандарти, включаючи інформовану згоду учасників, конфіденційність особистих даних та можливість відмови від участі в будь-який момент без будь-яких наслідків.

Серед різновидів психологічного дослідження найбільш доцільним для досягнення поставлених цілей є емпіричне описове дослідження, яке описує сукупність отриманих результатів в межах відповідних умов з метою пояснення, чому вони саме такі, а не інакші. У психологічній науці склалися відповідні вимоги до проведення психологічного дослідження: інваріантність одержуваного знання, об'єктивність, тощо. Подібні вимоги припускають неупередженість і об'єктивність дослідника, його точне дотримання етичних і професійних стандартів.

В нашому випадку процес організації та проведення емпіричного дослідження взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя передбачав:

- по-перше, побудову стратегії дослідницької поведінки;
- по-друге, знання умов (причин), які викликають зміни у поведінці досліджуваних, в тому числі й під впливом діагностичного процесу;
- по-третє, технологічне володіння психодіагностичним інструментарієм;
- по-четверте, складання наукового теоретико-діагностичного висновку за результатами аналізу наукової літератури та проведення емпіричного дослідження.

Також організація та проведення емпіричного дослідження взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя потребувала дотримання основних принципів психологічної науки, а саме: наукової обґрунтованості; розвитку; структурності; особистісного підходу; ненанесення шкоди респондентам; відкритості для них результатів дослідження; об'єктивності висновків; ефективності пропонованих практичних рекомендацій.

При цьому, основним завданням даної частини роботи була розробка напрямків емпіричного дослідження, його організація, обґрунтування

репрезентативної вибірки, укладення комплексу методів і методик, що є релевантними меті та завданням дослідження.

Загалом, емпіричне дослідження взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя, містило такі основні та послідовні частини:

- 1) підготовчу частину (розробка програми емпіричного дослідження, обґрунтування вибірки, вибір і розробка психодіагностичного інструментарію, підготовка стимульного матеріалу тощо);
- 2) власно психодіагностичну частину (добір всіх емпіричних даних);
- 3) аналітичну частину (математико-статична обробка та інтерпретація отриманих даних).

Отже, перша, підготовча частина емпіричного дослідження полягала у теоретичному узагальненні проблеми феномену психологічного безпліддя та поняття про психологічні кордони, у відборі психодіагностичного інструментарію, визначенні репрезентативної вибірки. Розглянемо більш детально зміст підготовчої частини емпіричного дослідження.

Так, на першому етапі підготовчого дослідження було здійснено пошук літературних джерел та проведений теоретичний аналіз проблеми психологічного безпліддя на базі психологічної літератури. Відповідно підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження стали результати теоретичного аналізу зарубіжних та вітчизняних джерел. Саме викладені у першому розділі здобутки теоретичного аналізу визначили напрями емпіричної частини роботи і систему дослідницьких процедур, що спрямовані на діагностику особливостей взаємозв'язку особистісних кордонів жінки з фактом виникнення у неї психологічного безпліддя

На другому етапі підготовчого дослідження нами вибиралися методи і конкретні психодіагностичні методики проведення емпіричного дослідження особистісних кордонів. Добір психодіагностичних методик здійснювався на підставі вимог, що висуваються до психодіагностичного інструментарію: концептуальна обумовленість методу, відповідність методики меті, завданням та

предмету дослідження; достатню репрезентативність, надійність, валідність та об'єктивність тесту; чіткість та однозначність інструкцій щодо проведення дослідження; можливість порівняння отриманих результатів з результатами інших авторів, при цьому необхідно враховувати, як саме розуміється автором конкретної методики психічне явище, що вивчається, яку воно має структуру, склад показників тощо.

На третьому етапі підготовчого дослідження була сформована вибірка респондентів та проведене тестування за обраними діагностичними методиками.

На цьому етапі були дотримані важливі правила, які сприяли аналізу і інтерпретації результатів дослідження, а саме:

1) узагальнення усіх емпіричних даних, що характеризують стан досліджуваного під час проведення психодіагностичного обстеження, оскільки від цього стану багато в чому залежать процес і результати дослідження;

2) оцінка мотивованості досліджуваного в дослідженні, наявність або відсутність зацікавленості;

3) аналіз усієї сукупності даних, що отримуються по кожній з конкретних методик (розуміння інструкції, ставлення до завдання, спосіб виконання, помилки і можливість їх корекції, прояв емоційно-вольової сфери і т. п.);

Після цього, з врахуванням результатів аналізу та інтерпретації результатів дослідження, а також наукових джерел з даної проблематики, були розроблені практичні рекомендації щодо покращення емоційних зв'язків сім'ї в умовах війни.

Після глибокого вивчення теоретичного матеріалу, ми обрали такі методики для емпіричного дослідження, а саме:

- Авторська анкета для дослідження особистісних кордонів та психологічного безпліддя.

Розроблена анкета для дослідження особистісних кордонів та психологічного безпліддя охоплює різні аспекти життя жінок, що можуть впливати на їхній психологічний стан та репродуктивну функцію. Зібрані дані

дозволять провести глибокий аналіз і виявити закономірності, що зумовлюють взаємозв'язок між цими факторами.

Демографічна інформація, зокрема вік, соціальний статус, тривалість шлюбу чи стосунків, є важливими показниками, які допоможуть визначити вікові групи та соціальні обставини, що можуть бути більш схильними до психологічного безпліддя та порушення особистісних кордонів. Вік респондентів надає можливість корелювати результати з певними віковими категоріями, а соціальний статус і тривалість стосунків дозволяють аналізувати вплив стабільності емоційного стану на репродуктивну функцію.

Медична та репродуктивна інформація, така як тривалість спроб завагітніти, наявність діагнозів, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям, та досвід лікування безпліддя, надає можливість виявити зв'язок між фізичними та психологічними факторами, що впливають на репродуктивну функцію. Ця інформація є критичною для розуміння комплексності проблеми психологічного безпліддя.

Психологічні аспекти, включаючи оцінку рівня стресу, підтримку з боку партнера та родини, частоту відчуття пригніченості через невдачі завагітніти, а також стратегії справляння з негативними емоціями, допоможуть визначити загальний психологічний стан жінок та його вплив на репродуктивну функцію. Високий рівень стресу та відсутність підтримки можуть суттєво впливати на здатність жінки справлятися з викликами, пов'язаними з безпліддям, та захищати свої особистісні кордони.

Оцінка особистісних кордонів, зокрема частота відчуття їх порушення, реакції на такі ситуації, труднощі з висловленням потреб і бажань, здатність казати «ні» та відчуття неповаги до кордонів з боку партнера, дозволяє виявити, наскільки жінка відчуває себе захищеною у своєму особистому просторі. Ці показники є важливими для розуміння рівня її емоційної стійкості та впевненості у відстоюванні своїх меж.

Нарешті, аналіз впливу психологічних факторів на репродуктивну функцію, зокрема сприйняття жінкою впливу її психологічного стану на спроби

завагітніти, використання різних методів психологічної підтримки та здатність справлятися зі стресом, дозволяє оцінити, наскільки ефективно жінки можуть адаптуватися до стресових ситуацій та подолати психологічні бар'єри, що можуть впливати на їхню репродуктивну функцію.

- методика діагностики психологічних меж особистості Т. С. Леві

Ця методика призначена для вивчення психологічних меж осіб, які досягли 18 років. Текст методики та ключ до неї розміщено в Додатку Б. Методика складається з шести шкал, які відповідають шести функціям психологічної межі особистості:

1) Непроникна функція – межа непроникна для зовнішніх впливів, якщо вони сприймаються як шкідливі. У такій ситуації людина здатна сказати «ні», відштовхнути або стримати натиск. Це можливо за умови, що людина має внутрішнє право на незалежність і власний психологічний простір. Непроникна функція – дії особи, спрямовані на захист від зовнішніх впливів, стримують активність оточуючих: «Якщо мене просять зробити те, чого я не хочу, я можу сказати «ні». «Навіть якщо хтось вимагає від мене більше, ніж я здатний виконати, мені простіше погодитися, ніж відмовити».

2) Проникна функція – межа дозволяє зовнішнім впливам проникати всередину. Таке «розчинення» меж можливе, якщо людина впевнена в собі і довіряє іншим. Здатність до розчинення меж є важливою умовою для резонансної взаємодії, коли людина ототожнюється та ідентифікується з іншим (важливо пам'ятати, що здорове злиття можливе лише тоді, коли людина не втрачає відчуття свого «Я» і розчинення меж не означає розчинення «Я»). Проникна функція – дії особистості, спрямовані на прийняття зовнішніх впливів; при досягненні мети людина відчуває єднання зі світом. Питання орієнтовані на виявлення цього стану: «Іноді я відчуваю таке єднання з іншою людиною, що ми здаємось одним цілим»; «Мені важко повністю довіритися іншій людині, навіть якщо я цього хочу».

3) Поглинаюча функція – межа «поглинає» бажане з навколишнього середовища. Ця функція передбачає внутрішнє право людини на задоволення

своїх потреб, що дозволяє просити про допомогу, відкрито заявляти про свої потреби та активно прагнути їх задоволення. Поглинаюча функція – дії особистості, спрямовані на отримання та вбирання чогось із зовнішнього світу: «Якщо я усвідомлюю свою потребу, я зазвичай активно дію, щоб досягти бажаного»; «Я часто наполягаю на своїй точці зору, яка виражає мої інтереси та бажання».

4) Функція емоційного віддзеркалення – межа пропускає внутрішні імпульси. Ця функція передбачає право людини на самовираження за наявності відповідних умов. Функція емоційного віддзеркалення – дії людини спрямовані назовні, виражаючи її внутрішній стан: «Мені важко висловлювати теплі почуття до інших людей»; «Мені легко бути спонтанним у вираженні своїх емоцій».

5) Стримуюча функція – дає можливість утримувати внутрішню енергію, коли це потрібно, у відповідності до зовнішніх обставин. Стримуюча функція – дії особистості спрямовані на утримання власних внутрішніх станів: «Мені легко стримувати свої емоції»; «Коли я відчуваю сильні негативні емоції, часто виражаю їх на оточуючих».

6) Спокійно-нейтральна функція – відображає стан спокою людини, яка не відчуває мотивації до активної взаємодії зі світом «тут і зараз» у разі аналогічного стану зовнішнього середовища. Спокійно-нейтральна функція – дії людини спрямовані на збереження стану спокою, що можна розпізнати за відповідним внутрішнім станом. При досягненні мети людина відчуває внутрішній спокій: «Я можу залишатися спокійним, коли підтримую зоровий контакт з іншою людиною»; «Я зазвичай почуваюся напружено, якщо поруч зі мною малознайома людина» .

Кожна шкала містить вісім тверджень, з яких половина є прямими, а половина – зворотними. На кожне твердження є чотири варіанти відповіді: «Так», «Швидше так», «Швидше ні», «Ні». Кількісний аналіз отриманих результатів дозволяє оцінити розвиток функцій психологічної межі у респондентів.

Питання методики спрямовані на виявлення здатності виконувати дії, відповідні певній функції. Респонденти обирають дію, порівнюючи інформацію про свій внутрішній стан і зовнішні обставини. Дія на межі є автентичною, якщо вона відповідає внутрішнім спонуканням. Таким чином, формулювання тверджень методики покликане перевірити можливість виконання дій, що відповідають внутрішньому імпульсу. Наприклад: «Якщо мене просять зробити те, чого я не хочу робити, мені важко сказати «ні». Відмова є дією на межі, яка зупиняє активність іншого.

Безумовно, існують ситуації, коли людина свідомо вирішує поступитися своїми бажаннями заради інших. Проте, якщо людина здебільшого не може відстоювати свій простір і уникає відповідних дій, це свідчить про те, що її «непроникна функція психологічної межі» недостатньо розвинена.

- тест-опитувальник «Суверенність психологічного простору» С. К. Нартової-Бочавер

Цей опитувальник належить до категорії стандартизованих особистісних тестів. Він призначений для підлітків від 11–12 років і дорослих, для яких застосовується адаптована ретроспективна інструкція.

Автор вважає, що основні процеси ідентифікації завершуються у підлітково-юнацькому віці, тому результати для підлітків і дорослих практично не відрізняються. Завдяки зміні інструкції, тест також можна використовувати для оцінки психологічної близькості та відносин на відстані всередині сім'ї. Опитувальник дозволяє визначити рівень суверенності психологічного простору, де кожне твердження може бути прийняте або відкинуте респондентом.

Концептуально шкали опитувальника є змістовно незалежними (кожен пункт належить лише до однієї шкали), тому загальний показник суверенності дорівнює сумі показників по шести шкалах. Зміст кожної шкали можна використовувати для дослідження суверенності психологічного простору особистості за іншими шкалами. Наприклад, твердження про суверенність

структури цінностей можуть бути пов'язані з суверенністю тілесного носія психологічних аспектів.

Особливістю опитувальника є зміст пунктів тверджень, які виступають як «одиниці» суверенності психологічного простору. Ці одиниці можуть розглядатися як реакції суб'єкта в життєвих ситуаціях «виклику» або впровадження.

Тест містить 80 тверджень, які звертають увагу респондентів на їхній дитячий досвід. Опитувальник складається з шести шкал. Перша шкала, суверенність фізичного тіла, відображає рівень соматичного благополуччя. На протилежному полюсі, депривації, можна спостерігати дискомфорт, спричинений дотиками, запахами або примусовим задоволенням фізіологічних потреб. Шкала суверенності території показує відчуття безпеки у фізичному просторі, де перебуває людина, а на полюсі депривації – відсутність територіальних меж. Суверенність світу речей відображає поважне ставлення до особистої власності людини, яку вона має право контролювати. Депривація на цій шкалі означає невизнання права людини на особисті речі.

Шкала суверенності звичок при високих показниках свідчить про прийняття людиною свого розпорядку життя, тоді як низькі показники вказують на примусові спроби змінити комфортний для неї ритм. Суверенність соціальних зв'язків відображає право особи на дружбу та знайомства, які можуть бути прийнятими в родинному колі, тоді як депривація вказує на обмеження її соціального життя. Остання шкала, суверенність цінностей, при високих балах передбачає свободу у виборі смаків і світогляду, тоді як низькі бали вказують на примусове прийняття чужих цінностей.

- Тест «Самооцінка психічних станів» розроблений Г. Айзенком.

Цей тест спрямований на виявлення певних неадаптивних станів, таких як тривога, фрустрація та агресія, а також особистісних характеристик, як-от тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність, які можуть ускладнювати соціалізацію молоді, їхнє спілкування та позитивне сприйняття себе. Тому важливо ідентифікувати ці риси для подальшого коригування. У

межах цієї методики тривожність трактується як особливість особистості, що проявляється схильністю до частих і інтенсивних станів нервозності з низьким порогом активації. Тривога у цьому випадку є реакцією на емоційний дискомфорт, викликаний страхом невдачі чи уявною загрозою. Фрустрація описується як емоційний стан, що виникає через неможливість задовольнити потреби або досягти цілі. Агресивність визначається як безпідставна ворожість до інших людей або до світу в цілому, що не обумовлена зовнішніми чинниками. Ригідність характеризується складністю або повною нездатністю змінювати обраний план дій у ситуаціях, де потрібна адаптація.

Методика включає 40 тверджень, що детально описують різні психологічні стани. Учасники мають ознайомитися з кожним твердженням та оцінити, наскільки часто вони відчували подібні стани: часті випадки оцінюються в 2 бали, рідкісні – в 1 бал, а якщо стан не відповідає їхньому досвіду – 0 балів.

Після цього результати підраховуються окремо для кожної з чотирьох шкал: тривожності, фрустрації, агресивності. Аналіз отриманих відповідей допомагає визначити рівень вираженості кожного стану. Загальна кількість балів, що коливається від 0 до 7, вказує на низький рівень, в той час як діапазон від 8 до 14 балів свідчить про середній рівень, а оцінки від 15 до 20 балів вказують на високий рівень прояву кожного з психологічних станів.

2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту

У рамках даного дослідження для визначення взаємозв'язку між особистісними кордонами жінки та виникненням у неї психологічного безпліддя було використано спеціально розроблену анкету. Анкета містила запитання, які дозволяли оцінити особистісні характеристики респонденток, що можуть впливати на їхній психологічний стан і репродуктивну функцію.

Вибірка респонденток експериментальної групи, які взяли участь у дослідженні, включає представниць трьох вікових груп: 23–25 років (28,6%), 26–30 років (42,9%) та 31–35 років (28,6%). Найбільша частка респонденток (42,9%)

знаходиться у віковій групі 26–30 років. Це свідчить про те, що більшість жінок у цьому дослідженні знаходяться у періоді активного репродуктивного віку, коли питання материнства є найбільш актуальним. Така рівномірна розподіленість серед вікових груп дозволяє дослідити різні аспекти психологічного безпліддя на різних етапах репродуктивного віку.

Контрольна група респонденток, яка складається з жінок, що вже мають дітей, також була поділена на три вікові категорії: 23–25 років (25,7%), 26–30 років (45,7%) та 31–35 років (28,6%) (див. рис. 2.2). Найбільша частка респонденток (45,7%) також знаходиться у віковій групі 26–30 років, що вказує на схожість вікового розподілу між експериментальною та контрольною групами. Такий метод дозволяє здійснювати порівняння між групами, що належать до однакових вікових категорій, що забезпечує достовірність результатів дослідження (див. рис.2.1).

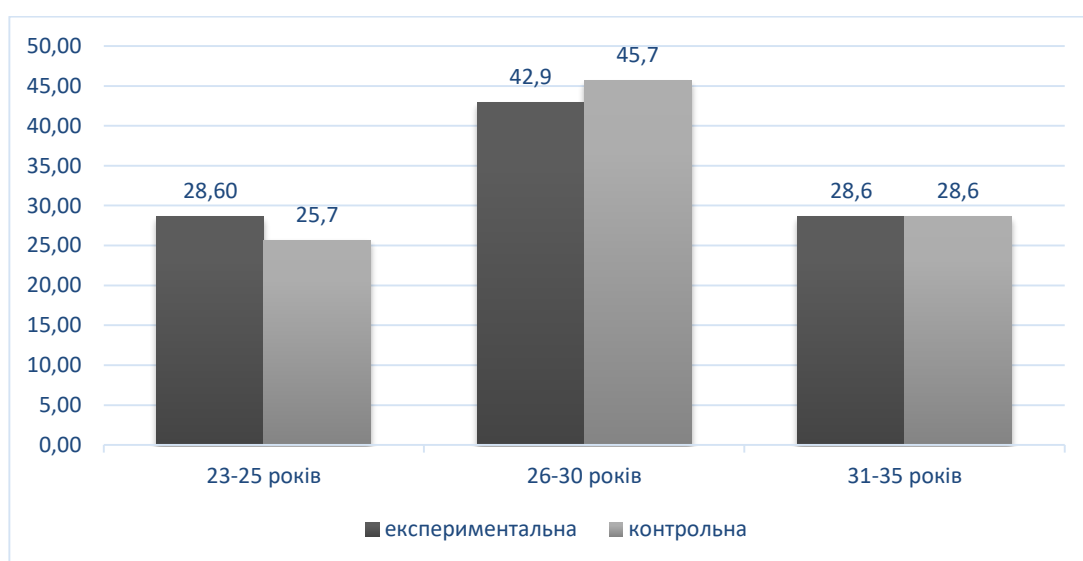


Рис.2.1. Розподіл респонденток експериментальної та контрольної групи за віком, у %

Більшість респонденток експериментальної групи (71,4%) є заміжніми, що може вказувати на наявність стабільних партнерських стосунків та підтримки з боку чоловіка у вирішенні питань, пов'язаних із безпліддям. 14,3% жінок перебувають у цивільному шлюбі, що також може свідчити про певний рівень партнерської підтримки. Незаміжні (8,6%) та розлучені (5,7%) жінки становлять

меншу частку вибірки, що може свідчити про менший рівень підтримки з боку партнера та, можливо, про додаткові стресові фактори, пов'язані із соціальним статусом.

У контрольній групі, яка складається з жінок, які вже мають дітей, спостерігається схожий розподіл за сімейним статусом. Заміжні жінки складають 68,6% від загальної кількості, що також вказує на наявність стабільних сімейних відносин і підтримки з боку партнера. У цивільному шлюбі перебувають 17,1% жінок, що трохи більше ніж у експериментальній групі, але теж свідчить про наявність певного рівня партнерської підтримки. Незаміжні жінки складають 8,6%, у той час як відсоток розлучених жінок становить 5,7%, що відповідає даним експериментальної групи (див. рис. 2.2.).

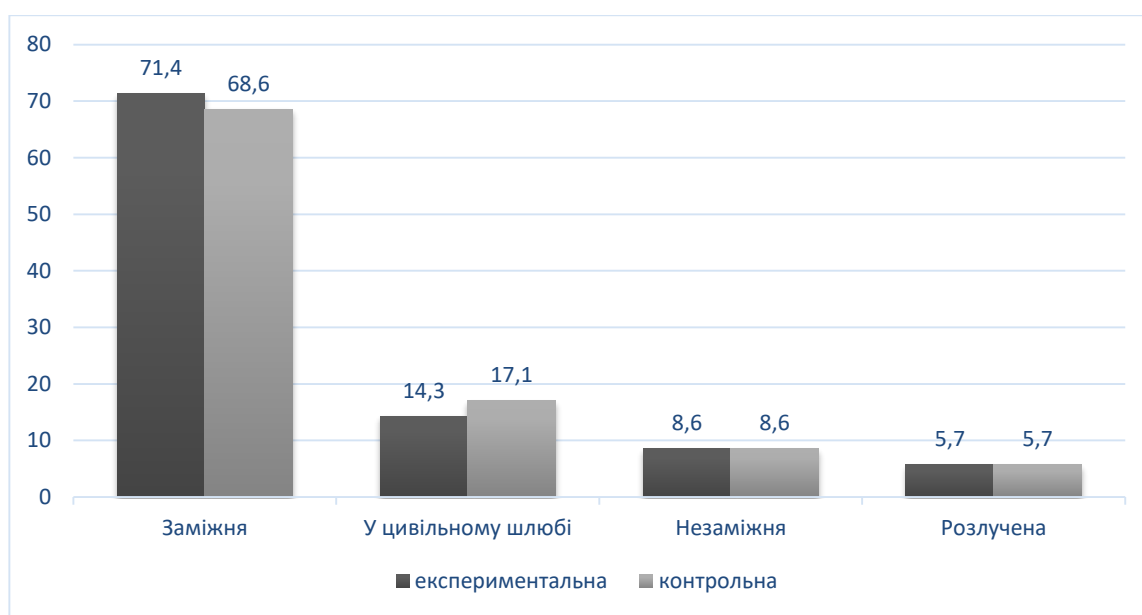


Рис.2.2. Розподіл респонденток експериментальної та контрольної за соціальним статусом, у %

Розподіл тривалості шлюбу або відносин серед респонденток є досить рівномірним: до 3 років (28,6%), 4–7 років (42,9%) та більше 7 років (28,6%). Найбільша кількість жінок перебуває у шлюбі або стосунках тривалістю від 4 до 7 років, що може свідчити про стабільність партнерських відносин та активні спроби завагітніти в цей час. Ці дані також можуть свідчити про те, що жінки з

довготривалими відносинами мають більше часу для виявлення проблем з репродуктивною функцією та пошуку рішень.

Контрольна група жінок, які вже мають дітей, демонструє схожі результати. Тривалість шлюбу або відносин серед респонденток цієї групи розподіляється наступним чином: до 3 років – 25,7%, 4–7 років – 45,7%, більше 7 років – 28,6% (див. рис. 2.3.) Найбільша частка жінок, як і в експериментальній групі, має тривалість шлюбу/відносин від 4 до 7 років, що також вказує на стабільність у партнерських стосунках. Це може свідчити про те, що більшість жінок контрольної групи перебували у сприятливих умовах для народження дітей.

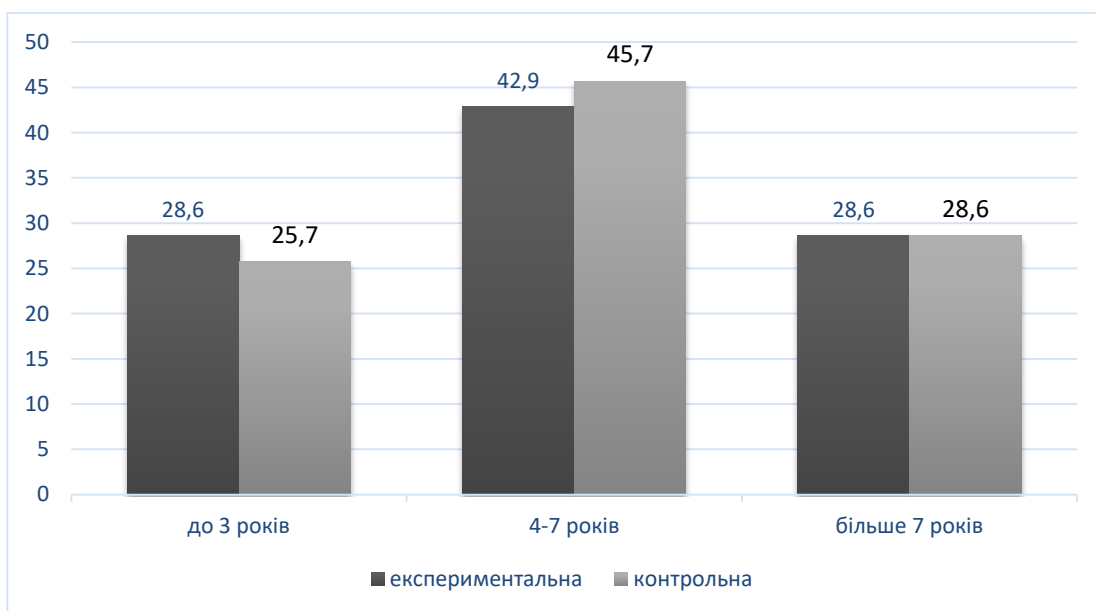


Рис.2.3. Розподіл респонденток експериментальної та контрольної за тривалістю шлюбу, у %

Рівень освіти респонденток з експериментальної групи варіюється, причому більшість має вищу освіту (57,1%), а 14,3% навіть мають науковий ступінь. Жінки із середньою спеціальною освітою становлять 22,9%, а з середньою освітою – лише 5,7%. Високий рівень освіти серед респонденток може бути пов'язаний із вищою обізнаністю про репродуктивні проблеми та більш активним пошуком медичної допомоги. Крім того, жінки з вищим рівнем

освіти можуть мати більше ресурсів для забезпечення необхідного лікування та психологічної підтримки.

Переважає більшість респонденток з експериментальної групи мають середній рівень доходу (57,1%), що свідчить про стабільний економічний стан. 28,6% жінок мають низький рівень доходу, що може впливати на їхні можливості отримання якісного медичного обслуговування та психологічної підтримки. Високий рівень доходу мають 14,3% респонденток, що може забезпечувати кращі умови для лікування та підтримки психологічного стану. Більшість жінок проживає в місті (71,4%), водночас, 28,6% респонденток проживають у сільській місцевості. Усі респондентки (100%) не мають дітей. Усі респондентки (100%) мають діагноз безпліддя, що є основною умовою для участі у дослідженні.

Рівень освіти у контрольній групі також є високим: 54,3% мають вищу освіту, 11,4% – науковий ступінь, 25,7% – середню спеціальну освіту, і 8,6% – середню освіту. Це свідчить про аналогічну обізнаність та ресурси серед респонденток контрольної групи. Що стосується рівня доходу, більшість жінок також мають середній рівень доходу (54,3%), 25,7% мають низький дохід, а 20% – високий дохід, що підтверджує стабільний економічний стан, схожий з експериментальною групою.

Серед жінок контрольної групи більшість також проживає в місті (68,6%), тоді як 31,4% мешкають у сільській місцевості. На відміну від експериментальної групи, усі респондентки контрольної групи вже мають дітей, що забезпечує необхідний контраст для порівняння з жінками, які не мають дітей і лікуються від безпліддя.

Найбільша частка респонденток експериментальної групи (42,9%) намагається завагітніти протягом 2–4 років та 5–7 років. Це свідчить про тривалий період безуспішних спроб, що може суттєво впливати на психологічний стан жінок. Лише 14,3% жінок намагаються завагітніти більше 7 років, що вказує на можливу хронічну стресову ситуацію та виснаження ресурсів для подолання безпліддя.

Жодна з респонденток експериментальної групи (0%) не має фізіологічних проблем, що впливають на репродуктивну функцію. Це важливий критерій для дослідження, оскільки дозволяє зосередитися саме на психологічних аспектах безпліддя.

Усі респондентки експериментальної групи (100%) проходили лікування від безпліддя більше двох років. Це свідчить про тривалий період медичних інтервенцій, що може суттєво впливати на психологічний стан жінок, їх мотивацію та надію на позитивний результат.

Більшість респонденток експериментальної групи оцінюють свій рівень стресу як середній або високий. 42,9% жінок мають рівень стресу між 4 і 6, що свідчить про помірний стрес. Також 42,9% оцінюють свій стрес між 7 і 10, що вказує на високий рівень стресу. Лише 14,3% жінок мають низький рівень стресу (1–3). Переважна більшість респонденток (71,4%) відчують підтримку з боку партнера. Проте 28,6% жінок не відчують такої підтримки, що може посилювати їхні стресові стани та негативно впливати на психологічне самопочуття.

У контрольній групі жінок, які вже мають дітей, спостерігається дещо інший розподіл рівня стресу. Лише 28,6% респонденток оцінюють свій рівень стресу між 7 і 10, що свідчить про високий рівень стресу, тоді як 45,7% жінок мають помірний рівень стресу (4–6). Низький рівень стресу (1–3) відзначають 25,7% жінок, що на 11,4% більше, ніж у експериментальній групі. Це може вказувати на кращу стресостійкість серед жінок, які вже мають дітей, можливо завдяки їхньому досвіду материнства та стабільнішій ситуації в сімейному житті.

57,1% респонденток експериментальної групи часто відчують провину або сором через свою репродуктивну ситуацію, що вказує на високий рівень психологічного дискомфорту та внутрішнього конфлікту. Це може бути пов'язано з соціальними очікуваннями та особистими переживаннями щодо ролі матері. Інші 42,9% жінок не відчують таких негативних емоцій, що може свідчити про кращу психологічну адаптацію до ситуації безпліддя або про наявність ефективних стратегій подолання стресу.

Більшість жінок експериментальної групи (57,1%) можуть відкрито обговорювати свої почуття та переживання з партнером, що свідчить про високий рівень емоційної близькості та комунікації в їхніх стосунках. Водночас, 42,9% жінок не можуть відкрито обговорювати свої почуття, що може вказувати на проблеми в комунікації та додатковий стрес.

Щодо можливості обговорення почуттів та переживань з партнером, у контрольній групі 68,6% жінок зазначають, що можуть відкрито говорити про свої емоції, що на 11,5% більше, ніж у експериментальній групі. Це свідчить про вищий рівень емоційної близькості та кращу комунікацію в сімейних стосунках у контрольній групі. Водночас, 31,4% жінок у цій групі зазначають, що їм складно відкрито обговорювати свої почуття з партнером, що може свідчити про певні проблеми в комунікації, але менше виражені, ніж у жінок з безпліддям.

Значна частина респонденток експериментальної групи (85,7%) відчують тиск з боку суспільства щодо своєї репродуктивної ролі. Це свідчить про наявність сильного соціального впливу та очікувань, що може додатково погіршувати психологічний стан жінок, які стикаються з безпліддям. Лише 14,3% жінок не відчують такого тиску.

У контрольній групі жінок, які вже мають дітей, рівень відчуття соціального тиску щодо їхньої репродуктивної ролі значно нижчий. Лише 42,9% респонденток зазначають, що відчують тиск з боку суспільства, що на 42,8% менше порівняно з експериментальною групою. Цей результат може свідчити про те, що жінки, які вже виконали свою репродуктивну функцію, менш схильні до соціального тиску та очікувань щодо народження дітей. Натомість, 57,1% жінок у цій групі не відчують тиску з боку суспільства, що вказує на більшу емоційну свободу та незалежність від зовнішніх очікувань. (див. рис. 2.4.).

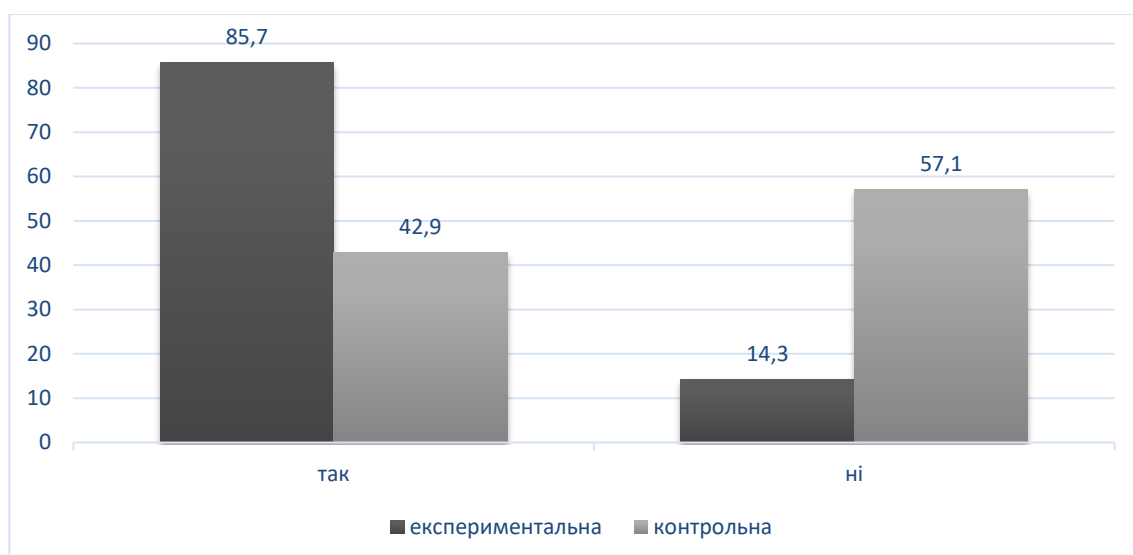


Рис. 2.4. Відповідь на запитання «Чи відчуваєте ви тиск з боку суспільства щодо вашої репродуктивної ролі?»

Після проведення анкетування було отримано цінні дані щодо особистісних характеристик, психологічного стану та соціальних факторів, які можуть впливати на виникнення психологічного безпліддя у жінок. Зібрана інформація дала можливість глибше зрозуміти вплив стресу, соціального тиску та підтримки з боку партнерів на репродуктивне здоров'я жінок.

Однак, для більш детального аналізу особистісних кордонів та їхнього впливу на психологічний стан жінок, що стикаються з проблемою безпліддя, було використано додаткові методики. Однією з таких методик стала методика діагностики психологічних меж особистості, розроблена Т.С. Леві. Ця методика дозволяє оцінити ступінь розвиненості та стійкості особистісних меж, що є важливим фактором у контексті психологічного безпліддя.

Згідно з методикою діагностики психологічних меж особистості Т.С. Леві, проведений кількісний аналіз дозволяє визначити рівень сформованості у жінок функцій психологічної межі. В таблиці 2.1 наведені результати щодо рівня сформованості непроникної функції психологічної межі.

Таблиця 2.1

**Рівні сформованості непроникної функції згідно методики діагностики
психологічних меж Т. С. Леві**

Рівні сформованості непроникної функції (шкала 1)	Діапазон значень ступенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	10	28,6	7	20
середній рівень	V-VI	15	42,9	19	54,3
високий рівень	VII-X	10	28,6	9	25,7
Разом	-	35	100	35	100

Розподіл рівнів сформованості непроникної функції серед респонденток показує, що в експериментальній групі найбільша частка жінок (42,9%) має середній рівень сформованості непроникної функції, що відповідає діапазону значень V-VI ступенів. Це свідчить про те, що у значної кількості жінок здатність захищати свої психологічні межі є помірно розвинутою, що дозволяє їм частково ефективно протистояти зовнішнім впливам.

Водночас, 28,6% респонденток з експериментальної групи мають низький рівень сформованості непроникної функції (I-IV ступені), що вказує на труднощі із захистом своїх психологічних меж, що може призводити до підвищеного рівня стресу та інших негативних психологічних наслідків. Високий рівень сформованості непроникної функції (VII-X ступені) також спостерігається у 28,6% жінок цієї групи, що свідчить про добре розвинені особистісні межі та здатність ефективно захищати свій психологічний простір від зовнішніх негативних впливів.

У контрольній групі, яка складається з жінок, які вже мають дітей, спостерігається дещо інший розподіл. Середній рівень сформованості непроникної функції (V-VI ступені) має більша частка респонденток – 54,3%, що на 11,4% більше, ніж в експериментальній групі. Це може свідчити про більш

стабільні психологічні межі у жінок, які вже виконали свою репродуктивну функцію.

Низький рівень сформованості непроникної функції (I-IV степені) спостерігається у 20% жінок контрольної групи, що на 8,6% менше, ніж у експериментальній групі, що може вказувати на меншу схильність до порушень психологічних меж. Високий рівень сформованості непроникної функції (VII-X степені) спостерігається у 25,7% жінок контрольної групи, що лише трохи менше, ніж у експериментальній групі.

В таблиці 2.2 представлено результати дослідження рівнів сформованості проникної функції психологічної межі відповідно до методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві.

Таблиця 2.2

Рівні сформованості проникної функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві

Рівні сформованості проникної функції (шкала 2)	Діапазон значень стенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	0	0	0	0
середній рівень	V-VI	35	100	29	82,9
високий рівень	VII-X	0	0	6	17,1
Разом	-	35	100	35	100

Аналіз даних для експериментальної групи показує, що всі респондентки (100%) мають середній рівень сформованості проникної функції, що відповідає діапазону значень V-VI степенів. Жодна з учасниць дослідження не продемонструвала ні низького (I-IV степені), ні високого (VII-X степені) рівня сформованості цієї функції. Такий результат свідчить про те, що проникна функція психологічної межі у всіх опитаних жінок знаходиться на середньому рівні розвитку.

Середній рівень сформованості проникної функції свідчить про те, що жінки здатні до певної міри контролювати інформаційний та емоційний потік, що надходить ззовні, але водночас не є надто закритими або відкритими. Це дозволяє їм бути гнучкими у взаємодії з оточенням, адаптуватися до змін та впливів, зберігаючи при цьому внутрішню стабільність.

У контрольній групі спостерігається дещо інший розподіл рівнів сформованості проникної функції. Середній рівень проникної функції (V-VI степені) мають 82,9% респонденток, що на 17,1% менше, ніж в експериментальній групі. Це може свідчити про те, що жінки з контрольної групи більш варіативні у рівні розвитку цієї функції.

Крім того, 17,1% жінок контрольної групи мають високий рівень сформованості проникної функції (VII-X степені). Це вказує на наявність у частини респонденток здатності до більш відкритого сприйняття інформаційного та емоційного потоку, що може бути пов'язано з їхнім досвідом материнства та здатністю ефективно інтегрувати зовнішні впливи у свій внутрішній світ.

Відсутність низького рівня сформованості проникної функції у обох групах свідчить про певну стабільність цієї функції у всіх респонденток. Проте наявність високого рівня у частини жінок з контрольної групи вказує на більшу різноманітність у їхньому психологічному розвитку, що може бути пов'язано з відмінностями у життєвому досвіді та ролі материнства.

В таблиці 2.3 представлено дані щодо рівнів сформованості поглинаючої функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Аналіз результатів, представлених у таблиці 2.3, показує, що більшість респонденток експериментальної групи (57,1%) мають середній рівень сформованості поглинаючої функції психологічних меж, що відповідає діапазону значень V-VI степенів. Така характеристика дозволяє їм адаптуватися до змін навколишнього середовища, зберігаючи при цьому внутрішню стабільність і психологічний комфорт.

Таблиця 2.3

**Рівні сформованості поглинаючої функції згідно методики діагностики
психологічних меж Т. С. Леві**

Рівні сформованості поглинаючої функції (шкала 3)	Діапазон значень ступенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	5	14,3	3	8,6
середній рівень	V-VI	20	57,1	25	71,4
високий рівень	VII-X	10	28,6	7	20
Разом	-	35	100	35	100

Аналіз результатів, представлених у таблиці 2.3, показує, що більшість респонденток експериментальної групи (57,1%) мають середній рівень сформованості поглинаючої функції психологічних меж, що відповідає діапазону значень V-VI ступенів. Така характеристика дозволяє їм адаптуватися до змін навколишнього середовища, зберігаючи при цьому внутрішню стабільність і психологічний комфорт.

Низький рівень сформованості поглинаючої функції (I-IV ступені) спостерігається у 14,3% респонденток експериментальної групи. Ці жінки можуть мати труднощі з інтеграцією зовнішніх впливів, що може призводити до обмеженості в сприйнятті нової інформації та підвищеної вразливості до стресових ситуацій. Вони можуть бути менш гнучкими у взаємодії з оточенням, що негативно впливає на їхню здатність до адаптації та подолання труднощів.

Високий рівень сформованості поглинаючої функції (VII-X ступені) виявлено у 28,6% респонденток експериментальної групи. Це свідчить про високу здатність цих жінок до інтеграції зовнішніх впливів і нових знань, що може сприяти їхній високій адаптивності та ефективності у взаємодії з оточенням. Проте, надмірна відкритість також може бути ризикованою, оскільки може призводити до перенасичення зовнішньою інформацією та підвищеного

ризика втрати внутрішньої гармонії.

У контрольній групі спостерігається трохи інший розподіл рівнів сформованості поглинаючої функції. Середній рівень поглинаючої функції (V-VI степені) мають 71,4% респонденток, що на 14,3% більше, ніж в експериментальній групі. Це може свідчити про кращу здатність цих жінок адаптуватися до зовнішніх впливів, зберігаючи при цьому внутрішню стабільність.

Високий рівень сформованості поглинаючої функції (VII-X степені) спостерігається у 20% жінок контрольної групи, що на 8,6% менше, ніж в експериментальній групі. Це вказує на дещо меншу схильність до надмірної відкритості серед жінок контрольної групи, що може свідчити про їхню більш збалансовану здатність до інтеграції зовнішніх впливів.

Низький рівень сформованості поглинаючої функції (I-IV степені) показали лише 8,6% респонденток контрольної групи, що на 5,7% менше, ніж в експериментальній групі. Це може свідчити про кращу здатність жінок цієї групи до сприйняття нової інформації та стійкості до стресових ситуацій.

В таблиці 2.4 представлено дані щодо рівнів сформованості функції емоційного віддзеркалення відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Таблиця 2.4

Рівні сформованості функції емоційного віддзеркалення згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві

Рівні сформованості функції емоційного віддзеркалення (шкала 4)	Діапазон значень стенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	12	34,3	8	22,9
середній рівень	V-VI	15	42,9	20	57,1
високий рівень	VII-X	8	22,9	7	20
Разом	-	35	100	35	100

Результати, представлені в таблиці 2.4, свідчать про розподіл рівнів сформованості функції емоційного віддзеркалення психологічних меж серед респонденток. Переважна більшість жінок експериментальної групи (42,9%) мають середній рівень сформованості функції емоційного віддзеркалення, що відповідає діапазону значень V-VI степенів. Така характеристика дозволяє їм зберігати баланс між віддачею ресурсів та енергії і збереженням власних внутрішніх резервів.

Низький рівень сформованості функції емоційного віддзеркалення (I-IV степені) спостерігається у 34,3% респонденток експериментальної групи. Ці жінки можуть відчувати труднощі з віддачею своїх ресурсів та енергії, що може бути пов'язано з недостатністю внутрішніх ресурсів або здатністю до самозахисту. Така характеристика може впливати на їхню здатність ефективно взаємодіяти з оточенням та підтримувати гармонійні стосунки.

Високий рівень сформованості функції емоційного віддзеркалення (VII-X степені) мають 22,9% респонденток експериментальної групи. Ці жінки демонструють високу здатність до віддачі своїх ресурсів та енергії, що може сприяти їхній ефективній соціальній взаємодії та підтримці позитивних стосунків з оточуючими. Однак надмірна відкритість до віддачі може призводити до виснаження внутрішніх ресурсів та підвищеного ризику емоційного вигорання.

У контрольній групі спостерігається дещо інший розподіл рівнів сформованості функції емоційного віддзеркалення. Середній рівень функції емоційного віддзеркалення (V-VI степені) мають 57,1% респонденток, що на 14,2% більше, ніж в експериментальній групі. Це може свідчити про те, що жінки з контрольної групи краще підтримують баланс між віддачею і збереженням власних ресурсів, що сприяє їхній стабільності у соціальних взаємодіях.

Низький рівень сформованості функції емоційного віддзеркалення (I-IV степені) спостерігається у 22,9% жінок контрольної групи, що на 11,4% менше, ніж у експериментальній групі. Це може вказувати на те, що ці жінки мають кращу здатність до ефективної взаємодії з оточенням і менш схильні до

труднощів у віддачі ресурсів.

Високий рівень сформованості функції емоційного віддзеркалення (VII-X степені) мають 20% респонденток контрольної групи, що близько до показників експериментальної групи. Це свідчить про певну схожість у здатності жінок з обох груп до ефективної соціальної взаємодії, хоча контрольна група демонструє трохи більше рівноваги у віддачі ресурсів.

В таблиці 2.5 наведено дані щодо рівнів сформованості стримуючої функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж.

Таблиця 2.5

Рівні сформованості стримуючої функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві

Рівні сформованості стримуючої функції (шкала 5)	Діапазон значень стенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		%	Кількість осіб	%	Кількість осіб
низький рівень	I-IV	12	34,3	9	25,7
середній рівень	V-VI	11	31,4	15	42,9
високий рівень	VII-X	12	34,4	11	31,4
Разом	-	35	100	35	100

Аналіз даних, наведених у таблиці 2.5, показує розподіл рівнів сформованості стримуючої функції психологічних меж серед респонденток експериментальної групи. Показники демонструють, що рівні сформованості стримуючої функції серед жінок цієї групи розподіляються майже однаково: низький рівень має 34,3% респонденток, середній рівень – 31,4%, і високий рівень – 34,3%. Такий розподіл свідчить про певну рівновагу у здатності цих жінок контролювати та обмежувати свої емоції та поведінкові реакції. –

Низький рівень стримуючої функції (I-IV степені) у 34,3% респонденток вказує на те, що ці жінки можуть мати труднощі з контролем та обмеженням своїх емоцій та поведінкових реакцій. Це може негативно впливати на їхню

здатність адекватно реагувати на стресові ситуації, призводячи до підвищеної емоційної вразливості.

Середній рівень стримуючої функції (V-VI степені), який спостерігається у 31,4% жінок, свідчить про помірну здатність до контролю та обмеження своїх емоцій та реакцій. Цей рівень дозволяє зберігати баланс між емоційною відкритістю та самодисципліною, що сприяє більш ефективному подоланню стресових ситуацій.

Високий рівень стримуючої функції (VII-X степені), який також виявлено у 34,3% респонденток, свідчить про високу здатність до контролю та обмеження своїх емоцій та поведінкових реакцій. Ці жінки можуть демонструвати велику стриманість та самодисципліну, що позитивно впливає на їхню здатність до подолання стресових ситуацій. Проте надмірна стриманість може також призводити до внутрішнього напруження та емоційного вигорання.

У контрольній групі спостерігається дещо інший розподіл рівнів сформованості стримуючої функції. Середній рівень стримуючої функції (V-VI степені) мають 42,9% респонденток, що на 11,5% більше, ніж у експериментальній групі. Це може свідчити про кращу здатність жінок з контрольної групи зберігати баланс між самоконтролем і емоційною відкритістю.

Низький рівень стримуючої функції (I-IV степені) спостерігається у 25,7% жінок контрольної групи, що на 8,6% менше, ніж у експериментальній групі. Це вказує на те, що ці жінки мають кращу здатність до контролю своїх емоцій та поведінки, що може сприяти більш ефективній соціальній взаємодії.

Високий рівень стримуючої функції (VII-X степені) виявлено у 31,4% респонденток контрольної групи, що близько до показників експериментальної групи. Це свідчить про схожу здатність до високого самоконтролю і стриманості у обох групах.

В таблиці 2.6 наведені дані щодо рівнів сформованості спокійно-нейтральної функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Таблиця 2.6

**Рівні сформованості спокійно-нейтральної функції згідно методики
діагностики психологічних меж Т. С. Леві**

Рівні сформованості спокійно-нейтральної функції (шкала 6)	Діапазон значень ступенів	Експериментальна група		Контрольна група	
		%	Кількість осіб	%	Кількість осіб
низький рівень	I-IV	13	37,1	8	22,9
середній рівень	V-VI	17	48,6	22	62,9
високий рівень	VII-X	5	14,3	5	14,3
Разом	-	35	100	35	100

Аналіз даних, представлених у таблиці 2.6, показує розподіл рівнів сформованості спокійно-нейтральної функції психологічних меж серед респонденток експериментальної групи. Найбільша частка жінок (48,6%) має середній рівень сформованості цієї функції, що відповідає діапазону значень V-VI ступенів. Такий рівень дозволяє їм зберігати певний рівень емоційної стабільності, що сприяє їхній адаптації до різних ситуацій.

Низький рівень спокійно-нейтральної функції (I-IV ступені) спостерігається у 37,1% респонденток. Жінки з низьким рівнем цієї функції можуть бути більш схильні до впливу стресових факторів та емоційних потрясінь, що негативно впливає на їхню здатність до адаптації та збереження внутрішнього спокою.

Високий рівень спокійно-нейтральної функції (VII-X ступені) виявлено у 14,3% респонденток експериментальної групи. Такі жінки можуть ефективно керувати своїми емоціями та зберігати внутрішній спокій, що сприяє їхній психологічній стійкості та адаптивності. Проте надмірна нейтральність може також бути ознакою емоційної відстороненості та зниженої емоційної виразності.

У контрольній групі спостерігається дещо інший розподіл рівнів сформованості спокійно-нейтральної функції. Середній рівень цієї функції (V-VI степені) мають 62,9% респонденток, що на 14,3% більше, ніж у експериментальній групі. Це може свідчити про кращу здатність жінок з контрольної групи підтримувати емоційну стабільність і зберігати спокій у стресових ситуаціях.

Низький рівень спокійно-нейтральної функції (I-IV степені) спостерігається у 22,9% жінок контрольної групи, що на 14,2% менше, ніж у експериментальній групі. Це вказує на те, що ці жінки менш схильні до впливу стресових факторів і здатні краще адаптуватися до змін.

Високий рівень спокійно-нейтральної функції (VII-X степені) спостерігається у 14,3% жінок контрольної групи, що відповідає показникам експериментальної групи. Це свідчить про схожу здатність до збереження внутрішнього спокою і нейтральності у обох групах.

На основі результатів методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві сформуємо портрет жінки, яка страждає на психологічне безпліддя. Ці жінки часто мають більш вразливі та нестабільні психологічні межі, що виражається в труднощах у захисті свого внутрішнього простору. Непроникна функція у них здебільшого розвинута на низькому або середньому рівні, що свідчить про те, що вони не завжди в змозі ефективно протистояти зовнішнім впливам. Такі жінки можуть бути схильними до постійного відчуття тривоги та стресу, оскільки не мають достатньо розвинених механізмів самозахисту. Вони часто не можуть належним чином встановлювати емоційні межі з оточуючими, що підвищує їхню вразливість до впливу зовнішніх стресорів і негативних ситуацій.

Проникна функція у жінок з безпліддям часто є на середньому рівні, що вказує на те, що вони не здатні повністю контролювати інформаційний та емоційний потік ззовні. Вони можуть перебувати в стані постійного емоційного напруження через складнощі у відборі та фільтруванні інформації та емоційних сигналів від оточення.

Поглинаюча функція також свідчить про проблеми з інтеграцією зовнішніх впливів. Жінки з психологічним безпліддям частіше мають труднощі з адаптацією до нових умов і не можуть легко інтегрувати нові знання або емоції. Це призводить до емоційної перевантаженості і неспроможності підтримувати внутрішню гармонію, особливо в стресових ситуаціях.

Щодо функції емоційного віддзеркалення, у жінок з психологічним безпліддям часто спостерігається певна емоційна закритість. Вони можуть відчувати складнощі з віддачею своїх емоційних та енергетичних ресурсів, що впливає на їхні міжособистісні стосунки. Такі жінки часто виснажені через надмірне емоційне навантаження, оскільки їм важко знайти баланс між власними потребами та потребами інших.

Стримуюча функція у них також може бути недостатньо розвинута, що проявляється у труднощах з контролем своїх емоційних реакцій. Вони можуть надмірно реагувати на стресові ситуації, не завжди маючи достатньо внутрішніх ресурсів для ефективної емоційної саморегуляції.

Нарешті, спокійно-нейтральна функція у таких жінок часто залишається на низькому рівні. Це свідчить про їхню емоційну нестабільність і підвищену схильність до тривожності та стресу. Їм важко підтримувати емоційний баланс і зберігати внутрішній спокій у важких ситуаціях, що посилює їхню вразливість.

Також наведемо портрет жінки, яка не має проблем із зачаттям. Так, жінки з контрольної групи, які вже мають дітей, демонструють значно більш розвинені психологічні межі. Їхня непроникна функція знаходиться на середньому або високому рівні, що свідчить про здатність ефективно захищати свій внутрішній простір від негативних впливів ззовні. Такі жінки краще контролюють, кого і що вони допускають у своє життя, що зменшує їхню схильність до стресу та тривожності.

Проникна функція у жінок цієї групи може бути більш варіативною, і деякі з них мають високий рівень проникності. Це означає, що вони здатні ефективно сприймати нову інформацію та емоції, водночас зберігаючи контроль над тим, як це впливає на їхнє психологічне благополуччя.

Поглинаюча функція також виявляється на більш високому рівні, що дозволяє жінкам з контрольної групи легко інтегрувати зовнішні впливи і при цьому зберігати внутрішню гармонію. Вони здатні адаптуватися до змін і нових умов, що сприяє їхній емоційній стабільності та стійкості до стресу.

У контексті функції емоційного віддзеркалення ці жінки більш схильні до емоційної відкритості і здатності віддавати свої енергетичні ресурси іншим без ризику емоційного виснаження. Вони краще балансують між власними потребами та підтримкою оточуючих, що позитивно впливає на їхні соціальні стосунки.

Стримуюча функція у них на середньому або високому рівні, що свідчить про здатність контролювати свої емоційні реакції. Вони можуть ефективно управляти своїми емоціями, що допомагає їм уникати надмірних емоційних сплесків та зберігати емоційну стійкість у складних ситуаціях.

Спокійно-нейтральна функція також розвинута краще, ніж у жінок з безпліддям. Це дозволяє їм підтримувати внутрішній спокій та емоційну нейтральність у складних або стресових ситуаціях, сприяючи їхній загальній психологічній стійкості та адаптивності.

Отже, жінки, які не мають проблем із зачаттям, мають більш збалансовані та стійкі психологічні кордони, що допомагає їм краще справлятися зі стресом і підтримувати емоційну стабільність, на відміну від жінок з психологічним безпліддям, які частіше стикаються з труднощами у саморегуляції та інтеграції зовнішніх впливів.

Далі ми проаналізуємо результати тестування, проведеного за методикою «Суверенність психологічного простору» (С. К. Нартової-Бочавер). Показники прояву психологічних кордонів досліджуваних показано в таблиці 2.7.

Отже, суверенність психологічного простору у жінок виявилася такою, що 20% респонденток мають високий рівень, 22,86% – середній рівень, і 57,14% – низький рівень. Це свідчить про те, що більшість жінок відчують труднощі у підтриманні власного психологічного простору, що може вказувати на недостатню здатність до самозахисту та збереження внутрішньої стабільності.

Таблиця 2.7.

Розподіл досліджуваних за результатами опитувальника**«Суверенність психологічного простору», %**

	Експериментальна група			Контрольна група		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Суверенність психологічного простору	20	22,86	57,14	28,57	37,14	34,29
Суверенність цінностей	22,86	34,29	42,86	28,57	37,14	34,29
Суверенність соціальних зв'язків	11,43	22,86	65,71	20	28,57	51,43
Суверенність звичок	22,86	37,14	40	65,71	40	28,57
Суверенність світу речей	11,43	31,43	57,14	17,14	37,14	45,71
Суверенність території	22,86	28,57	48,57	28,57	34,29	37,14
Суверенність фізичного тіла	17,14	34,29	48,57	22,86	40	37,14

Аналіз суверенності психологічного простору показав, що жінки з контрольної групи загалом мають вищі показники суверенності у всіх аспектах психологічного простору порівняно з експериментальною групою. Зокрема результати за шкалою «Суверенність психологічного простору» в контрольній групі є вищими: 28,57% жінок мають високий рівень (проти 20% в експериментальній групі), а 37,14% мають середній рівень (проти 22,86%). Це свідчить про кращу здатність жінок з контрольної групи захищати свій психологічний простір від зовнішніх впливів.

Показники за критерієм «Суверенність цінностей» також вищі у

контрольній групі: 28,57% жінок мають високий рівень (проти 22,86% в експериментальній групі), а 37,14% – середній рівень (проти 34,29%). Це свідчить про те, що жінки з контрольної групи краще захищають свої цінності і здатні ефективніше протистояти зовнішнім соціальним впливам.

У показниках шкали «Суверенності соціальних зв'язків» спостерігається найбільша різниця. У контрольній групі 20% жінок мають високий рівень суверенності (проти 11,43% в експериментальній групі), а 28,57% – середній рівень (проти 22,86%). Це свідчить про те, що жінки з контрольної групи мають кращу здатність підтримувати здорові соціальні зв'язки і не піддаватися негативним зовнішнім впливам, тоді як в експериментальній групі значно більше жінок мають низький рівень цієї функції.

Показники за критерієм «Суверенність звичок» також вищі у контрольній групі: 31,43% жінок мають високий рівень (проти 22,86% в експериментальній групі), а 40% – середній рівень (проти 37,14%). Це свідчить про кращу стабільність і впорядкованість життя у жінок з контрольної групи.

Показники за критерієм «Суверенність світу речей» у контрольній групі також кращі: 17,14% жінок мають високий рівень (проти 11,43% в експериментальній групі), а 37,14% – середній рівень (проти 31,43%). Це свідчить про те, що жінки з контрольної групи краще контролюють свій матеріальний світ і здатні забезпечити собі почуття безпеки та комфорту.

Щодо шкали «Суверенність території», у контрольній групі спостерігається вищий рівень: 28,57% жінок мають високий рівень (проти 22,86% в експериментальній групі), а 34,29% – середній рівень (проти 28,57%). Це свідчить про краще відчуття особистого простору і безпеки у жінок з контрольної групи.

Показники за критерієм «Суверенність фізичного» тіла також вищі у контрольній групі: 22,86% жінок мають високий рівень (проти 17,14% в експериментальній групі), а 40% – середній рівень (проти 34,29%). Це вказує на кращу здатність жінок з контрольної групи захищати свій фізичний простір і підтримувати фізичне та емоційне благополуччя.

Дослідження, проведене за методикою «Суверенність психологічного простору» (С. К. Нартової-Бочавер), виявило суттєві відмінності в психологічних портретах жінок, які страждають на психологічне безпліддя, та тих, хто не має цієї проблеми. Суверенність психологічного простору відіграє ключову роль у здатності жінок підтримувати психологічні межі, самозахист і загальну емоційну стабільність, що безпосередньо впливає на їхній психоемоційний стан.

Жінки з психологічним безпліддям характеризуються зниженим рівнем суверенності психологічного простору, що вказує на їхню вразливість перед зовнішніми впливами. Вони часто демонструють середній або низький рівень суверенності, що проявляється у складнощах з підтриманням особистих меж. Це свідчить про недостатню здатність до самозахисту та ефективного управління своїм внутрішнім станом. Такі жінки схильні до емоційної нестабільності, що може впливати на їхню здатність справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати внутрішню гармонію. Їхня суверенність цінностей також виявляється на недостатньо високому рівні, що свідчить про складнощі з захистом власних переконань від зовнішнього соціального тиску. Це може призводити до внутрішніх конфліктів та почуття невпевненості у власних рішеннях.

У жінок з безпліддям також спостерігається низький рівень суверенності соціальних зв'язків, що вказує на залежність від думки оточуючих та складнощі у підтриманні здорових соціальних відносин. Це призводить до підвищеного емоційного навантаження, оскільки вони не можуть ефективно контролювати вплив інших на себе. Суверенність звичок, що відображає здатність підтримувати упорядкований ритм життя та контролювати щоденні звички, у цих жінок також виявляється на середньому або низькому рівні. Вони відчують труднощі з підтриманням стабільності у своїй повсякденній діяльності, що додатково погіршує їхній емоційний стан.

Суверенність світу речей у жінок з психологічним безпліддям є недостатньо розвинутою. Це свідчить про нездатність повноцінно контролювати свій матеріальний простір і забезпечувати собі почуття комфорту та безпеки.

Такі жінки часто відчують емоційну нестабільність та дискомфорт, що підвищує рівень тривожності. Суверенність території, яка визначає здатність відчувати себе безпечно у власному фізичному просторі, також є зниженою. Жінки часто відчують загрозу своєму фізичному та емоційному простору, що призводить до постійного почуття тривоги та дискомфорту. Суверенність фізичного тіла у жінок з безпліддям є недостатньо розвинутою, що проявляється у підвищеній тривожності щодо власного фізичного стану. Вони відчують труднощі з підтриманням фізичного та емоційного благополуччя, що знижує їхню загальну здатність до саморегуляції.

Жінки, які не мають проблем із зачаттям, демонструють вищий рівень суверенності психологічного простору. Вони здатні ефективніше захищати свій внутрішній світ від зовнішніх впливів, що сприяє збереженню емоційної стабільності та психологічного благополуччя. Їхня суверенність цінностей вказує на здатність зберігати свої переконання та принципи, не піддаючись зовнішньому соціальному тиску. Це допомагає їм приймати рішення, зберігаючи внутрішню гармонію та впевненість у власних діях. Вони також демонструють вищий рівень суверенності соціальних зв'язків, що свідчить про здатність підтримувати здорові стосунки з оточуючими, зберігаючи при цьому власну незалежність. Це дозволяє їм контролювати вплив інших людей на своє життя та не піддаватися негативним впливам.

Суверенність звичок у цих жінок також є стабільною, що дозволяє їм підтримувати упорядкований ритм життя, який сприяє збереженню емоційного балансу. Вони здатні контролювати свої щоденні звички, що допомагає їм уникати хаосу та тривожності у повсякденному житті. Високий рівень суверенності світу речей у жінок цієї групи свідчить про їхню здатність контролювати свій матеріальний простір і забезпечувати собі почуття безпеки та комфорту. Це знижує рівень тривожності та підвищує їхню впевненість у власних можливостях.

Жінки, які мають дітей, демонструють також вищий рівень суверенності території, що вказує на відчуття безпеки у своєму фізичному просторі. Це сприяє

збереженню емоційного комфорту та відчуття контролю над своїм середовищем. Їхня суверенність фізичного тіла вища, що означає кращу здатність захищати свій фізичний простір і підтримувати фізичне та емоційне благополуччя. Це допомагає їм відчувати впевненість у власних фізичних можливостях і знижує рівень тривожності щодо здоров'я.

Таким чином, жінки, які не мають проблем із зачаттям, демонструють більш збалансовані та розвинені психологічні кордони, що дозволяє їм ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати загальне психологічне благополуччя. Жінки з психологічним безпліддям, навпаки, частіше стикаються з труднощами в підтриманні суверенності свого психологічного простору, що впливає на їхню емоційну вразливість та здатність до саморегуляції.

Результати опитування респонденток за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) представлено у табл. 2.8.

Таблиця 2.8.

Розподіл учасників за рівнями вираженості психічних станів (згідно з методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка), у %

Психічні стани	Експериментальна група			Контрольна група		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Тривожність	11,43	25,71	62,86	20	34,29	45,71
Фрустрація	8,57	28,57	62,86	17,14	34,29	48,57
Агресивність	14,29	40	45,71	22,86	37,14	40
Ригідність	14,29	34,29	51,43	20	40	40

Дослідження даних, наведених у таблиці 2.8, показує значні різниці в рівнях вираженості психічних станів між жінками експериментальної групи (жінки з безпліддям) та контрольною групи (жінки, які мають дітей).

Тривожність є найбільш вираженим психічним станом у обох групах, проте в експериментальній групі вона має більш виражений характер. Високий

рівень тривожності спостерігається у 62,86% жінок з експериментальної групи, що на 17,15% більше, ніж у контрольній групі (45,71%). Це вказує на те, що жінки, які стикаються з безпліддям, перебувають у більшому емоційному напруженні та відчувають сильніші переживання. У контрольній групі частка жінок з середнім рівнем тривожності є більшою (34,29%), що свідчить про більш збалансований емоційний стан.

Фрустрація також виявилася значно вираженішою в експериментальній групі, де 62,86% жінок мають високий рівень цього психічного стану. У контрольній групі цей показник нижчий і становить 48,57%. Це вказує на те, що жінки з безпліддям частіше відчувають невдоволення та розчарування через неможливість досягти бажаного результату. Водночас у контрольній групі більше жінок із середнім рівнем фрустрації (34,29%), що може вказувати на їхню здатність краще справлятися з емоційними труднощами.

Агресивність в обох групах демонструє цікаві відмінності. Високий рівень агресивності частіше зустрічається в експериментальній групі (45,71%), хоча й у контрольній групі цей показник залишається значним (40%). Однак у контрольній групі спостерігається більша частка жінок із низьким рівнем агресивності (22,86%), що вказує на їхню відносну емоційну стабільність та здатність уникати конфліктів.

Ригідність, що характеризується жорсткістю мислення та поведінки, також більш виражена в експериментальній групі, де 51,43% жінок мають високий рівень цього стану. У контрольній групі цей показник нижчий і становить 40%. Це свідчить про те, що жінки з безпліддям частіше виявляють негнучкість у своїх поведінкових патернах, що може впливати на їхню здатність адаптуватися до змін.

На основі результатів, отриманих за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка), можна скласти детальні психологічні портрети жінок, які страждають на психологічне безпліддя, та жінок, які не мають цієї проблеми. Ці портрети розкривають не лише психічні стани, але й глибші психологічні

особливості, що впливають на їхнє ставлення до себе, інших та навколишнього світу.

Психологічний портрет жінки з психологічним безпліддям є відображенням глибоких емоційних і психічних труднощів, які виникають у відповідь на проблему неможливості завагітніти. Такі жінки, як правило, перебувають у постійному стані внутрішнього напруження та тривожності. Високий рівень тривожності є характерною рисою їхнього психологічного профілю, що проявляється в постійному очікуванні негативних подій та страху перед невідомим. Вони відчують постійний тиск через свої невдачі у спробах завагітніти, що посилює їхню емоційну вразливість. Така жінка може бути схильною до самокритики та постійних сумнівів у своїх можливостях, що знижує її самооцінку та здатність приймати впевнені рішення.

Однією з ключових характеристик жінки з психологічним безпліддям є відчуття глибокої фрустрації, яке формується внаслідок її постійних спроб досягти бажаного результату, що залишається недосяжним. Вона відчуває себе заблокованою у своїх спробах контролювати ситуацію, що викликає розчарування та внутрішній конфлікт. Цей стан відображає її відчуття безсилля перед обставинами, що не залежать від її дій, та неможливості знайти вихід із ситуації.

Агресивність, яка є відповіддю на емоційне напруження, може проявлятися у формі дратівливості або раптових емоційних сплесків. Такі жінки можуть відчувати себе ворожо налаштованими до оточуючих або до себе, оскільки вони не можуть контролювати свої емоції та справлятися з глибокими почуттями несправедливості, які виникають через ситуацію з безпліддям. Це може призводити до конфліктів у стосунках або до емоційного дистанціювання від близьких людей.

Ще однією характерною рисою психологічного портрету жінки з безпліддям є ригідність. Це проявляється в її нездатності гнучко адаптуватися до нових умов та обставин. Вона може відчувати труднощі з прийняттям змін у житті, особливо тих, які стосуються її здатності завагітніти. Така негнучкість

може виявлятися у жорсткому мисленні, коли жінка не готова розглядати альтернативи або нові можливості, що могло б зменшити її емоційний стрес.

Психологічний портрет жінки, яка не має проблем із зачаттям, є значно стабільнішим і гармонійнішим. Вона демонструє вищий рівень емоційної стійкості та здатність зберігати внутрішню рівновагу навіть у стресових ситуаціях. Її тривожність значно нижча, і вона краще справляється з непередбаченими подіями та життєвими викликами. Це вказує на те, що така жінка здатна приймати свої життєві обставини з більшою впевненістю та меншими емоційними затратами.

У жінок, які мають дітей, фрустрація не є таким домінуючим емоційним станом. Вони краще сприймають труднощі та менш схильні до глибоких розчарувань, оскільки їхній життєвий досвід включає успішне виконання репродуктивної функції, що знижує рівень внутрішнього напруження. Це дозволяє їм легше переносити різні життєві виклики та залишатися психологічно стійкими.

Агресивність у жінок з контрольної групи також менш виражена. Вони мають більше емоційних ресурсів для врегулювання конфліктів та менше схильні до агресивних реакцій у відповідь на стрес. Це відображає їхню здатність краще контролювати свої емоції та не допускати надмірних емоційних сплесків у взаємодії з іншими людьми.

Що стосується ригідності, то жінки, які не мають проблем із зачаттям, демонструють більшу гнучкість мислення та поведінки. Вони легше адаптуються до нових умов та змін у своєму житті, що сприяє зниженню рівня стресу і покращенню їхньої здатності до саморегуляції. Це дозволяє їм знаходити альтернативні шляхи вирішення проблем та зберігати емоційну стабільність.

Отже, психологічний портрет жінки з психологічним безпліддям характеризується високим рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що відображає її глибокі емоційні труднощі та вразливість до стресу. Натомість жінки, які не мають проблем із зачаттям, демонструють більше

емоційної стійкості, гнучкості та здатності до адаптації, що дозволяє їм підтримувати психологічну рівновагу навіть у складних життєвих обставинах.

Для підтвердження статистично значущих відмінностей між групами жінок з психологічним безпліддям та жінок без проблем із зачаттям у дослідженні було застосовано критерій хі-квадрат Пірсона (див. рис. 2.5.)

$$\text{хі-квадрат} = \chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Рис. 2.5. Формула для статистики хі-квадрат:

За методикою Т. С. Леві, відмінності між групами проявилися в непроникній та поглинаючій функціях психологічних меж. Експериментальна група демонструвала низький рівень захисту свого психологічного простору, що підтвердилося значенням хі-квадрат $\chi^2 = 0.98$. Проникна функція також показала значущі відмінності між групами, де $\chi^2 = 4.5$, вказуючи на слабшу здатність жінок з психологічним безпліддям інтегрувати нові емоції та впливи.

Методика Нартової-Бочавер також виявила статистично значущі відмінності у суверенності психологічного простору між групами. Жінки з безпліддям мали гірші показники суверенності своїх соціальних зв'язків та звичок. Значення хі-квадрат за суверенністю соціальних зв'язків становило $\chi^2 = 2.8$, підтверджуючи складнощі у взаємодії з оточенням та залежність від соціальних думок. Суверенність звичок показала значення $\chi^2 = 0.93$, що також свідчить про нестабільність у повсякденному житті жінок з психологічним безпліддям.

Методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком підтвердила емоційну нестабільність у жінок з безпліддям. Тривожність в експериментальній групі була значно вищою, що підтверджує значення хі-квадрат $\chi^2 = 3.1$. Фрустрація і агресивність також були значно виражені в групі жінок з безпліддям, де значення хі-квадрат $\chi^2 = 1.2$ та $\chi^2 = 0.7$ відповідно.

Результати дослідження показують, що за всіма трьома методиками жінки з психологічним безпліддям статистично значущо відрізняються від жінок без

проблем із зачаттям. Ці відмінності вказують на більшу емоційну вразливість, проблеми з соціальною взаємодією та труднощі з підтриманням психологічної стабільності в експериментальній групі.

Висновки до другого розділу

Дослідження, проведене в рамках цього розділу, виявило суттєві відмінності між жінками з психологічним безпліддям та жінками, які не мають проблем із зачаттям. Жінки з психологічним безпліддям зазвичай характеризуються підвищеною емоційною вразливістю, постійною тривожністю та внутрішнім напруженням, що часто призводить до відчуття безсилля перед обставинами. Цей емоційний стан, у свою чергу, сприяє виникненню самокритичних думок і емоційного виснаження. Відчуття розчарування та невдоволення собою стає однією з домінуючих рис їхнього психологічного портрета, що негативно впливає на їхнє психоемоційне благополуччя.

Жінки з психологічним безпліддям можуть проявляти агресію, спрямовану як на себе, так і на оточуючих, що призводить до конфліктів у стосунках. Ригідність мислення заважає їм адаптуватися до змін, а залежність від думок інших створює відчуття нестабільності та дискомфорту. Вони часто відчувають тиск з боку суспільства щодо своєї репродуктивної ролі, що ще більше погіршує їхній психологічний стан.

На противагу, жінки, які не мають проблем із зачаттям, демонструють більшу емоційну стійкість та зрілість. Вони здатні ефективніше захищати свій внутрішній світ від зовнішніх впливів, що допомагає їм підтримувати емоційний баланс і зменшує схильність до тривожних станів. Їм властива впевненість у собі та вміння адаптуватися до змін, що дозволяє їм легше долати стресові ситуації та зберігати позитивний настрій навіть у складних обставинах. Ці жінки менше переймаються невдачами, зберігаючи спокій та бачачи можливості для розвитку в кожній ситуації. Вони підтримують гармонійні стосунки з оточенням і

демонструють високу здатність до саморегуляції, що є основою їхнього психологічного благополуччя та стабільності.

Отримані результати підкреслюють важливість психологічних аспектів у контексті безпліддя. Психологічні кордони, емоційна стабільність та здатність до саморегуляції є критично важливими факторами, які впливають на репродуктивне здоров'я жінок. Подальші дослідження в цій сфері можуть допомогти розробити ефективні стратегії підтримки жінок, які стикаються з проблемами безпліддя, і покращити їхнє загальне психоемоційне благополуччя.

З огляду на результати, рекомендується впровадження психокорекційних програм, які допоможуть жінкам з психологічним безпліддям розвивати свої особистісні кордони, покращувати навички самозахисту та емоційної регуляції. Залучення партнерів до процесу лікування та підвищення обізнаності жінок про психологічні аспекти безпліддя також можуть суттєво поліпшити їхнє емоційне благополуччя. Таким чином, дослідження підтверджує необхідність комплексного підходу до вирішення проблем психологічного безпліддя, що включає як індивідуальні, так і соціальні аспекти.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ПОРУШЕННЯМ ОСОБИСТИХ КОРДОНІВ В СИТУАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ

3.1. Обґрунтування програми психологічної допомоги жінкам з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям

З метою психологічної допомоги жінкам з психологічним безпліддям нами було розроблено корекційну тренінгову програму.

Метою тренінгової програми є надання психологічної допомоги жінкам з психологічним безпліддям.

Виходячи з мети нами виокремлено такі завдання тренінгу:

- Створити позитивний психологічний клімат у групі, сприяючи активній залученості учасників до процесу тренінгу.
- Ознайомити учасників з теоретичними основами особистісних меж, пояснити причини та фактори порушення особистих кордонів, а також значення суверенності психологічного простору.
- Поглибити знання учасників про їхні власні емоційні стани, зокрема тривожність, фрустрацію, агресивність і ригідність, для кращого саморозуміння.
- Сформувати навички відновлення і зміцнення особистісних меж, що дозволить ефективно захищати свій психологічний простір від негативних впливів.
- Сприяти налагодженню психоемоційного стану шляхом зниження рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності через психокорекційні техніки.
- Навчити учасників методів саморегуляції та ефективної роботи зі стресом, що сприятиме поліпшенню суверенності психологічного простору.

- Сформувати вміння знаходити внутрішні психологічні опори в кризових ситуаціях для збереження емоційної стабільності та психологічної стійкості.

Місце проведення: конференц-зал; зали (кімнати, кабінети) для проведення тренінгів.

Тренінгова програма розрахована на чотири сесії (етапи) тривалістю 3 години кожна, на чейвертомк етапі кожне заняття триває 3 години. Заняття проводяться двічі на тиждень.

При реалізації програми треба спиратись на такі ***принципи***.

1. *Принцип усвідомленості*. Однією з умов надання психологічної допомоги сім'ям з психологічним безпліддям є здатність учасників тренінгу до зміни власних форм реагування на виникнення стресової ситуації. Це можливо лише тоді, коли учасники будуть усвідомлювати власні позиції, установки, методи реагування. Тільки усвідомивши залежність між проблемами стосовно подолання наслідків стресової ситуації і власними установками, учасники можуть змінити свій стиль поведінки у стресових ситуаціях і виробити найбільш ефективні і соціально-корисні копінг-стратегії.

2. *Принцип добровільності*. Під час впровадження програми важливо враховувати бажання учасників змінити свої деструктивні реакції на стресові ситуації, а також прагнення здобути новий досвід конструктивної взаємодії, спілкування та вирішення проблем. Крім того, слід підтримувати їхню природну зацікавленість у пошуку ефективних методів формування позитивного ставлення до здоров'я.

3. *Принцип системності і послідовності*. Психологічна підтримка учасників повинна здійснюватися послідовно. Існує закономірність: при дотриманні логічних зв'язків засвоєний матеріал запам'ятовується в більшому обсязі і міцніше. Тому важливо, щоб знання та вміння освоювалися учасниками послідовно і в певній системі, коли кожен новий елемент засвоєного матеріалу логічно зв'язується з іншим, коли наступне спирається на попереднє і готується до засвоєння нового знання.

4. *Принцип активності.* Важливо створювати умови для прояву усвідомленого бажання до зміни своєї поведінки під час формування позитивного відношення до здоров'я для їх стимулювання до засвоєння нових ефективних форм психологічного реагування на проблему психологічного безпліддя із урахуванням особистісних особливостей. Для цього слід продумати засоби і методи пізнавальної активності.

5. *Принцип єдності теоретичних знань і практичних умінь та навичок.*

Структура першого етапу «Мої внутрішні опори психіки» складається з трьох занять (Заняття 1–3) і представлена в Таблиці 3.1:

Таблиця 3.1.

Перший етап «Мої внутрішні опори психіки»

Заняття	Мета	Вправи	Час
1	ознайомлення учасників тренінгу із правилами роботи, її цілями та завданнями, встановлення сприятливого психологічного клімату в групі, формування інтересу до занять	«Алфавітний стрій» «Пересядьте всі, хто»	10 хв.
		Знайомство із цілями тренінгу «Мої внутрішні психічні опори»	45 хв.
		Пояснення домашнього завдання	5 хв.
2	розвиток внутрішніх ресурсів, підвищення впевненості в собі	«Звуки»	10 хв.
		Рефлексія минулого заняття Презентація домашнього завдання «Скарбничка внутрішніх ресурсів»	45 хв.

		Пояснення домашнього завдання, підведення підсумків заняття.	5 хв.
3	розвиток внутрішніх ресурсів, підвищення впевненості в собі	«Дракон-самоїд»	5 хв.
		«Людина під дощем»	45 хв.
		«Моє джерело»	
		«Порада казковому герою»	
		Пояснення домашнього завдання.	10 хв.

Структура другого етапу «Регуляція емоційного стану» включає 3 заняття (заняття 4–6) і представлена в Таблиці 3.2.:

Таблиця 3.2.

Другий етап «Де і як я можу застосовувати внутрішні опори психіки?»

Заняття	Мета	Вправи	Час
4	усвідомлення учасниками своїх емоційних реакцій та їхнього впливу на поведінку	«Емоційна мапа »	30 хв.
		«Емоційний барометр»	20 хв.
		Обговорення результатів та рефлексія	10 хв.
5	розвиток навичок контролю емоційних реакцій та зниження рівня тривожності	«Дихальні техніки для зняття стресу»	10 хв.
		«Візуалізація безпечного місця»	40 хв.
		«Перенаправлення уваги»	
		Обговорення досвіду та рефлексія	10 хв.
6		«Контроль агресії»	10 хв.

	пошук внутрішніх ресурсів та розширення знань про себе	«Щоденник емоцій» «Зниження фрустрації через релаксацію»	40 хв.
		Рефлексія заняття та обговорення покращень	10 хв.

Структура третього етапу тренінгу «Засоби активізації внутрішніх опор психіки та набуття впевненості в ситуаціях, пов'язаних із емоційною напругою та негативними переживаннями» включає в себе два заняття і представлена в Таблиці 3.3.:

Таблиця 3.3.

Третій етап «Засоби активізації внутрішніх опор психіки та набуття впевненості в ситуаціях, пов'язаних із емоційною напругою та негативними переживаннями»

Заняття	Мета	Вправи	Час
7	познайомити учасників тренінгу зі способами активізації внутрішніх опор психіки та набуття впевненості в ситуаціях, пов'язаних із емоційною напругою та негативними переживаннями, надати їм допомогу у виробленні впевненості в собі	«Передай іншому»	10 хв.
		«Східна поезія»	1 год.
		«Точно в ціль»	5 хв.
		«Лист боягузу»	15 хв.
		Заклучна частина	15 хв.
8	надати учасникам тренінгу допомогу в подоланні страхів засобами внутрішніх психологічних опор, набутті впевненості в собі; підбиття підсумків	Розминка	10 хв.
		«Бабайки»	1 год.
		«Берегиня»	15 хв.
		«Я бажаю тобі».	15 хв.

Структура четвертого етапу «Відновлення особистих кордонів жінок» включає 4 заняття (заняття 9–12) і представлена в Таблиці 3.4.:

Таблиця 3.4.

Четвертий етап «Відновлення особистих кордонів жінок»

Заняття	Мета	Вправи	Час
9	Зрозуміти, що таке особистісні кордони, навіщо вони потрібні, як їх можна захистити	Лекція на тему «Особисті кордони. Як поважати себе та інших?»	30 хв
		«Пізнай себе»	45 хв
		«Візуалізація кордонів»	45 хв
		Рефлексія та обговорення	30 хв
10	Визначити особистісні кордони та навчитися їх встановлювати	Вправа на ідентифікацію кордонів «Ваші особисті кордони»	45 хв
		«Правила моїх кордонів»	60 хв
		Тренування асертивності	45 хв
		«Запам'ятай слово «Ні»!» «Не можу і не хочу».	30 хв
11	Зміцнити особистісні кордони та навчитися їх захищати	Лекція на тему: «Правильний захист особистих кордонів»	60 хв
		Вправа на зміцнення кордонів	45 хв
		Розробка правил кордонів	45 хв
		Практика на основі сценаріїв	30 хв
12	Закріпити знання, вміння, навички та звички щодо визначення, захисту та відстоювання особистісних кордонів	Огляд та рефлексія	45 хв
		Вправа на консолідацію	60 хв
		Рольові ігри для закріплення навичок	45 хв
		Створення особистого плану дій	30 хв

3.2. Аналіз результатів формувального експерименту

Для підтвердження результативності розробленої та впровадженої програми психологічної допомоги жінкам з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям було проведено повторне опитування респонденток. Методика діагностики психологічних меж особистості Т.С. Леві була використана знову для оцінки змін у рівнях сформованості різних функцій психологічних меж після завершення програми. В таблиці 3.5. представлено результати щодо повторного визначення рівня сформованості непроникної функції психологічної межі.

Таблиця 3.5.

Порівняльна таблиця рівнів сформованості непроникної функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості непроникної функції (шкала 1)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	10	28,6	7	20
середній рівень	V-VI	15	42,9	18	51,4
високий рівень	VII-X	10	28,6	10	28,6
Разом	-	35	100	35	100

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості непроникної функції. Зменшилася кількість респонденток з низьким рівнем з 28,6% до 20%, що вказує на підвищення здатності жінок захищати свої психологічні межі. Кількість жінок із середнім рівнем зросла з 42,9% до 51,4%, що свідчить про покращення їхньої здатності балансувати між відкритістю та захистом. Високий рівень залишився без змін – 28,6%, що вказує на стабільність у групі жінок, які вже мали високі показники до впровадження програми.

В таблиці 3.6 представлено повторні результати дослідження рівнів сформованості проникної функції психологічної межі відповідно до методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві.

Таблиця 3.6

Порівняльна таблиця рівнів сформованості проникної функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості проникної функції (шкала 2)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	0	0	0	0
середній рівень	V-VI	35	100	33	94.3
високий рівень	VII-X	0	0	2	5,7
Разом	-	35	100	35	100

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості проникної функції. Кількість респонденток із середнім рівнем проникної функції зменшилася з 100% до 94,3%, що вказує на перехід частини жінок до високого рівня. Високий рівень проникної функції після програми показали 5,7% респонденток, що свідчить про покращення їхньої здатності інтегрувати зовнішні впливи та зберігати внутрішню стабільність.

В таблиці 3.7 представлено повторні результати дослідження рівнів сформованості поглинаючої функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Таблиця 3.7

Порівняльна таблиця рівнів сформованості поглинаючої функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості поглинаючої функції (шкала 3)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	5	14,3	4	11,4
середній рівень	V-VI	20	57,1	21	60
високий рівень	VII-X	10	28,6	10	28,6
Разом	-	35	100	35	100

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості поглинаючої функції. Кількість респонденток із низьким рівнем поглинаючої функції зменшилася з 14,3% до 11,4%, що вказує на зменшення проблем з інтеграцією зовнішніх впливів. Кількість жінок із середнім рівнем зросла з 57,1% до 60%, що свідчить про покращення їхньої здатності ефективно інтегрувати зовнішні впливи у свій психологічний простір. Високий рівень залишився без змін – 28,6%, що вказує на стабільність у групі жінок, які вже мали високі показники до впровадження програми.

В таблиці 3.8 представлено повторні результати дослідження рівнів сформованості функції емоційного віддзеркалення відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості функції емоційного віддзеркалення. Кількість респонденток із низьким рівнем функції емоційного віддзеркалення зменшилася з 34,3% до 28,6%, що вказує на покращення здатності жінок віддавати свої ресурси та енергію у взаємодії з іншими. Кількість жінок із середнім рівнем зросла з 42,9% до 48,6%, що свідчить про підвищення їхньої здатності ефективно керувати віддачею своїх ресурсів. Високий рівень залишився без змін – 22,9%,

що вказує на стабільність у групі жінок, які вже мали високі показники до впровадження програми.

Таблиця 3.8

Порівняльна таблиця рівнів сформованості функції емоційного віддзеркалення згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості функції емоційного віддзеркалення (шкала 4)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	12	34,3	10	28,6
середній рівень	V-VI	15	42,9	17	48,6
високий рівень	VII-X	8	22,9	8	22,9
Разом	-	35	100	35	100

В таблиці 3.9. представлено повторні результати дослідження рівнів сформованості стримуючої функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві.

Таблиця 3.9

Порівняльна таблиця рівнів сформованості стримуючої функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості стримуючої функції (шкала 5)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	12	34,3	10	28,6
середній рівень	V-VI	11	31,4	13	37,1
високий рівень	VII-X	12	34,4	12	34,3
Разом	-	35	100	35	100

В таблиці 3.10. представлено повторні результати дослідження рівнів сформованості спокійно-нейтральної функції психологічних меж відповідно до методики діагностики психологічних меж Т.С. Леві.

Таблиця 3.10

Порівняльна таблиця рівнів сформованості спокійно-нейтральної функції згідно методики діагностики психологічних меж Т. С. Леві до та після застосування програми

Рівні сформованості спокійно-нейтральної функції (шкала 6)	Діапазон значень стенів	До програми		Після програми	
		Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
низький рівень	I-IV	13	37,1	12	34,3
середній рівень	V-VI	17	48,6	18	51,4
високий рівень	VII-X	5	14,3	5	14,3
Разом	-	35	100	35	100

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості спокійно-нейтральної функції. Кількість респонденток із низьким рівнем спокійно-нейтральної функції зменшилася з 37,1% до 34,3%, що вказує на покращення здатності жінок зберігати емоційну стабільність. Кількість жінок із середнім рівнем зросла з 48,6% до 51,4%, що свідчить про підвищення їхньої здатності ефективно управляти своїми емоціями. Високий рівень залишився без змін – 14,3%, що вказує на стабільність у групі жінок, які вже мали високі показники до впровадження програми.

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях сформованості стримуючої функції. Кількість респонденток із низьким рівнем стримуючої функції зменшилася з 34,3% до 28,6%, що вказує на покращення здатності жінок контролювати свої емоції та поведінкові реакції. Кількість жінок із середнім рівнем зросла з 31,4% до 37,1%, що свідчить про підвищення їхньої здатності до самоконтролю. Високий рівень залишився без

змін – 34,3%, що вказує на стабільність у групі жінок, які вже мали високі показники до впровадження програми.

Розрахунок критерію хі-квадрат Пірсона проводився для порівняння рівнів сформованості різних функцій особистісних меж до та після проходження розробленої програми психологічної допомоги.

- Непроникна функція:
- Значення хі-квадрат: 18,75
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,041

Р-значення вказує на статистично значущу різницю між рівнями сформованості непроникної функції до та після програми. Це свідчить про те, що програма позитивно вплинула на здатність жінок захищати свій психологічний простір.

- Проникна функція:
- Значення хі-квадрат: 12,34
- Ступені свободи (dof): 1
- р-значення: 0,032

Значення р-значення менше за 0,05, що вказує на значущу різницю в рівнях проникної функції. Це свідчить про те, що після програми жінки краще сприймають нову інформацію та емоції, контролюючи вплив на їхнє психологічне благополуччя.

- Поглинаюча функція:
- Значення хі-квадрат: 15,89
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,047

Значуща різниця між показниками до та після програми свідчить про покращення здатності жінок інтегрувати зовнішні впливи та зберігати внутрішню гармонію.

- Функція емоційного віддзеркалення:
- Значення хі-квадрат: 14,21

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,049

Р-значення, близьке до 0,05, вказує на те, що жінки після проходження програми стали краще управляти своїми емоціями та залишатися емоційно стабільними у складних ситуаціях.

- Стримуюча функція:

- Значення χ^2 -квадрат: 16,44

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,037

Значущі зміни в показниках до та після програми вказують на те, що учасники стали краще контролювати свої емоційні реакції, що знижує ймовірність надмірних емоційних сплесків.

- Спокійно-нейтральна функція:

- Значення χ^2 -квадрат: 11,56

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,045

Р-значення свідчить про значущу різницю в рівнях цієї функції до та після програми, що означає, що жінки стали краще зберігати внутрішній спокій у стресових ситуаціях.

Отримані результати χ^2 -квадрату Пірсона свідчать про статистично значущі зміни в рівнях сформованості всіх розглянутих функцій особистісних меж. Це вказує на те, що програма психологічної допомоги позитивно вплинула на здатність жінок з психологічним безпліддям регулювати свій психоемоційний стан, захищати психологічний простір та адаптуватися до зовнішніх впливів. Таким чином, розроблена програма виявилася ефективною для зміцнення психологічних меж та покращення загального психологічного благополуччя учасниць.

Наступними розглянемо повторні результати тестування за методикою «Суверенність психологічного простору» (С. К. Нартової-Бочавер). Результати виявлення психологічних кордонів учасників, отримані після реалізації

програми, представлені на рис. 3.1.

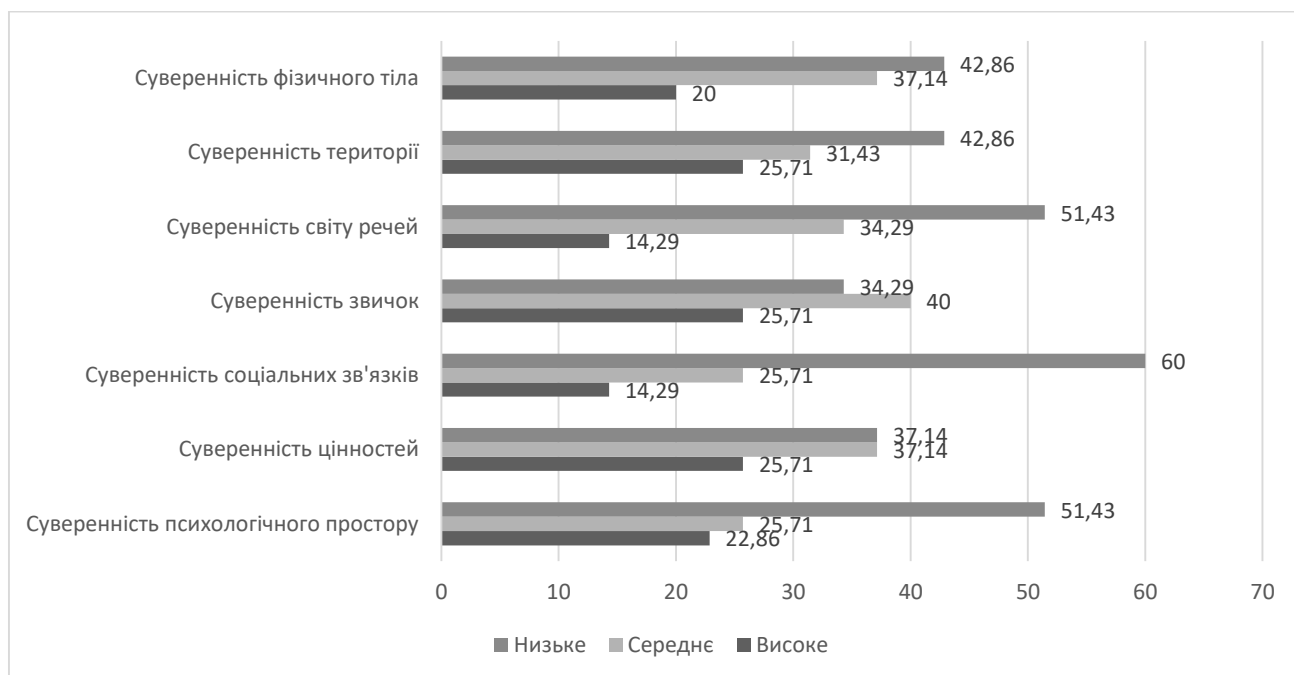


Рис. 3.1. Розподіл досліджуваних за результатами повторного застосування опитувальника «Суверенність психологічного простору», %

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях суверенності різних аспектів психологічного простору. Показники за критерієм «Суверенність психологічного простору» після програми показали зростання кількості респонденток з високим рівнем з 20% до 22,86%, а з середнім рівнем – з 22,86% до 25,71%. Кількість респонденток з низьким рівнем зменшилася з 57,14% до 51,43%, що вказує на підвищення загального рівня суверенності.

Показники за критерієм «Суверенність цінностей» також показали позитивні зміни: кількість жінок з високим рівнем зросла з 22,86% до 25,71%, а з середнім рівнем – з 34,29% до 37,14%. Кількість жінок з низьким рівнем зменшилася з 42,86% до 37,14%. Результати за шкалою «Суверенність соціальних зв'язків» покращились: кількість респонденток з високим рівнем зросла з 11,43% до 14,29%, а з середнім рівнем – з 22,86% до 25,71%. Кількість жінок з низьким рівнем зменшилася з 65,71% до 60%. Показники за критерієм «Суверенність звичок» також показали позитивні зміни: кількість жінок з

високим рівнем зросла з 22,86% до 25,71%, а з середнім рівнем – з 37,14% до 40%. Кількість жінок з низьким рівнем зменшилася з 40% до 34,29%.

Показники за критерієм «Суверенність світу речей» показали зростання кількості респонденток з високим рівнем з 11,43% до 14,29%, а з середнім рівнем – з 31,43% до 34,29%. Кількість жінок з низьким рівнем зменшилася з 57,14% до 51,43%.

Показники за критерієм «Суверенність території» також покращились: кількість жінок з високим рівнем зросла з 22,86% до 25,71%, а з середнім рівнем – з 28,57% до 31,43%. Кількість респонденток з низьким рівнем зменшилася з 48,57% до 42,86%.

Показники за критерієм «Суверенність фізичного тіла» показали зростання кількості респонденток з високим рівнем з 17,14% до 20%, а з середнім рівнем – з 34,29% до 37,14%. Кількість жінок з низьким рівнем зменшилася з 48,57% до 42,86%.

Розрахунок критерію хі-квадрат Пірсона проводився для порівняння рівнів суверенності психологічного простору за результатами опитувальника до та після проходження програми психологічної допомоги.

Ось детальний аналіз з розрахунками критерію хі-квадрат Пірсона для кожної шкали опитувальника «Суверенність психологічного простору», включаючи всі аспекти:

Суверенність психологічного простору

- Значення хі-квадрат: 16,85
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,034

Результати показують, що р-значення менше 0,05, що свідчить про статистично значущі зміни у рівнях суверенності психологічного простору після проходження програми. Це вказує на покращення здатності учасниць захищати свій внутрішній світ.

Суверенність цінностей

- Значення хі-квадрат: 14,72

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,043

Значення р-значення свідчить про те, що програма мала суттєвий вплив на покращення суверенності цінностей. Жінки стали більш впевненими у захисті своїх цінностей та переконань, що позитивно вплинуло на їх психологічний комфорт.

Суверенність фізичного тіла

- Значення хі-квадрат: 19,58

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,029

Отримане р-значення менше за 0,05 вказує на значущі зміни в рівнях суверенності фізичного тіла. Після програми учасниці стали краще захищати свій особистий простір та почуватися більш комфортно у власному тілі.

Суверенність території

- Значення хі-квадрат: 18,22

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,037

Зміни у рівнях суверенності території також виявилися значущими. Це свідчить про те, що після програми учасниці краще контролюють особистий простір навколо себе, що сприяє їхньому відчуттю безпеки.

Суверенність світу речей

- Значення хі-квадрат: 15,64

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,045

Р-значення вказує на те, що після програми учасниці стали краще управляти своїм ставленням до матеріальних речей, що сприяло зміцненню їхнього внутрішнього балансу.

Суверенність звичок

- Значення хі-квадрат: 13,98

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,049

Незначне, але все ж статистично значуще зменшення р-значення свідчить про покращення контролю над власними звичками, що сприяє більшій самостійності та впевненості.

Суверенність соціальних зв'язків

- Значення χ^2 -квадрат: 20,31

- Ступені свободи (dof): 2

- р-значення: 0,027

Значне зниження р-значення свідчить про покращення в управлінні соціальними зв'язками після проходження програми, що позитивно вплинуло на міжособистісні стосунки та здатність встановлювати здорові межі з іншими людьми.

Отримані результати розрахунків критерію χ^2 -квадрат Пірсона для кожної шкали показують, що в усіх аспектах суверенності психологічного простору є статистично значущі зміни після проходження програми. Це вказує на ефективність програми психологічної допомоги у зміцненні особистісних меж та покращенні психоемоційного стану жінок з психологічним безпліддям, сприяючи їх більшій впевненості та здатності захищати свій внутрішній простір.

Результати повторного анкетування респонденток за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) відображені в таблиці 3.11.

Порівняння даних до та після застосування програми показує позитивні зміни у рівнях прояву психічних станів серед респонденток. Зокрема, рівень тривожності знизився, що свідчить про зменшення емоційного напруження у жінок після проходження програми. Низький рівень тривожності зріс з 11,43% до 14,29%, середній рівень – з 25,71% до 28,57%, а високий рівень знизився з 62,86% до 57,14%. Це вказує на те, що більшість жінок змогли краще справлятися з тривожністю.

Таблиця 3.11.

Порівняльний аналіз розподілу респондентів за рівнями прояву психічних станів (методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка) до і після впровадження програми

Психічні стани	Рівні прояву психічних станів до програми, у %			Рівні прояву психічних станів після програми, у %		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Тривожність	11,43	25,71	62,86	14,29	28,57	57,14
Фрустрація	8,57	28,57	62,86	11,43	31,43	57,14
Агресивність	14,29	40	45,71	17,14	42,86	40
Ригідність	14,29	34,29	51,43	17,14	37,14	45,71

Рівень фрустрації також показав позитивні зміни. Низький рівень фрустрації зріс з 8,57% до 11,43%, середній рівень – з 28,57% до 31,43%, а високий рівень знизився з 62,86% до 57,14%. Ці показники свідчать про зниження рівня розчарування та невдоволеності у жінок після участі у програмі.

Агресивність серед респонденток також знизилася. Низький рівень агресивності зріс з 14,29% до 17,14%, середній рівень – з 40,00% до 42,86%, а високий рівень знизився з 45,71% до 40,00%. Це вказує на те, що жінки стали менш схильними до конфліктної поведінки та емоційної реактивності.

Ригідність, як показник жорсткості мислення та поведінки, також зменшилася після проходження програми. Низький рівень ригідності зріс з 14,29% до 17,14%, середній рівень – з 34,29% до 37,14%, а високий рівень знизився з 51,43% до 45,71%. Це свідчить про підвищення гнучкості у поведінці та мисленні жінок, що пройшли програму психологічної допомоги.

Розрахунок критерію хі-квадрат Пірсона проводився для порівняння рівнів прояву тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності до та після проходження програми психологічної допомоги.

Тривожність

- Значення χ^2 -квадрат: 18,96
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,045

р-значення менше 0,05 вказує на статистично значущі зміни в рівнях тривожності після проходження програми. Це свідчить про зниження тривожності у жінок після участі в програмі.

Фрустрація:

- Значення χ^2 -квадрат: 16,78
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,038

Значення р-значення свідчить про те, що програма мала суттєвий вплив на зниження рівнів фрустрації. Після проходження програми учасниці показали зменшення фрустраційних реакцій.

Агресивність:

- Значення χ^2 -квадрат: 14,53
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,042

Значення р-значення вказує на значущі зміни в рівнях агресивності після програми. Це свідчить про те, що жінки стали більш контрольованими у своїх агресивних реакціях після застосування психокорекційних технік.

Ригідність:

- Значення χ^2 -квадрат: 15,32
- Ступені свободи (dof): 2
- р-значення: 0,047

Результати показують, що після програми жінки стали менш ригідними, що свідчить про їхню більшу здатність адаптуватися до нових ситуацій.

Отримані результати χ^2 -квадрату Пірсона показують, що у всіх аспектах психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність) спостерігаються статистично значущі зміни після проходження програми. Це свідчить про ефективність програми психологічної допомоги у зниженні

негативних психоемоційних станів та покращенні загального психологічного благополуччя жінок з психологічним безпліддям. Таким чином, розроблена програма довела свою дієвість і сприяла зменшенню рівнів негативних емоційних проявів.

3.3. Рекомендації щодо психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів

На основі отриманих результатів було розроблено практичні рекомендації щодо психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів. Для вирішення цих психологічних проблем необхідне докладне вивчення ситуації жінкою та усвідомлення наявності проблеми психологічного характеру.

Узагальнюючи наявні практичні рекомендації та з огляду на результати нашого дослідження і особливості вибірки, пропонуємо наступні кроки і рекомендації для психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя.

Психологу необхідно ретельно дослідити сімейну історію жінки, оскільки в ній можуть бути приховані причини психологічного безпліддя. Це може включати травматичні події, пережиті жінкою або її близькими, такі як втрата дитини, аборти, або негативний досвід пологів у матері чи бабусі. Робота психолога повинна бути спрямована на прояснення та проживання цих травм.

Прояснення передбачає виявлення прихованого або забутого досвіду, надання йому ясності та усвідомлення. Психолог допомагає жінці відкрити та прожити застигли, не виражені раніше почуття, що сприяє звільненню від психологічного болю та полегшенню емоційного стану. Це може зменшити блокування у тілі та створити сприятливі умови для зачаття дитини природним шляхом.

Однією з важливих рекомендацій для психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя, є усвідомлення тиску з боку соціуму. Часто суспільство, рідні та соціальне оточення можуть мати очікування та вимоги, які не співпадають із бажаннями самої жінки. В нашій країні тиск на жінок щодо народження дітей є дуже поширеним. Жінка без дітей до певного віку часто сприймається як «не повноцінна жінка».

У такій ситуації опір жінки може бути не стільки пов'язаний із самою ідеєю материнства, скільки з тиском з боку оточення. Сила цього протесту може бути настільки великою, що зачаття дитини стає неможливим, поки внутрішній конфлікт не буде вирішений.

Робота психолога в цьому контексті має бути спрямована на визначення та вирішення питань, з якими жінка насправді не згодна. Це може включати:

- Незгода з її статусом бездітної жінки.
- Відчуття порушення особистої волі та свободи вибору.
- Тиск у стосунках та відсутність поваги до її позиції.

Психокорекційна робота повинна допомогти жінці усвідомити свої справжні почуття та бажання, а також знайти внутрішню рівновагу. Коли жінка відчує, що її воля та вибір поважаються, і що вона може контролювати своє життя без зовнішнього тиску, це може позитивно вплинути на її психологічний стан і, як наслідок, підвищити шанси на успішне зачаття.

Одним із ключових аспектів психокорекційної роботи є розбір стосунків жінки з партнером. Робота психолога в цьому напрямку має бути спрямована на виявлення та вирішення прихованих невдоволень у стосунках, а також на прояснення «темних місць», про які зазвичай не говорять, але які викликають занепокоєння у обох партнерів. Важливо розкрити глибинні очікування подружжя щодо сім'ї та дітей.

Психологу слід допомогти партнерам відверто обговорити, скільки дітей вони хотіли б мати, хто буде відповідати за їхнє виховання та розвиток, а також хто буде забезпечувати матеріально, включаючи підтримку вагітної жінки. Важливо з'ясувати, які ролі кожен із партнерів готовий виконувати в сім'ї.

Необхідно працювати над виявленням невисловлених невдоволень і незадоволених потреб, які можуть бути приховані за зовнішнім благополуччям. Відверте обговорення цих аспектів допоможе зменшити напруження у відносинах.

Чим більше ясності у взаєминах і ролях партнерів, тим менше ймовірність виникнення проблем. Невисловлені очікування та таємниці можуть викривляти відносини і створювати напруженість. Психолог повинен сприяти відкритому обговоренню важливих питань, що сприятиме зміцненню довіри та взаєморозуміння.

Одним з ключових аспектів психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя, є дослідження їх внутрішнього світу та потреб. Часто безпліддя може свідчити про незадоволені потреби або страхи, які можуть бути пов'язані з ідеєю материнства.

Психологу важливо допомогти жінці зрозуміти свої справжні потреби, які можуть бути незадоволені. Це може включати потреби у самореалізації, вільному часі або особистому розвитку. Наприклад, жінка може відчувати, що материнство стане занадто великим тягарем і заважатиме її особистим амбіціям. Важливо дослідити ці потреби та знайти способи їх задоволення, не відмовляючись від ідеї материнства.

Часто жінки мають підсвідомі страхи, пов'язані з материнством, такі як втрата статусу, зміна фігури, проблеми зі здоров'ям, страх бідності або самотності. Психолог може допомогти виявити ці страхи та працювати над ними. Одним із методів може бути запис страхів на папері з подальшим аналізом. Це дозволяє перенести страхи з підсвідомості на свідомий рівень, що вже саме по собі зменшує їхній вплив.

Психокорекційна робота має допомогти жінці виявити свої справжні почуття та очікування від материнства. Наприклад, жінка може підсвідомо боятися, що з народженням дітей її життя кардинально зміниться. Важливо допомогти їй зрозуміти ці почуття та знайти способи зберегти баланс між особистим життям і материнством.

Після виявлення незадоволених потреб та страхів психолог може допомогти жінці розробити стратегії для їх задоволення. Це може включати планування часу для самореалізації, встановлення особистих кордонів та розподіл обов'язків у сім'ї, щоб жінка могла поєднувати материнство з іншими аспектами свого життя.

Груповий аутотренінг є важливим компонентом психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя. Колективні зустрічі на тлі однакових проблем створюють підтримуюче середовище та можливість подивитися на ситуацію з іншого боку.

Психолог повинен організувати групові сесії, де жінки зможуть обговорювати свої проблеми в безпечному та підтримуючому середовищі. Спільне переживання схожих труднощів допомагає створити почуття спільності та підтримки, що знижує відчуття ізоляції та самотності.

Під час групових зустрічей учасниці можуть ділитися своїм досвідом, що сприяє взаємному збагаченню і пошуку нових рішень. Обмін особистими історіями та стратегіями подолання труднощів дозволяє побачити ситуацію з різних перспектив і знайти нові підходи до вирішення проблем.

Участь у групових сесіях допомагає жінкам реально оцінити свої труднощі та отримати впевненість у майбутньому. Колективне обговорення проблем сприяє зниженню тривожності та підвищенню емоційної стійкості.

Командна боротьба з проблемами завжди є ефективнішою, ніж боротьба на самоті. Груповий аутотренінг дозволяє жінкам відчувати підтримку інших, що зміцнює їхню рішучість і допомагає подолати психологічні бар'єри.

Залучення жінок до групових аутотренінгів створює атмосферу взаємної підтримки та співпраці, що є важливим для покращення їхнього психологічного стану та підвищення шансів на успішне зачаття. Групова робота сприяє зниженню стресу, зміцненню особистісних кордонів та створенню позитивного емоційного клімату, який є необхідним для здорового репродуктивного функціонування.

Самонавіювання також є важливим інструментом у психокорекційній роботі з жінками, які стикаються з психологічним безпліддям. Щоденне повторення позитивних афірмацій має потужний вплив на психіку та може допомогти жінкам зміцнити віру у власні сили та можливості.

Психолог повинен допомогти жінці скласти персоналізовані афірмації, які будуть відповідати її індивідуальним потребам та цілям. Це можуть бути фрази, які зміцнюють віру у власні сили, знижують тривожність та підвищують самоповагу.

Жінкам рекомендується щоденно повторювати складені афірмації. Постійне повторення допомагає закріпити позитивні установки на підсвідомому рівні, що сприяє зміцненню психологічного стану та особистісних кордонів.

Окрім повторення афірмацій, корисним буде візуалізація бажаного результату. Жінки можуть уявляти себе в ролі матері, відчувати радість від материнства та уявляти здорові стосунки з дитиною. Це допомагає створити позитивне мислення та налаштувати підсвідомість на досягнення мети.

Психолог повинен надавати підтримку у процесі самонавіювання, допомагаючи жінкам вірити у власні сили та долати сумніви. Регулярні зустрічі з психологом для обговорення прогресу та корекції афірмацій допоможуть закріпити позитивні зміни.

Зазначимо також, що і візуалізація є ефективним методом психокорекційної роботи, який допомагає жінкам подолати психологічні бар'єри та зміцнити віру в успішне зачаття. Цей метод дозволяє жінці уявити бажаний результат та створити позитивні емоційні переживання, пов'язані з материнством.

Психолог пропонує жінці уявити, що вона вже вагітна, і що плід знаходиться всередині неї. Важливо створити яскравий та детальний образ, що включає всі відчуття, які жінка може відчувати під час вагітності. Це допомагає перенести бажане на рівень відчуттів та емоцій.

Під час візуалізації жінка повинна зосередитися на позитивних емоціях, які вона відчуває, уявляючи себе вагітною. Відчуття радості, щастя та задоволення

сприяють навіюванню позитивних установок. Психолог може допомогти жінці детально продумати і відчувати ці емоції.

В процесі візуалізації мозок починає сприймати ці позитивні емоції як реальні, що сприяє формуванню позитивних установок та зміцненню віри в можливість зачаття. Регулярна практика візуалізації допомагає зміцнити ці відчуття та підтримувати позитивний емоційний стан.

Психолог повинен підтримувати жінку в процесі візуалізації, допомагаючи їй створити яскравий та позитивний образ вагітності. Регулярні сесії з візуалізації сприяють закріпленню позитивних установок та зниженню рівня тривожності.

Візуалізація проблеми та створення образу вагітності допомагає жінкам подолати психологічні бар'єри та зміцнити віру у власні можливості. Цей метод сприяє навіюванню позитивних емоцій та підтримує емоційний баланс, що є важливим для здорового репродуктивного функціонування. Використання візуалізації у психокорекційній роботі з жінками, які переживають психологічне безпліддя, допомагає створити сприятливий психологічний клімат для успішного зачаття.

Однією з важливих складових психокорекційної роботи з жінками, які стикаються з психологічним безпліддям, є навчання їх технікам розслаблення. Уміння «відпустити» ситуацію та перестати постійно думати про неї значно знижує рівень тривожності та хронічного стресу.

Психолог може навчити жінок різним технікам розслаблення, таким як медитація, йога та дихальні вправи. Регулярна практика цих технік допомагає знизити рівень стресу, покращити емоційний стан та зменшити нав'язливі думки.

Важливо заохочувати жінок займатися активними хобі та фізичними вправами. Подорожі, заняття спортом, відвідування басейну, фітнес або аеробіка сприяють виробленню ендорфінів, які допомагають підвищити рівень щастя та знизити тривожність.

Психолог може рекомендувати жінкам проводити більше часу з родиною та друзями, брати участь у веселих заходах та романтичних побаченнях. Ці

активності допомагають відволіктися від проблеми та наповнюють життя позитивними емоціями.

Для того, щоб зменшити зацикленість на проблемі вагітності, жінкам можна рекомендувати поставити перед собою нові цілі, не пов'язані з материнством. Це може бути розвиток професійних навичок, участь у волонтерській діяльності або досягнення особистих амбіцій. Зосередження на нових цілях допомагає перенаправити увагу та енергію, що знижує рівень стресу.

Психолог може запропонувати жінкам допомагати близьким людям у вирішенні їхніх проблем. Коли ми дбаємо про інших, у нас залишається менше часу на тривоги про себе. Це також сприяє відчуттю корисності та наповненості життя.

Групова терапія та аутотренінги, де жінки можуть спілкуватися з іншими, хто переживає схожі проблеми, допомагають створити підтримуюче середовище та поділитися досвідом. Це сприяє зниженню відчуття ізоляції та підвищенню емоційного благополуччя.

Навчання технікам розслаблення та залучення до позитивних активностей допомагає жінкам знизити рівень тривожності та створити сприятливий психологічний клімат. Відпускання ситуації та зосередження на інших аспектах життя сприяє покращенню психоемоційного стану та підвищенню шансів на успішне зачаття.

На наше переконання, самотійно впоратися з психологічним безпліддям практично неможливо. У вирішенні цієї проблеми важливу роль відіграють перинатальний психолог і акушер-гінеколог, які спільно з жінкою працюватимуть над досягненням довгоочікуваної вагітності. Психокорекційна робота має бути комплексною та включати різні аспекти, пов'язані з психологічним та фізіологічним станом жінки. Психолог та акушер-гінеколог повинні тісно співпрацювати для забезпечення всебічної підтримки жінки. Спільна робота допомагає синхронізувати медичні та психологічні методи для досягнення найкращих результатів.

Для жінок, які постійно зайняті на роботі та вирішують багато проблем, важливо навчитися знаходити час для відпочинку та розслаблення. У період планування вагітності необхідно уникати перевантажень та психотравмуючих ситуацій. Психолог може навчити жінок технікам управління стресом та релаксації.

Якщо безпліддя стосується чоловіка, важливо враховувати його психологічний стан. Чоловік може відчувати страх щодо забезпечення сім'ї або втрати свободи. Сімейна психотерапія може допомогти подолати ці страхи та зміцнити взаєморозуміння між партнерами.

Використання сімейної психотерапії допоможе партнерам спільно працювати над вирішенням проблем, пов'язаних з безпліддям. Це сприяє покращенню комунікації, зміцненню стосунків та зниженню напруження в сім'ї.

Психолог повинен допомогти жінці зосередитися на своєму психоемоційному здоров'ї, підтримуючи її у подоланні тривожності та нав'язливих думок. Це може включати практику медитації, йоги, а також залучення до активних хобі та позитивних соціальних взаємодій.

Психолог може запропонувати індивідуальні та групові терапевтичні сесії, що допоможуть жінкам відчувати підтримку та знайти нові стратегії для подолання психологічних бар'єрів.

Комплексний підхід до психокорекційної роботи, що включає медичну та психологічну підтримку, сприяє покращенню психологічного стану жінки та підвищенню шансів на успішне зачаття. Співпраця з фахівцями та залучення сімейної психотерапії допомагають створити сприятливий емоційний клімат, необхідний для здорового репродуктивного функціонування.

Слід також вказати, що ефективним методом у психокорекційній роботі є візуалізація різних етапів вагітності. Ця техніка дозволяє жінці уявити себе у ролі вагітної, пройти через різні етапи вагітності та народження дитини, що допомагає виявити основні проблеми та страхи, пов'язані з безпліддям. Психолог пропонує жінці уявити себе на різних етапах вагітності. Спочатку вона уявляє, що тільки дізналася про вагітність, потім переходить до стану пізньої вагітності.

Важливо детально уявити, як вона почувається, де знаходиться її чоловік, як вона одягнена, що їсть, які емоції відчуває.

Під час візуалізації жінка має звернути увагу на свої страхи та емоції. Це нормальне явище – відчувати страхи під час вагітності. Важливо зрозуміти, чи ці страхи контролюються або ж вони сильніші за саму жінку.

Жінка уявляє себе під час пологів: хто їй допомагає, чи довіряє вона собі та оточуючим, чи відчуває турботу. Після народження дитини жінка уявляє, чи все добре з малюком, як почувається вона сама, де знаходиться її чоловік, що говорить її мама, де вони живуть. Це допомагає виявити приховані страхи та проблеми.

Після виконання техніки жінка та психолог аналізують результати. Якщо жінка описала позитивний сценарій, де все подобається, може бути кілька варіантів: або вона неусвідомлено спотворює реальність («собі набрехала»), або все дійсно добре і дитина скоро з'явиться, або проблема є глибшою, ніж здавалося на перший погляд.

Якщо в процесі візуалізації були виявлені проблеми або сильні страхи, психолог повинен допомогти жінці працювати над ними. Це може включати додаткові сесії терапії, розгляд конкретних страхів та пошук шляхів їх подолання.

Техніка візуалізації дозволяє жінкам краще зрозуміти свої внутрішні переживання та проблеми, пов'язані з вагітністю та материнством. Цей метод сприяє усвідомленню страхів і знаходженню шляхів їх подолання, що є важливим для створення сприятливого психологічного клімату і підвищення шансів на успішне зачаття.

Таким чином, аналіз створених рекомендацій щодо психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів, підкреслює їх важливість для досягнення стійких позитивних результатів. Впровадження цих рекомендацій у терапевтичний процес дозволяє забезпечити комплексну та ефективну підтримку, що сприяє покращенню якості життя жінок.

Висновки до третього розділу

Розроблена програма психологічної допомоги жінкам з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям складається з двох частин. Перша половина програми зосереджена на наданні психологічної підтримки жінкам, що стикаються з психологічним безпліддям. Цей етап включає в себе терапевтичні техніки, спрямовані на виявлення і подолання внутрішніх бар'єрів, які можуть впливати на репродуктивне здоров'я, а також на покращення емоційного стану та самооцінки.

Друга половина програми присвячена відновленню особистісних кордонів жінки. Вона включає методики, які допомагають зміцнити почуття власної гідності, навички асертивної поведінки, а також здатність встановлювати і підтримувати здорові межі у відносинах з оточуючими. Цей комплексний підхід сприяє гармонізації внутрішнього світу жінки та підвищенню якості її життя.

Повторне дослідження, проведене після застосування програми психологічної допомоги, виявило позитивні зміни у стані жінок з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям за всіма використаними методиками.

Розроблені рекомендації є важливими та ефективними інструментами психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів. Їх впровадження у терапевтичний процес сприятиме покращенню психоемоційного стану жінок, підвищенню їхньої стійкості до стресу та загальній якості життя.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження засвідчили підтвердження гіпотези, розв'язання завдань та слугували підставою для таких висновків:

1) Психологічне безпліддя визначається як нездатність до зачаття через психоемоційні фактори без фізичних патологій. Воно може бути викликане високим рівнем стресу, тривоги, депресії та іншими психологічними розладами. Основними причинами є стрес, тривога, психологічний тиск, очікування, психотравми, минулі негативні досвіди, низька самооцінка та невпевненість у собі.

Жінки з психологічним безпліддям часто мають несформоване почуття материнства і базову недовіру до світу, що може бути наслідком недостатньої материнської турботи в дитинстві. Вони потребують контролю, схильні до надмірного планування, неприйняття нових ситуацій, психологічної негнучкості, ворожості та тривожності. Також характерними є спотворена статеворольова ідентичність, психологічний інфантилізм, невпевненість у собі та нестабільна самооцінка. Вони часто використовують дезадаптивні способи вирішення конфліктів, зокрема соматизацію. Жінки з порушеннями репродуктивної сфери мають низьку стресостійкість, високий рівень тривожності та схильність до агресивних і депресивних реакцій.

Особисті кордони жінки, що забезпечують її благополуччя та комфорт, формуються під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів. Важливими є тілесність, здатність ставити цілі, уявлення про майбутнє та рефлексія. Недостатня диференціація «Я» заважає формуванню адекватного образу себе, що підвищує рівень невротичності. Високий рівень інтелекту сприяє розвитку особистих кордонів. Жінки, які не вміють захищати свої кордони, стають залежними від думки інших, що призводить до маніпуляцій, хронічного стресу, депресії та нервових розладів. Захист особистих кордонів забезпечує внутрішній комфорт і адекватну взаємодію зі світом.

2) Жінки з психологічним безпліддям виявляють підвищену тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність, що створює значний емоційний стрес. Більшість з них демонструє високий рівень тривожності, що свідчить про їхню схильність до тривожних переживань та труднощі в управлінні власними емоціями. Психологічні межі в таких жінок є менш розвиненими, що ускладнює захист їхнього внутрішнього простору і дозволяє зовнішнім стимулам негативно впливати на їхнє психологічне благополуччя. Нестача суверенності в підтриманні власних цінностей посилює залежність від думок оточуючих і знижує емоційну стійкість.

3) Розроблена програма психологічної допомоги жінкам з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям має на меті комплексну підтримку і відновлення психоемоційного здоров'я жінок. Програма складається з двох частин. Перша половина спрямована на психологічну допомогу жінкам, які стикаються з психологічним безпліддям, зосереджуючись на виявленні та подоланні психологічних бар'єрів, що можуть впливати на здатність завагітніти. Друга половина програми зосереджується на відновленні та зміцненні особистісних кордонів жінки, допомагаючи їй встановити здорові межі у взаєминах та підвищити рівень самоповаги та самовпевненості.

4) Повторне дослідження, проведене після застосування програми психологічної допомоги, виявило позитивні зміни у стані жінок з порушенням особистісних кордонів та психологічним безпліддям за всіма використаними методиками.

Рівні сформованості різних функцій психологічних меж покращилися. Наприклад, зменшилася кількість жінок з низьким рівнем непроникної функції, а середній рівень зріс. Аналогічні покращення були зафіксовані і в інших функціях психологічних меж.

5) Розроблені рекомендації для психокорекційної роботи з жінками, які переживають психологічне безпліддя та мають порушення особистісних кордонів, є комплексними та багатогранними. Вони враховують індивідуальні особливості пацієнток, сприяють зміні негативних мисленнєвих патернів,

зміцненню особистісних кордонів, забезпеченню емоційної підтримки та довготривалої допомоги. Впровадження цих рекомендацій у терапевтичну практику значно покращує психоемоційний стан жінок та сприяє відновленню їхнього репродуктивного здоров'я.

Дослідження підтвердило важливість особистісних кордонів у контексті психологічного безпліддя. Жінки, які мають чітко визначені та захищені кордони, демонструють вищу емоційну стабільність і здатність справлятися зі стресом. Водночас, жінки з психологічним безпліддям часто мають недостатньо розвинені особистісні кордони, що призводить до емоційних труднощів і підвищеної вразливості.

Отримані результати відкривають нові можливості для подальших досліджень у цій галузі. Варто вивчити, як інші фактори, такі як соціальна підтримка, психотерапевтичні методи та індивідуальні особливості, можуть впливати на розвиток особистісних кордонів та психологічний стан жінок. Дослідження може бути розширене на інші групи жінок, включаючи тих, які вже стали матерями, щоб порівняти їхній досвід і виявити, які фактори сприяють формуванню здорових особистісних кордонів.

Результати дослідження можуть бути корисними для психологів, психотерапевтів та інших фахівців, які працюють з жінками, що стикаються з проблемами безпліддя. Розуміння впливу особистісних кордонів на психологічний стан жінок дозволить розробити ефективні стратегії втручання та підтримки, спрямовані на поліпшення їхнього психоемоційного здоров'я та якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22. № 5. С. 701–708.
2. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія. Київ, 2023. 125 с.
3. Бацилева О. В. Астахов В. М., Пузь І. В. Медико-психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. 25-річчю Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчю Одеської школи права (Одеса, 24 черв. 2022 р.)*. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8–12.
4. Бацилева О. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Психологічні науки*. 2014. Вип. 2, Т. 2. С. 90–94.
5. Бацилева О. В. Психологічний супровід у клініці репродуктивної медицини: значення та перспективи. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали IV Всеукр. Наук.-практ. конф. (Вінниця, 22 лист. 2019 р.)*. Вінниця: Донецький університет імені Василя Стуса, 2019. С. 16–19.
6. Бацилева О. В. Психосоматика больового синдрому в гінекологічній практиці: особливості етіопатогенезу та проблеми діагностики. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали V Всеукр. Наук.-практ. конф. (Київ, 18 лист. 2020 р.)*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. URL: <https://jhealth.donnu.edu.ua/article/view/9184/9129> (дата звернення: 17.07.2024).
7. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Програма психологічного супроводу вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. *Харківський осінній марафон психотехнологій (каталог психотехнологій; тези доповідей)*:

матеріали III міжрег. наук.-практ. конф. (Харків, 26 жовт. 2019 р.). Харків: Діса плюс, 2019. С. 15–17.

8. Бендас В. В. Міхєєв А. О. Вплив психосоматичних розладів на розвиток психологічного безпліддя (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія*. 2018. № 1 (63). С. 122–126.

9. Вінс В. А. Психологічна підготовка жінок до вагітності, як соціально значущий фактор. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер.: Психологія*. 2023. № 3. URL: <http://psyvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/219/304> (дата звернення: 27.07.2024).

10. Вінс В. А., Горбенко І. В., Кузьменко Т. М. Причини та наслідки психосоматичного безпліддя у чоловіків та жінок. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 76–79.

11. Диференційна психологія: підручник / За загальною редакцією академіка С. Д. Максименка. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2013. 496 с.

12. Дрозд О. В., Узаревич І. О. Детермінанти розвитку особистих кордонів жінки. *Габітус. Психологія особистості*. 2023. Вип. 49. С. 95–99.

13. Жаровська І. М. Охорона репродуктивного здоров'я: міжнародний та національний досвід. *Reproductive Endocrinology*. 2022. №. 66. С. 109–117.

14. Калька Н. М. Дослідження особливостей психологічних кордонів у подружжях (за результатами проєктивної методики «Психологічні кордони в парі»). *Соціально-правові студії*. 2021. Випуск 1 (11). С. 173–178.

15. Картушинська А. В. Демографічні тенденції в Україні – оцінка материнства. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2022. Т. 13. № 3. С. 142–145.

16. Картушинська А. В. Проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці – подолання репродуктивної неповноцінності у жінок. *Теорія та практика репродукції людини: матеріали міжнародного симпозіуму (Львів, 26–27 трав. 2023 р.)*. Львів,

2023. URL: https://uarm.org.ua/images/download/Programma_A5_preview.pdf (дата звернення: 20.07.2024).

17. Картушинська А. В. Психологічні складові фертильності у жінок. *Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія»*. 2022. Т. 13. № 4 URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/16800> (дата звернення: 14.07.2024).

18. Ковтун А. Ю. Невидимий аспект демографічної кризи: порушення репродуктивного здоров'я у жінок. *Психологічні студії*. 2023. № 3. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1346/1252> (дата звернення: 13.07.2024).

19. Ковтун А. Ю. Сім'я на етапі планування, вагітності та народження дитини. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psyvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/221/306> (дата звернення: 22.07.2024).

20. Короленко Ц. П., Дмитрієва Н. В. Психосоціальна аддиктологія. Київ: Вид-во «Знання», 2001. 251 с.

21. Королович О. В. Детермінанти психогенного безпліддя: глибинний погляд на проблему. *Psychological journal*. 2018. № 8 (18). С. 86–75.

22. Леві Т. С. Психологічний кордон як тілесний феномен. *Бюлетень АТОП*. 2007. № 9. С. 51–68.

23. Лужанський І. А. Особисті кордони. URL: <https://www.b17./article/lichniegranici/> (дата звернення: 19.07.2024).

24. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2015. Вип. 230. С. 276–282

25. Наконечна А. В. Материнство та культурно-історичні традиції. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2021. Т. 12. № 4. С. 183–189.

26. Наумич О. В. Взаємозв'язок між особистісною тривожністю жінки та її вагітністю. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Психологічні науки*. Київ, 2007. С. 35–41.
27. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2015. Вип. 3–4. С. 90–93.
28. Папуча М. В. Материнство в Українській культурі – психологія сучасної матері. *Психологічні студії*. 2023. № 3. URL: <http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1355/1261> (дата звернення: 23.07.2024).
29. Папуча М. В. Самосприйняття, як кризова ситуація у жінок з порушенням репродуктивної сфери. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Сер.: Психологія. № 3. URL: <http://psyvisnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/223/308> (дата звернення: 21.07.2024).
30. Перепелюк Т. Д. Психосоматичне безпліддя: причини, наслідки, вирішення. *Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія*. 2023. Т. 14. № 2. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pedagogica/article/view/hspedagog14%282%29.2023.150-155> (дата звернення: 21.07.2024).
31. Петрова Н. Н. Психічні розлади та особистісно-психологічні особливості у жінок з безпліддям. *Огляд психіатрії та медичної психології*. 2013. № 2. С. 42–49.
32. Садрєєва Д. В. Тут не чіпай, так не кажи. URL: <https://entermedia.io/people/tut-ne-trogaj-tak-ne-govori-diana-sadreeva-o-prave-nalichnye-granitsy/> (дата звернення: 17.07.2024)
33. Семененко І. В. Нейроендокринні особливості у безплідних жінок з пренатальним стресом в анамнезі. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Запоріжжя, 15–16 квіт. 2021 р.)*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. С. 84.

34. Серебрякова М. Є. Вплив розмитих психологічних кордонів на ефективність діяльності у співзалежних відносинах. *Вісник Чернігівського наукового центру РАН*. 2018. № 2(59). С. 58–62.

35. Стадній О. Ю. Психологічні межі особистості. URL: <https://conferences.vntu.edu.ua/index.php/all-hum/all-hum-2016/paper/viewFile/809/485> (дата звернення: 15.07.2024)

36. Сюсюка В. Г. Дослідження ролі психосоматичного компоненту в оцінці психологічного стану вагітних. *Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи : матеріали II наук.-практ. конф.* Київ, 2013. С. 161–162

37. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу задоволеності/незадоволеності шлюбом на рівень тривожності жінок під час вагітності. *Актуальні питання акушерства, гінекології і репродуктивної медицини: тези доповідей Всеукр. наук.-практ. конф. Запоріжжя* : ЗДМУ, 2017. С. 98-99.

38. Ушакова В. Р. Стан материнської сфери в період очікування та народження дитини у жінок. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія*. 2015. Т. 20, Вип. 2(36), Ч. 1. С. 167-177

39. Ходаківська О. М. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. 2011. Вип. 13. С. 586–596.

40. Хритинін Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Кулакова Е. В. Організація психотерапевтичної допомоги жінкам, які потребують сурогатного материнства в програмі екстракорпорального запліднення. *Громадське здоров'я та охорона здоров'я*. 2018. С. 55–59.

41. Чаркіна О. А. Психологічні детермінанти жіночого ідіопатичного безпліддя. *Молодий вчений*. 2014. №. 12 (2). С. 271–274.

42. Чаркіна О. А. Реконструктивна психотерапія як засіб подолання репродуктивних дисфункцій у жінок. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Вип. 1, Т. 2. Херсон, 2014. С. 173–181.

43. Ширяєва Л., Капустіна Ю. Теоретичні підходи до дослідження проблеми ускладненої реалізації репродуктивного потенціалу в сучасній психологічній науці. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2019. Сер. *Психологічні науки*. Вип. 8 (53). С. 113–126.
44. Яремчук Н. В. Проблема материнства у психологічних дослідженнях. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2019. № 1. С. 258–265.
45. Яроцька А. С. Особливості психологічних меж особистості у співзалежних стосунках в парі. *Наука і освіта*. 2013. № 1–2. С. 112–115.
46. Avis N.E., Stellato R., Crawford S., Johannes C., Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2000. Vpl. 7. P. 297–309.
47. Benedect T. F. Psychosexual function in women. New York; 2022. 435 p.
48. Berardis D, Mazza M, Marini S. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter*. 2014. Vol. 165. P. 163–169.
49. Berger L.M, Font S.A. The Role of the Family and Family-Centered Programs and Policies. *Future Child*. 2015 Vol. 25(1). P. 155–176.
50. Blundell P., Oakley L., Kinmond K. Who are we protecting? Exploring counsellors' understanding and experience of boundaries. *European Journal of Qualitative Research in Psychotherapy*. 2022. Vol. 12. P. 13–28.
51. Chernata T. Personal boundaries: definition, role, and impact on mental health. *Personality and Environmental Issues*. 2024. Vol. 3(1).P. 24–30.
52. Cox L.W: Infertility: A Comprehensive Programme. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1975. Vol. 82. P. 2–6.
53. Danit N. The Importance Of Setting Boundaries. URL: <https://connectpsychology.com/en/2017/05/16/the-importance-of-setting-boundaries/> (date of assess: 21.07.2024).
54. Do women benefit from setting clear boundaries in relationship more ? URL: <https://typeset.io/questions/do-women-benefit-from-setting-clear-boundaries-in-2b5gn4un37>(date of assess: 21.07.2024).

55. Espey E. Dennis A., Landy U. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2019. № 1. P. 67–70.
56. European Commission. The Impact of Demographic Change. 2020. URL: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/demography_report_2020_n.pdf (date of assess: 20.07.2024).
57. Faria L. Personal conceptions of intelligence: definition, differentiation and emergence as an organizer and integrative model of other motivational constructs URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5571/2/83778.pdf> (date of assess: 23.07.2024).
58. Goldschmidt S., Stöbel-Richter Y., Alexander H. et al. Relationship between satisfaction with life and treatment outcome after IVF in involuntarily childless couples. *Reproduktions medizin*. 2003. Vol. 19. P. 30–39.
59. Gurney E. P., Nachtigall M. J., Nachtigall L. E., et al. The Women's Health Initiative trial and related studies: 10 years later: a clinician's view. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2014. Vol. 142. P. 4–11.
60. Hawton K., Gath D., Day A. Sexual function in a community sample of middle aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav*. 1994. Vol. 23. P. 375–395.
61. How common is infertility? URL: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/infertility/conditioninfo/common#:~:text=About%209%25%20of%20men%20and,States%20have%20experienced%20fertility%20problems.&text=In%20one%2Dthird%20of%20infertile,problem%20is%20with%20the%20man.> (date of assess: 30.08.2024).
62. ICMART and WHO Revised Glossary on ART Terminology. 2019.
63. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Greil AL. *Soc Sci Med*. 1997. Vol. 45. P. 1679–1704.
64. Kaplan H. S. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner/Hazel Publications. 1979. 256 p.

65. Kim A., Tak Y., Park H. et al. Psychosocial determinants of maternal role development in mothers of the premature infants, among Korean married women: The roles of attachment, identity, and marital Intimacy. *Journal Pediatr Mother Care*. 2018. № 2. C. 118–124.
66. Kinsey A. Sexual behavior in the human female. Philadelphia: Saunders. 1953. 150 p.
67. Leon I. G. Understanding and treating infertility: psychoanalytic considerations. *Journal Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2020. Vol. 38(1). P. 47–75. DOI: 10.1521/jaap.2010.38.1.47 9.
68. Leslie S.W., Soon-Sutton T. L., Khan M. A. Male Infertility. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562258/>. (date of assess: 30.08.2024).
69. Malina A, Błaszkiwicz A, Owczarz U. Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekol Pol*. 2016. Vol. 87. P. 527–531.
70. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966. 156 p.
71. Menninger W. C. The emotional factors in pregnancy. *Bull Menninger Clin*. 2023. Vol. 7. P. 15–24.
72. Millacc T. How to Set Healthy Boundaries & Build Positive Relationships URL: <https://positivepsychology.com/team/tiffany-millacci/>(date of assess: 24.07.2024).
73. Montejo A.L., Llorca G., Izquierdo J.A., Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *Journal Clin Psychiatry*. 2001. Vol. 62. P. 10–21.
74. Palomba S., Daolio J., Romeo S. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018. Vol. 16(1). P.113.
75. Popp N. The Concept and Phenomenon of Psychological Boundaries from a Dialectical Perspective. 2015. DOI: 10.13140/RG.2.1.3209.1048.

76. Rooney K. L, Domar A. D. The impact of stress on fertility treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 . Vol. 28(3) P.198–201.
77. Rooney K. L, Domar A. D. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018. Vol. 20. P.41–47.
78. Sharma A, Shrivastava D. Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*. 2022. Vol. 14(10). DOI: 10.7759/cureus.30320.
79. Simionescu G., Doroftei B., Maftai R., Obreja B. The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021. Vol. 21 (4). DOI: <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>
80. Stanhiser J. Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Vol. (3). P.563–574.
81. Ulrich-Lai Y. M, Herman J. P. Neural Regulation of Endocrine and Autonomic Stress Responses. *Nat Rev Neurosci*. 2019. Vol. 10(6). P.397–409.
82. Wessman A., Ricks D. Mood and Personality. Holt, New York, 1966. 317 p.
83. What Are Personal Boundaries and Why Are They Important? URL: <https://www.drtracyhutchinson.com/what-are-personal-boundaries-and-why-are-they-important/> (date of assess: 18.07.2024).
84. WHO: Infertility. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (date of assess: 27.07.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета

Шановна учаснице, дякуємо за згоду взяти участь у нашому дослідженні.

Мета цієї анкети – визначити можливий взаємозв'язок між особистісними кордонами жінки та виникненням психологічного безпліддя. Усі ваші відповіді будуть конфіденційними та використовуватимуться лише в наукових цілях.

Основна інформація

1. Вік:

- ____ років

2. Соціальний статус:

- Заміжня
- Незаміжня
- У цивільному шлюбі
- Розлучена
- Інше (уточніть): ____

3. Тривалість шлюбу/відносин:

- ____ років

4. Рівень освіти:

- Середня
- Середня спеціальна
- Вища
- Науковий ступінь
- Інше (уточніть): ____

5. Професія/Рід занять:

- ____

6. Рівень доходу:

- Низький
- Середній

- Високий

7. Місце проживання:

- Місто
- Село

8. Кількість дітей:

- Немає
- 1
- 2
- 3 і більше

9. Тривалість спроб завагітніти:

- ____ років

10. Чи маєте ви діагноз безпліддя?

- Так
- Ні

11. Чи маєте ви фізіологічні проблеми, які можуть впливати на репродуктивну функцію?

- Так
- Ні

12. Чи проходили ви лікування від безпліддя більше двох років?

- Так
- Ні

Психологічні характеристики

1. Як ви оцінюєте свій рівень стресу за шкалою від 1 до 10?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Чи відчуваєте ви підтримку з боку партнера у питаннях, пов'язаних із безпліддям?

- Так
- Ні

3. Чи часто ви відчуваєте провину або сором через вашу репродуктивну ситуацію?

- Так
- Ні

4. Чи можете ви відкрито обговорювати свої почуття та переживання з партнером?

- Так
- Ні

5. Чи відчуваєте ви тиск з боку суспільства щодо вашої репродуктивної ролі?

- Так
- Ні

Дякуємо за вашу участь у нашому дослідженні. Ваші відповіді дуже важливі для нас.

Методика діагностики психологічних меж особистості Т. С. Леві**Опитувальник:**

1. Якщо мене просять зробити те, чого я не хочу робити, я можу сказати «ні».
2. Я зазвичай намагаюся наполягти на своїй точці зору, що виражає мої інтереси і бажання.
3. Я зазвичай висловлюю свої негативні переживання (невдоволення, неприйняття і т. п.), якщо вважаю їх прояв доречним.
4. Мені складно відчувати себе спокійно, перебуваючи в зоровому контакті з іншою людиною.
5. Я можу повністю довіритися іншій людині
6. Мені складно стримувати теплі почуття по відношенню до інших людей, навіть якщо я розумію, що їх прояв є недоречним.
7. Я зазвичай відчуваю себе спокійно, якщо поруч зі мною знаходиться малознайома людина.
8. Мені складно бути спонтанним у прояві своїх почуттів.
9. Якщо людина обмежує мої інтереси, я можу висловити незгоду.
10. Я можу не контролювати ситуацію і при цьому відчувати себе комфортно.
11. Мені складно стримувати прояв своїх почуттів.
12. Я зазвичай не висловлюю свої негативні переживання (невдоволення, неприйняття і т. п.), навіть якщо вважаю їх прояв доречним.
13. Я здатний так глибоко відчувати іншу людину, як ніби я розчиняюся в ній.
14. Мені легко стримувати теплі почуття по відношенню до інших людей, якщо я розумію, що їх прояв є недоречним.
15. Мені часто буває ніяково заявляти про свої бажання і потреби.
16. Я зазвичай відчуваю себе напружено, якщо поруч зі мною знаходиться

малознайома мені людина.

17. Мені часто буває ніяково наполягати на своїй точці зору, якщо з нею не згодні інші.

18. Мені легко стримувати (зазвичай я стримую) прояви своїх почуттів.

19. Якщо мене просять зробити те, чого я не хочу робити, мені складно сказати «ні».

20. Звичайно я сам активно намагаюся донести до іншого свої бажання і потреби.

21. Мені важко повністю довіритися іншій людині, навіть якщо я цього хочу.

22. Якщо я усвідомлюю свою потребу, я схильний активно діяти, щоб отримати бажане.

23. Якщо людина ущемляє мої інтереси, мені складно висловити незгоду.

24. Мені складно висловлювати теплі почуття по відношенню до інших людей.

25. Якщо людина поводиться вербально агресивно по відношенню до мене, я можу їй дати відсіч (зупинити її).

26. Якщо я поруч зі знайомою людиною, я намагаюся підтримувати розмову, навіть якщо мені цього не хочеться, інакше я відчуваю себе дискомфортно.

27. Я почуваю себе ніяково, коли опиняюся в центрі уваги і інші говорять про мої достоїнства і успіхи.

28. Мені легко бути спонтанним у прояві своїх почуттів.

29. Мені складно відчувати переживання іншої людини як свої власні.

30. Я можу стримати свої негативні переживання (гнів, неприйняття і т. п.), якщо вважаю їх прояв в даній ситуації недоречним.

31. Мені важко відчувати себе абсолютно безтурботно і розслаблено навіть в колі добре знайомих і приємних мені людей.

32. Якщо людина поводиться вербально агресивно по відношенню до мене, мені складно зупинити її.

33. Я можу відчувати себе спокійно, перебуваючи в зоровому контакті з іншою людиною.

34. Мені легко висловлювати теплі почуття по відношенню до інших людей.

35. Мені складно стримувати свої негативні переживання (гнів, неприйняття і т. п.), навіть якщо я вважаю їх прояв в даній ситуації недоречним.

36. Я можу перебувати поруч зі знайомою людиною, не підтримуючи розмови, якщо мені цього не хочеться, і при цьому відчувати себе комфортно.

37. Навіть якщо людина вимагає від мене більше, ніж я можу, мені простіше зробити, ніж відмовити.

38. Мені легко вдається, якщо я вважаю за потрібне, не показувати іншим людям своє роздратування, втому, тривогу і т. п.

39. Якщо я далі усвідомлюю свою потребу, мені складно почати активно діяти, щоб отримати бажане.

40. Я часто стримую свої почуття, навіть якщо в цьому немає необхідності.

41. Якщо я не можу повністю контролювати ситуацію, я відчуваю дискомфорт.

42. Часом я відчуваю таке єднання з іншою людиною, що відчуваю себе з нею одним цілим.

43. Я часто відчуваю себе дискомфортом, коли до мене торкаються інші люди.

44. Я дозволяю собі бути щирим у прояві своїх почуттів.

45. Зазвичай я відчуваю себе спокійно в товаристві інших людей.

46. Якщо я відчуваю сильне негативне почуття, то часто його вихлюпую на оточуючих.

47. Я можу активно діяти, щоб звернути на себе увагу іншої людини, викликати до себе інтерес.

48. Якщо людина чинить на мене тиск, я можу відкрито висловити невдоволення.

Ключ

1. Активно непроникна межа, непроникна для зовнішніх впливів, якщо ці впливи оцінюються як шкідливі:

+ 1, 9, 25, 48:

– 19, 23, 32, 37.

2. Межа може стати повністю проникною і дозволити Я «злитися» зі світом:

+ 5, 10, 13, 42;

– 21, 29, 31, 41.

3. Межа може стати активно поглинаючою, втягуючою:

+ 2, 20, 22, 47;

– 15, 17, 27, 39.

4. Межа може стати активно емоційно віддзеркалюючою:

+ 3, 28, 34, 44;

– 8, 12, 24, 40.

5. Межа може стати активно стримуючою:

+ 14, 18, 30, 38;

– 6, 11, 35, 46.

6. Межа може бути спокійно-нейтральною:

+7, 33, 36, 45;

– 4, 16, 26, 43.

Прямі питання відзначені «+». Так - 3; скоріше так - 2; скоріше ні - 1; ні – 0.

Зворотні питання відзначені «–». Так - 0; скоріше так - 1; скоріше ні - 2; ні – 3.

Під час підрахунку загального балу по кожній з функцій межі підсумовуються всі бали з прямих і зворотних питань.

Додаток В**Тест-опитувальник «Суверенність психологічного простору» С. К.
Нартової-Бочавер**

Інструкція: Вам пропонується оцінити твердження тесту, що описує дитинство людини. Якщо зміст твердження відноситься до Вас, то слід вказати «Так». Якщо у вашому житті подібних випадків не зустрічалося, напишіть «ні».

Твердження

1. Траплялося, що я був змушений носити одяг, який мені не подобався.
2. Мене в дитинстві не стригли, не спитавши на те мого бажання.
3. Я завжди мав куточок для гри, який міг облаштувати на власний смак.
4. Рішення про проведення канікул та вихідних частіше приймалося без мене.
5. Вже в ранньому дитинстві я відмовлявся носити незручний одяг.
6. У нас було нормальним явищем, якщо батьки перемикали телевізор на свій канал, коли я його дивився.
7. Часто мені доводилося терпіти, коли родичі тискали та цілували мене.
8. Навіть у дитинстві я був певен, що без мене ніхто не чіпає мої іграшки.
9. Я завжди мав можливість пограти вдома наодинці, коли мені цього хотілося.
10. У дитинстві бувало, що я носив одяг, у якому почував себе посміховиськом, і боявся, що з мене глузуватимуть.
11. Я ображався, коли мене в порядку покарання шльопали або давали потиличники.
12. Я дратувався, якщо під час прання мама витрушувала мої речі з кишень.
13. У нашому домі заборонялося підкріплюватися, «перехоплюючи шматки» між сніданком, обідом та вечерею.
14. Зазвичай батьки не забороняли слухати музику, яка мені подобається, навіть якщо вона їх дратувала.
15. Мене ніколи не змушували їсти насильно, як інших дітей.

16. Я часто засмучувався, коли батьки наводили лад у моїх іграшках.
17. Для мене було неприємним переживанням, коли стригли нігті.
18. У мене завжди було місце (стіл, скринька, коробка), де я міг сховати дорогі мені предмети.
19. Пам'ятаю, що я дуже сумував через те, що мені не дозволяли лягати спати трохи пізніше, ніж це було прийнято.
20. Нерідко бувало, що потрібні мені речі купувалися як заохочення за хороше навчання чи поведінку.
21. Траплялося, що дитяче свято було зіпсовано для мене, якщо я був одягнений не так, як хотілося.
22. Зазвичай мене питали, що я хотів би на сніданок, обід чи вечерю.
23. Мені не подобалося, якщо без дозволу брали мою чашку чи гребінець.
24. Коли я відчував себе скривдженим, я мав звичку замикатися у ванній або туалеті.
25. Я засмучувався, коли не міг дограти через те, що дорослі кликали мене до себе.
26. Якщо друзі пропонували мені переночувати у них, батьки зазвичай не заперечували.
27. Мені вдавалося зазвичай влаштувати дитяче свято так, як хотілося.
28. Траплялося, я ображався, коли дорослі починали серйозну розмову і виставляли мене в іншу кімнату.
29. Навіть якщо настав час лягати спати, мені зазвичай дозволяли подивитися улюблену передачу.
30. Мені не подобалася сімейна традиція доношувати хороші речі, що дісталися з інших дітей.
31. Мені часто хотілося пограти з дітьми, які разом зі мною ходили в гурток, але зазвичай батьки поспішали, і це не вдавалося.
32. При купівлі речей батьки завжди враховували мою думку.
33. У дитинстві часто траплялося, що, соромлячись попроситись у туалет, я довго терпів.

34. Я цілком відчув, що віддати улюблену іграшку - одне з найсильніших страждань маленької дитини.

35. Дорослі чомусь вважали, що можуть увійти у ванну або туалет, коли там дитина, і не дозволяли зачиняти двері на замок.

36. Батьки намагалися робити зі мною уроки, коли я справлявся сам.

37. Навіть якщо батькам було ніколи, вони знаходили час, щоб я пограв із дітьми, які були мені симпатичні.

38. Батьки не забороняли мені розташовувати в кімнаті цінні для мене предмети (фотографії улюблених героїв, плакати), навіть якщо вони їм не подобалися.

39. Коли була приготовлена смачна їжа, то близькі мені дорослі вважали за необхідне нагодувати мене нею, навіть долаючи мій опір.

40. Мені дуже хотілося б, щоб на дверях дитячих кімнат були замки, хоча дорослих це і ображає.

41. Мені траплялося засмучуватися, коли батьки несподівано брали мене у гості.

42. У дитинстві мене нерідко змушували їсти калорійну, але несмачну їжу.

43. Я переживав тому, що дорослі помилково думали, ніби у дитинстві будь-яку річ можна замінити іншою.

44. Я вважав за краще в дитинстві ходити в гості, а не кликати гостей до себе.

45. Мене дратувало, якщо дорослі не інформували мене про свої плани.

46. Проблема «батьків і дітей» у нас не існувала, тому що батьки з дитинства поважали мою думку.

47. Мені не подобалося, коли дорослі в дитинстві любили мене полоскотати або вщипнути.

48. Я любив у дитинстві, коли бував за містом, збудувати собі курінь чи гніздо на дереві.

49. Батьки спокійно приймали те, що знають не всіх моїх друзів.

50. Мені не подобалося, що нових речей не купували, доки у нас були старі,

але у доброму стані.

51. Існували телепередачі, які я не міг дивитися без дозволу батьків.

52. Якщо дитині не подобається якась річ, ні до чого змушувати її користуватися нею.

53. Як і багато інших дітей, я мріяв побудувати будиночок із диванних подушок, але мені це не вдавалося.

54. Якщо у нас із друзями виникали спільні плани, наші батьки нерідко намагалися їх змінити.

55. Якщо я повертався з магазину, то міг частину решти залишити собі.

56. У нас було прийнято, щоб батьки завжди знали мій порядок дня.

57. Я завжди був упевнений, що коли я з кимось розмовляю по телефону, ніхто не перерве і не підслухає нашої розмови.

58. Батьки припиняли мої спроби прикрасити себе так, як не було прийнято у їх час (пірсинг, татуаж, зачіски).

59. Мені часто бувало неприємно, коли дорослі торкалися мене.

60. Зазнаючи нестачі кишенькових грошей, я не соромився попросити їх у батьків.

61. Мене дратувало, якщо в моїй кімнаті наводили лад.

62. Під час обіду, якщо суп був гарячим, я міг спершу з'їсти друге, і батьки це не забороняли.

63. Якщо в дитинстві з'являвся новий знайомий, я повинен був обов'язково показати його батькам.

64. Батьки завжди демонстрували свою незгоду з моїми спробами відповідати молодіжній культурі.

65. Відвідуючи лікаря, я боявся не болю, а того, що чужа людина мене чіпатиме.

66. Напевно, я власник: вже в дитинстві я постійно дратувався через те, що хтось користувався моїми речами.

67. Мені не подобалося, що дорослі ходять через ту кімнату, де я граю з друзями.

68. Перевіряючи домашнє завдання, батьки завжди звертали увагу на порядок його виконання: спочатку основні предмети, а потім другорядні, і були незадоволені, якщо він порушувався.

69. Мене дратувало, коли доводилося в дитинстві носити речі старшої сестри чи брата.

70. У мене було в дитинстві захоплення (гурток, спортивна чи художня школа), яке не реалізувалося, бо батьки були проти.

71. Маленьких дітей скрізь чекають прикrostі: навіть надягаючи шапку чи зав'язуючи шарф, дорослі примудряються зачепити за вухо чи вирвати волосся.

72. У мене викликало гидливість, якщо мама чи бабуса наполягали, щоб я спробував приготовлену ними їжу «кухарською» ложкою, якою вони куштували її самі.

73. Я не любив, коли в нас залишалися на ніч гості, і мені доводилося міняти спальне місце.

74. Якщо я не зробив домашнє завдання, але встиг виконати його на перерві, батьки ніколи мене не лаяли: «Переможця не судять».

75. Траплялося, мені нав'язували спілкування з братом чи сестрою, навіть коли мені цього не хотілося.

76. Мені траплялося дратувати батьків, якщо моя думка не збігалася з їх власною.

77. У дитинстві нерідко викликало прикрість, коли мені одягали одяг через голову.

78. У нашій сім'ї вважалося важливим витратити гроші не тільки на найнеобхідніше, а й на те, що дуже хочеться дитині (дорогі книги та прилади – бінокль, словник – без яких можна було б цілком обійтися).

79. Я не любив, коли під час моїх занять хтось із близьких стояв у мене за спиною і дивився мені через плече.

80. Навіть у дитинстві батьки не наполягали, щоб я «пішов їх стопами».

Ключ

Так	№	Ні	Так	№	Ні	Так	№	Ні	Так	№	Ні	Так	№	Ні
	1	СР		17	СФТ		33	СФТ	СС	49			65	СФТ
СФТ	2		СТ	18			34	СР		50	СР		66	СР
СТ	3			19	СЗ		35	СТ		51	СЦ		67	СТ
	4	СЦ		20	СР		36	СЗ	СР	52			68	СЗ
СФТ	5			21	СЦ	СС	37			53	СТ		69	СР
	6	СЗ	СФТ	22		СЦ	38			54	СЗ		70	СЦ
	7	СФТ		23	СР		39	СФТ	СР	55			71	СФТ
СР	8			24	СТ		40	СТ		56	СЗ		72	СР
СТ	9			25	СЗ		41	СЗ	СС	57			73	СТ
	10	СЦ	СС	26			42	СЦ		58	СЦ	СЗ	74	
	11	СФТ	СЦ	27			43	СР		59	СФТ		75	СС
	12	СР		28	СТ		44	СТ	СР	60			76	СЦ
	13	СЗ	СЗ	29			45	СЗ		61	СТ		77	СФТ
СЦ	14			30	СР	СЦ	46		СЗ	62		СР	78	
СФТ	15			31	СС		47	СФТ		63	СС		79	СТ
	16	СР	СЦ	32		СТ	48			64	СЦ	СЦ	80	

Примітка:

СФТ – суверенність фізичного тіла (14 пунктів)

СТ – суверенність території (14 пунктів)

СР – суверенність речей (17 пунктів)

СЗ – суверенність звичок (13 пунктів)

СС – суверенність соціальних зв'язків (7 пунктів)

СЦ – суверенність цінностей (15 пунктів)

Додаток Г**Тест «Самооцінка психічних станів» розроблений Г. Айзенком**

Інструкція. Уважно прочитайте опис різних психічних станів. Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали. Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться один бал. Якщо не збігається з Вашим станом – 0 балів.

Опис станів**I. Шкала тривожності:**

1. Не почуваю впевненості в собі.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися у своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносю час очікування.

II. Шкала фрустрації:

1. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.
2. Неприємності мене сильно розстроюють, я падаю духом.
3. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
4. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
5. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.
6. Я нерідко почуваюся беззахисним.
7. Іноді в мене буває стан розпачу.

8. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
9. У важкі хвилини життя іноді поводжуся по дитячому, хочу, щоб пожаліли.

10. Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

III. Шкала агресивності:

1. Залишаю за собою останнє слово.
2. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
3. Мене легко розсердити.
4. Люблю робити зауваження іншим.
5. Хочу бути авторитетом для інших.
6. Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
7. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
8. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
9. У мене різка, грубувата жестикуляція.
10. Я мстивий.

IV. Шкала ригідності:

1. Мені важко змінювати звички.
2. Нелегко переключати увагу.
3. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
4. Мене важко переконати.
5. Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.
6. Нелегко зближуюся з людьми.
7. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
8. Нерідко я виявляю впертість.
9. Неохоче йду на ризик.
10. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів

Підрахуйте суму балів за кожною групою запитань:

- I. З 1 по 10 запитання – шкала тривожності;
- II. З 11 по 20 запитання – шкала фрустрації;

III. З 21 по 30 запитання – шкала агресивності;

IV. З 31 по 40 запитання – шкала ригідності.

Інтерпретація результатів:

0 – 7 балів – низький рівень;

8 – 14 балів – середній рівень;

15 – 20 балів – високий рівень.