

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології

«Допущена до захисту»

Завідувач кафедри



Карсканова С. В.

(підпис)

«_11_»____12____2025р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ДО
ВАГІТНОСТІ ТА ПОДОЛАННЯ ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ, ОТРИМАНОВОГО ВНАСЛІДОК ПЕРЕЖИТИХ
ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

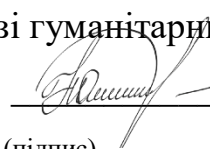
Виконала: студентка групи 6559мз



Межуєва К.Д.

(підпис)

Керівник роботи: д-р філос. в галузі гуманітарних наук, доцент



Олексюк О.М.

(підпис)

Миколаїв – 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
 Спеціальність 053 Психологія
 Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Гарант освітньої програми
 Литвиненко І.С.
 (підпис)
 «_05_» _____ 09_____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студентці Межуєвій Катерині Дмитрівні

1. Тема роботи: Психологічні особливості адаптації до вагітності та подолання ознак посттравматичного стресового розладу, отриманого внаслідок пережитих психотравмуючих ситуацій

Керівник роботи к. психол. н., доцент Олексюк Олеся Миколаївна

Затверджені наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: 1 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів): Теоретична складова, Організація та методи емпіричного дослідження, Результати та їх аналіз, Програма психологічної адаптації жінок у період вагітності та після пережитих психотравмуючих подій

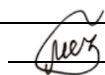
5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 12 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).

7. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	Список використаної літератури має включати не менше 40 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	Розділ 1. (15-20 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	Розділ 2. (15-20 сторінок)
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	Розділ 3 (20-30 сторінок)
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	

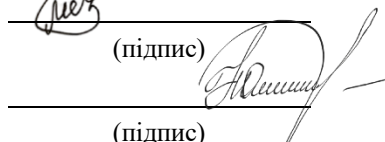
Студент



(підпис)

Межуєва К.Д.

Керівник роботи



(підпис)

Олексюк О.М.

АНОТАЦІЯ

Межуєва К. Д. Психологічні особливості адаптації до вагітності та подолання ознак посттравматичного стресового розладу, отриманого внаслідок пережитих психотравмуючих ситуацій. Кваліфікаційна робота зі спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія». Миколаїв: НУК ім. адм. Макарова, 2025. 157 сторінок.

Метою дослідження обрано вивчення психологічних особливостей адаптації жінок до вагітності в умовах пережитих психотравмуючих подій та визначення чинників, що впливають на формування стресових і посттравматичних реакцій у перинатальний період. Дослідження спрямоване на виявлення взаємозв'язку між рівнем суб'єктивного стресу, травматичним досвідом, емоційною регуляцією та готовністю до материнства, а також на розробку ефективної психокорекційної програми для підтримки жінок, які планують або переживають вагітність.

Із літературних джерел досліджуваної проблематики після аналізу до загального списку наукових джерел було зараховано 100 джерел. Для досягнення поставленої мети застосовано порівняльний теоретичний аналіз, конкретизацію й узагальнення даних наукової, методичної літератури і контенту мережі Інтернет. Проведений аналіз літературних джерел показав, що вагітність є сенситивним періодом розвитку жінки, у якому особливо загострюються вже наявні психотравматичні переживання, що можуть актуалізувати тривожні, депресивні та посттравматичні симптоми. Психотравма порушує механізми емоційної регуляції, сприяє формуванню неадаптивних когнітивних схем, знижує суб'єктивне відчуття контролю та безпеки. Наукові джерела також підтверджують суттєвий вплив досвіду втрат вагітності, насильства, медичних ускладнень або воєнних подій на психологічний стан жінок у перинатальний період.

Виявлено, що серед жінок репродуктивного віку поширені підвищений рівень суб'єктивного стресу, емоційне виснаження, страхи, пов'язані зі станом

здоров'я, майбутніми пологами та відповідальністю за дитину. Наявність травматичного досвіду значно збільшує ймовірність формування симптомів ПТСР та тривожних розладів, які у свою чергу ускладнюють адаптацію до вагітності. Проте водночас у багатьох жінок виявлено стійкі адаптивні ресурси, високий рівень здатності до саморегуляції та збереження внутрішньої мотивації до подолання труднощів.

Розглянуто особливості емоційного стану, когнітивних оцінок, адаптивних стратегій та соціальної підтримки у жінок, які планують або переживають вагітність. Проаналізовано значення травматичного досвіду в контексті формування материнської домінанти та особливості впливу внутрішніх і зовнішніх чинників на перебіг адаптації.

Сформульовано основні принципи психологічної допомоги жінкам із травматичним досвідом у перинатальний період: принцип безпеки, поступовості, стабілізації, ресурсності, емпатійної взаємодії та опори на особистісні й соціальні ресурси. На основі цих принципів розроблено комплексну програму психологічної адаптації та корекції, що включає техніки стабілізації, тілесно орієнтовані вправи, методи когнітивно-поведінкової терапії, елементи роботи з травматичними спогадами та ресурсні практики.

Отримано наступні результати : встановлено високий рівень суб'єктивного стресу серед значної частини респонденток; виявлено закономірності між травматичним досвідом, емоційною нестабільністю та адаптаційними можливостями; визначено чинники, що підсилюють або послаблюють стресову реактивність; описано психологічний профіль жінок, які мають травматичні переживання; обґрунтовано ефективність розробленої програми психологічної адаптації, спрямованої на зниження тривожності, покращення емоційної регуляції й формування позитивного ставлення до вагітності.

Ключові слова : вагітність, адаптація, психотравма, стрес, посттравматичний розлад.

ANNOTATION

Mezhuieva K. D. Psychological Features of Adaptation to Pregnancy and Overcoming the Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Resulting from Experienced Psychotraumatic Situations. Qualification thesis in the specialty 053 “Psychology”, educational program “Psychology”. Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding, 2025. 157 pages.

The purpose of the study is to examine the psychological characteristics of women’s adaptation to pregnancy under conditions of previously experienced psychotraumatic events and to identify the factors that influence the formation of stress and post-traumatic reactions during the perinatal period. The research aims to determine the relationship between the level of subjective stress, traumatic experience, emotional regulation, and readiness for motherhood, as well as to develop an effective psychocorrectional program to support women who are planning or experiencing pregnancy.

After analyzing the literature on the studied issue, 100 scientific sources were included in the general reference list. To achieve the research goal, comparative theoretical analysis, specification and generalization of data from scientific and methodological literature, as well as Internet sources, were applied. The analysis of the literature showed that pregnancy is a sensitive period in a woman’s development, during which pre-existing psychotraumatic experiences may intensify, triggering anxiety, depressive, and post-traumatic symptoms. Psychotrauma disrupts mechanisms of emotional regulation, contributes to the formation of maladaptive cognitive patterns, and reduces subjective feelings of control and safety. Scientific sources also confirm the significant impact of pregnancy loss, violence, medical complications, or war-related events on the psychological state of women during the perinatal period.

It was revealed that among women of reproductive age, high levels of subjective stress, emotional exhaustion, and fears related to health, childbirth, and responsibility for the child are widespread. The presence of traumatic experience significantly increases the likelihood of developing PTSD symptoms and anxiety disorders, which

in turn hinder adaptation to pregnancy. However, many women demonstrate stable adaptive resources, a high level of self-regulation, and internal motivation to cope with difficulties.

The study examined the emotional state, cognitive appraisals, adaptive strategies, and social support of women who are planning or experiencing pregnancy. The significance of traumatic experience in shaping maternal identity and the influence of internal and external factors on the adaptation process were analyzed.

The fundamental principles of psychological assistance for women with traumatic experiences during the perinatal period were formulated: principles of safety, gradualness, stabilization, resource-orientation, empathic interaction, and reliance on personal and social resources. Based on these principles, a comprehensive psychological adaptation and correction program was developed, which includes stabilization techniques, body-oriented practices, cognitive-behavioral methods, elements of trauma-focused work, and resource-enhancing interventions.

The following results were obtained: a high level of subjective stress was identified among a significant proportion of respondents; patterns were revealed between traumatic experience, emotional instability, and adaptive capacity; factors that strengthen or weaken stress reactivity were determined; a psychological profile of women with traumatic experiences was described; the effectiveness of the developed psychological adaptation program aimed at reducing anxiety, improving emotional regulation, and forming a positive perception of pregnancy was substantiated.

Keywords: pregnancy, adaptation, psychotrauma, stress, post-traumatic disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА СКЛАДОВА	13
1.1. Посттравматичний стресовий розлад	13
1.2. Вагітність і ПТСР	16
1.3. Невиношування вагітності як фактор розвитку ПТСР	16
1.4. Психологічна адаптація до вагітності в Україні	17
1.4.1. Психологічна адаптація до вагітності у жінок ВПО	21
1.5. Перинатальний ПТСР та його вплив на матір та дитину	25
1.6. Лікування психічних розладів під час вагітності та у післяпологовий період	28
1.7. Післяпологова депресія як фактор дезадаптації та посттравматичних проявів у перинатальний період	31
Розділ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	34
2.1. Мета, завдання та загальна логіка емпіричного дослідження	34
2.2. Організація дослідження та етичні засади	35
2.3. Характеристика вибірки дослідження	36
2.4. Опис психотравмуючого досвіду респонденток	41
2.5. Досвід звернення по психологічну допомогу та медикаментозне лікування	43
2.6. Перехресні таблиці	44
2.7. Методи дослідження	45
2.8. Методи математико-статистичної обробки даних	46
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ АНАЛІЗ	47
3.1. Загальна характеристика отриманих результатів	47
3.2. Загальні закономірності та психологічна інтерпретація результатів	50
3.3. Психологічні особливості адаптації жінок різних вікових груп	50

3.4. Порівняльний аналіз груп ризику	52
3.5. Модель психологічної адаптації до вагітності в умовах травматичного досвіду	52
3.6. Ризики формування ПТСР у перинатальний період	57
3.7. Психологічний образ материнства у жінок із травматичним досвідом	58
3.8. Екологічні та соціальні чинники, що впливають на адаптацію до вагітності	59
3.9. Когнітивні особливості переживання вагітності	60
3.10. Перинатальна тривога у структурі психологічної адаптації	63
3.11. Поглиблений аналіз рівня суб'єктивного стресу та емоційної саморегуляції жінок, які планують або переживали вагітність	65
3.12. Підсумки розділу 3	80
РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПЕРЕЖИТИХ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ	83
4.1. Теоретичні засади створення програми психологічної адаптації	83
4.2. Мета, завдання та структура програми	83
4.3. Загальна структура програми	84
4.4. Опис модулів програми	84
4.5. Очікувані результати впровадження програми	86
ВИСНОВКИ	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ	110

ВСТУП

Проблематика психологічної адаптації жінок до вагітності в сучасних умовах набула особливої значущості, зважаючи на стрімке зростання кількості психотравмуючих подій, з якими стикаються жінки репродуктивного віку. Вагітність є природним, але водночас надзвичайно чутливим періодом, що супроводжується глибокими фізіологічними, емоційними та соціальними трансформаціями. Для більшості жінок ці зміни стають стимулом до формування позитивної материнської домінанти, однак за наявності попередніх негативних переживань, таких як репродуктивні втрати, ускладнені медичні втручання, дитячі травми або досвід насильства, вагітність може сприйматися як загрозливий, нестабільний та емоційно складний процес. У таких випадках адаптація супроводжується підвищеною тривожністю, емоційною напругою, порушеннями самооцінки та симптомами посттравматичного стресового розладу.

Актуальність теми значно посилюється й сучасними українськими реаліями, пов'язаними з війною, внутрішнім переміщенням, втратою дому, близьких або можливості отримувати належну медичну допомогу. Стресові фактори воєнного часу сприяють формуванню хронічної тривоги, невизначеності та почуття небезпеки, які безпосередньо впливають на психоемоційний стан вагітних та жінок, які лише планують материнство. Дослідження останніх років свідчать, що жінки, які мають досвід війни, репродуктивних втрат або кризових подій, характеризуються значно підвищеним рівнем стресу й емоційної вразливості, що ускладнює формування позитивного образу вагітності та стабільного переживання перинатального періоду. У світовій літературі дедалі більше уваги приділяють взаємозв'язку між ПТСР, емоційною нестабільністю та адаптацією до материнства, підкреслюючи, що травматичний досвід може мати відкладений або повторний вплив саме під час вагітності.

Короткий огляд наукових праць із цієї тематики засвідчує, що вагітність у жінок із психотравматичним досвідом нерідко супроводжується зниженим рівнем контролю над життєвими ситуаціями, посиленням тривожних думок, недовірою до власного тіла, складнощами у встановленні емоційного зв'язку з майбутньою дитиною та підвищеним ризиком перинатальних афективних порушень. Водночас численні джерела наголошують на тому, що своєчасна психологічна підтримка, застосування методів стабілізації, технік регуляції емоцій та ресурсного підходу здатні значною мірою зменшити вираженість симптомів ПТСР, покращити психологічний стан та сприяти здоровому проживанню вагітності.

У цьому дослідженні метою є всебічне вивчення психологічних особливостей адаптації до вагітності у жінок з різним типом психотравматичного досвіду, визначення чинників, які впливають на рівень суб'єктивного стресу та емоційного благополуччя, а також розроблення ефективної програми психологічної корекції та підтримки. Для досягнення цієї мети було проаналізовано наукові джерела з проблеми стресу, ПТСР, перинатальної психології та адаптаційних механізмів, виокремлено особливості переживання вагітності жінками, що мали досвід втрат або тяжких життєвих обставин, описано методологічні засади проведення емпіричного дослідження та здійснено кількісний і якісний аналіз отриманих даних.

Об'єктом дослідження виступає психологічна адаптація жінок до вагітності, а предметом – специфічні психологічні механізми, які зумовлюють особливості емоційного реагування, стресостійкості та саморегуляції у жінок із травматичним досвідом. Матеріалом дослідження стали емпіричні дані, отримані в результаті двох онлайн-опитувань жінок репродуктивного віку, які планували вагітність, перебували у її стані або мали репродуктивні втрати. У процесі дослідження було використано методи аналізу літератури, опитування, статистичної обробки результатів, психодіагностичні інструменти оцінювання рівня стресу, а також розроблено комплексну програму психологічної адаптації.

Актуальність і наукова новизна роботи зумовлені тим, що вона поєднує дослідження суб'єктивного стресу, посттравматичних проявів і процесу психологічної адаптації до вагітності з практичною розробкою корекційної програми, орієнтованої саме на жінок із підвищеною психологічною вразливістю. Отримані результати мають важливе теоретичне й практичне значення, оскільки дозволяють розширити уявлення про механізми емоційної адаптації жінки в перинатальному періоді та сприяють створенню ефективної моделі психологічного супроводу в умовах сучасних викликів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА СКЛАДОВА

1.1. Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностується приблизно у 5–10 % населення, при цьому серед жінок він зустрічається удвічі частіше, ніж серед чоловіків [52]. У дитячій популяції поширеність ПТСР становить близько 10 %, причому дівчатка схильні до нього у чотири рази частіше, ніж хлопчики [53]. Найхарактернішим симптомом виступає нав'язливе повторне переживання травматичної події. Для ПТСР типовими є порушення сну, зокрема хронічна безсоння, тяжкість якої часто визначає перебіг розладу [54]. У молодих біженців з Північної Кореї виявлено виражений зв'язок між ступенем безсоння та загальною симптоматикою ПТСР [55].

Факторами, що підвищують ризик розвитку розладу, є гострі стресові реакції та дефіцит психологічної підтримки з боку сім'ї [56]. Під час воєнних дій ПТСР найчастіше пов'язується з переживанням обстрілів, втрати житла, облоги чи безпосередньої участі у боях. Найвища поширеність зафіксована серед вдів, розлучених осіб, безробітних і пенсіонерів. Так, серед біженців з Камбоджі, які зазнали багаторазових травм, частота ПТСР досягала 12,1 % [57], а у Сербії після війни – 18,8 % на момент дослідження і 32,3 % протягом життя [58].

Професійний стрес також може бути джерелом ПТСР. Наприклад, серед медичних сестер симптоми цього стану фіксуються у 28,4 %, а тяжкі форми – у 15,4 % [59]. Основними чинниками є висока емоційна напруга робочого середовища, контакт із травмуючими подіями та брак підтримки з боку керівництва чи колег. Типові прояви включають повторне переживання, уникання, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, гіперзбудження, що зумовлює емоційне вигорання та незадоволеність роботою [60].

Описано окрему форму професійного ПТСР – стресовий синдром медичної помилки, який спостерігається у лікарів у зв'язку з підвищеним навантаженням, швидким зростанням обсягу медичної інформації та впровадженням електронної документації [61].

Сучасні дослідження вказують на генетичну детермінованість схильності до ПТСР, яку вивчають за допомогою загальногеномних, епігеномних, транскриптомних та нейровізуалізаційних методів [62].

Епігенетичні механізми, що регулюють експресію генів, залучених до осі «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники» та ланцюга «мигдалина – гіпокамп – медіальна префронтальна кора», визначають біомаркери і ендотипи ПТСР [63].

Дослідження патофізіології ПТСР зосереджуються на психофізіологічних і нейробиологічних процесах формування та згасання страху. Нині акцент робиться на виявленні чинників, що пояснюють індивідуальні відмінності у стресових реакціях – від генетичних та соціальних до нейрохімічних і метаболічних.

Порушення у мережі пасивної роботи мозку (default mode network) в осіб з ПТСР проявляються її гіпоактивністю, що пояснює симптоми дисоціації, уникання та нав'язливих спогадів [64]. Дисфункція виконавчої мережі префронтальної кори зумовлює дефіцити емоційної регуляції та когнітивного контролю, а зміни у провідній мережі виявлення загроз призводять до стану гіперпильності.

У пацієнтів часто спостерігаються соматичні порушення, не зумовлені органічною патологією: шум у вухах, запаморочення, нечіткість зору, серцево-судинні, неврологічні, травні та гінекологічні розлади. Це пов'язують із дисфункцією лімбічної системи, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та симпатичної активації. Такі зміни формують коморбідність ПТСР із соматичними хворобами, що підвищує ризики для загального здоров'я.

Дослідження свідчать, що особи з легшим початковим перебігом розладу більш чутливі до подальших стресових впливів, тоді як пацієнти з тяжкими формами часто зберігають стабільно високий рівень симптоматики, що описується як «ефект стелі» [65]. Інтенсивність проявів ПТСР зростає при високій непереносимості невизначеності [66].

1.2. Вагітність і ПТСР

Перинатальні психічні розлади можуть виникати у будь-якої жінки, незалежно від соціального статусу, віку чи життєвого досвіду. Їх поява зазвичай обумовлена поєднанням біологічних, психологічних та соціальних чинників, які взаємодіють між собою у складний спосіб. Біологічні зміни, що відбуваються в організмі під час вагітності та після пологів, зокрема коливання рівня гормонів, часто впливають на емоційний стан жінки. Крім того, на ризик розвитку психічних порушень може впливати наявність особистої або сімейної історії психічних захворювань. Вагітність і післяпологовий період нерідко супроводжуються різноманітними стресовими подіями, такими як матеріальні труднощі, проблеми у стосунках, безпліддя, втрата близьких, відсутність соціальної підтримки чи тривожність, пов'язана з роботою або житловими умовами.

Велике значення мають і психологічні наслідки складних або травматичних пологів, які можуть провокувати тривожні стани чи симптоми посттравматичного стресового розладу. Також тривале фізичне виснаження, хронічні захворювання або ускладнення під час вагітності, такі як сильний токсикоз чи болі в області таза, можуть суттєво позначатися на психоемоційному благополуччі жінки. Недосипання, пов'язане з доглядом за новонародженою дитиною чи іншими дітьми, ще більше підсилює відчуття емоційного виснаження.

Проблеми, пов'язані з годуванням дитини, незалежно від способу, часто стають джерелом тривоги та почуття провини. Особливої уваги потребують жінки, які народили двійнят, трійню або більше дітей, адже вони значно частіше стикаються з перевантаженням і психічним напруженням. Додатковим фактором ризику є переживання втрати дитини або нова вагітність після такого досвіду, що може активізувати сильні емоційні реакції й травматичні спогади.

Зловживання психоактивними речовинами, неналежне використання медикаментів чи різкі зміни харчової поведінки, пов'язані з бажанням схуднути, також можуть негативно впливати на психічний стан. У деяких випадках перинатальні психічні труднощі виникають без очевидної причини, що підкреслює складність і багатofакторність процесів адаптації до вагітності та материнства.

1.3. Невиношування вагітності як фактор розвитку ПТСР

Монографії глибоко аналізують психологічні особливості невинишування вагітності, розглядаючи це явище як складну багатofакторну проблему, що включає фізіологічні, генетичні, психологічні та соціальні чинники. Невиношування вагітності за визначенням ВООЗ – це самовільне переривання вагітності до 22 тижнів, яке може бути раннім (до 12 тижнів), пізнім (13–22 тижні) або передчасними пологами (23–37 тижнів). Найчастіше трапляються ранні викидні, що становлять 10-20% усіх вагітностей.

У дослідженні, проведеному в ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України», обстежено 190 вагітних із загрозою переривання вагітності та 30 жінок із її фізіологічним перебігом. Використано валідизовані психологічні шкали (PSS, PSM-25, Спілбергера–Ханіна, Малкової), індекс Баєвського, рівні кортизолу в сироватці та сечі. Встановлено: у жінок із невинишуванням вагітності переважає високий рівень стресу, особистісної тривожності, астенії та вегетативної дезадаптації.

Було виявлено два психотипи вагітних: психотип А – із високою тривожністю та зниженою стресостійкістю, і психотип В – із більш збереженими адаптивними механізмами. У рамках дослідження частина жінок отримувала комплексну стрес-протективну терапію (психотерапія, релаксація, дихальні техніки, рекомендації зі сну та харчування). Результати показали суттєве зниження рівня стресу, нормалізацію вегетативного тону та зменшення концентрації кортизолу у підгрупах, що отримували психоемоційну підтримку.

Частота доношених вагітностей у цих групах була значно вищою (93,8 % проти 61,6 %). [67, с. 352]

1.4. Психологічна адаптація до вагітності в Україні

Сучасна демографічна ситуація в Україні, що характеризується зниженням народжуваності та погіршенням показників фізичного і психічного здоров'я населення, актуалізує необхідність комплексного вивчення чинників, які впливають на репродуктивне та психологічне благополуччя жінок. У цьому контексті особливого значення набуває дослідження психічних станів, що супроводжують вагітність, а також психологічних механізмів адаптації до неї, оскільки саме цей період є критичним щодо формування як материнської ідентичності, так і стійкості до психотравмуючих переживань. [68]

Перинатальний період є не лише фізіологічно, а й психологічно напруженим етапом у житті жінки. Вагітність виступає потужним чинником перебудови особистісної та емоційної сфери, що може як сприяти внутрішньому розвитку, так і викликати дезадаптаційні реакції. На цьому тлі особливої уваги потребують жінки, які мають досвід психотравмуючих подій, адже такі переживання можуть істотно ускладнювати процес емоційного прийняття вагітності та підвищувати ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Біопсихосоціальний підхід до вивчення репродуктивного здоров'я передбачає врахування взаємозв'язку між фізіологічними, емоційними та соціальними аспектами функціонування жінки. Відомо, що гормональні зміни під час вагітності та після пологів впливають на нейрохімічні процеси мозку, що може позначатися на емоційному стані. Проте не менш важливим є і психологічний компонент – наявність або відсутність внутрішніх ресурсів, рівень стресостійкості, здатність до саморегуляції, характер міжособистісних відносин і соціальної підтримки. [68]

Дослідження показують, що психоемоційне напруження у перинатальний період може бути наслідком як актуальних стресових факторів (страх перед

пологами, зміни у соціальному статусі, фінансові труднощі), так і попередніх психотравм. Наявність у минулому насильства, втрат, складних життєвих обставин або медичних ускладнень може провокувати повторне переживання травматичного досвіду під час вагітності. У таких випадках відзначається підвищений ризик розвитку симптомів ПТСР – нав'язливих спогадів, тривожності, гіперзбудження, емоційного оніміння чи уникання ситуацій, пов'язаних із травмою.

Психологічна адаптація до вагітності відбувається у межах складної системи особистісних процесів, що включають емоційне прийняття себе у ролі матері, формування материнської мотивації, перебудову ціннісних орієнтацій і розвиток почуття відповідальності. Ефективна адаптація передбачає узгодження фізіологічних змін із внутрішнім психологічним станом, що забезпечує гармонійний розвиток як матері, так і дитини. Водночас неадаптивні реакції, зокрема тривога, депресивність, страхи або агресивність, можуть порушувати перебіг вагітності та негативно впливати на розвиток плода.

Варто зазначити, що сьогодні репродуктивне здоров'я та психологічний комфорт майбутньої матері дедалі частіше розглядаються як інтегральні показники загального благополуччя суспільства. Саме тому питання психопрофілактики, своєчасної психологічної підтримки та психокорекції жінок у перинатальний період є стратегічно важливими. В умовах демографічної кризи та соціальної нестабільності такі дослідження сприяють не лише збереженню здоров'я жінки, а й формуванню здорового покоління.

Таким чином, вивчення психологічних особливостей адаптації до вагітності в контексті пережитих психотравмуючих подій та можливих проявів посттравматичного стресового розладу є надзвичайно актуальним завданням сучасної психології. Його вирішення потребує міждисциплінарного підходу, що об'єднує знання медицини, психології, психіатрії та соціальної роботи, а також розроблення ефективних програм психокорекції, спрямованих на підтримку психічного здоров'я жінки у перинатальний період.

Основними завданнями психологічної допомоги під час вагітності є зниження тривожності, формування материнської компетентності, прийняття змін власного тіла та розвиток позитивної взаємодії з дитиною. Найбільш ефективними формами роботи вважаються групові заняття, що поєднують вправи та обмін досвідом між вагітними жінками. [69, с. 146]

Формування материнської сфери пов'язане зі зрілістю жінки та розвитком материнських почуттів, що вимагає адаптації до змін тіла й прийняття образу дитини. Психотерапевтичні практики (тілесні вправи, масаж, самомасаж) допомагають знизити дискомфорт, розвинути емпатію та турботливість. Готовність до материнства визначається п'ятьма компонентами: особистісною зрілістю, адекватною моделлю батьківства, мотивацією, компетентністю та інтеграцією материнства у структуру особистості. Важливою є також гармонізація взаємодії в тріаді «мати – дитина – батько», чому сприяє гаптономія – тактильне й емоційне спілкування з дитиною до та після народження, яке формує відчуття безпеки, зміцнює сімейні зв'язки та полегшує процес пологів. [69, с. 149]

Хоча в літературі загалом задокументовано, що перинатальні розлади (передусім депресивні та тривожні стани) зустрічаються у приблизно 10 % жінок під час вагітності та близько 13 % у післяпологовий період, у країнах із низьким та середнім рівнем доходу поширеність є вищою й сягала, за різними оцінками, 15,6 % пренатально та 19,8 % постнатально. В Україні систематизована національна статистика з перинатального психічного здоров'я залишає бажати кращого, проте емпіричні дослідження в окремих групах (зокрема внутрішньо переміщених жінок) вказують на підвищений ризик психотравматичних реакцій: так, у одній із робіт частота посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вагітних ВПО оцінювалась у 34,8 %. Подібні дані свідчать про значення воєнного та соціально-економічного контексту для ризику перинатальних розладів. [4]

Для уточнення поглядів самих матерів на перинатальне психічне здоров'я було проведено якісне дослідження як частину змішаного проєкту РМНУа-2020.

Дизайн включав п'ять онлайн-фокус-груп, у яких взяли участь 30 українок – матерів дітей віком 0–5 років. Збір даних здійснювався у червні–липні 2020 року; респонденти були відібрані зі складу 1634 жінок, що попередньо заповнили онлайн-анкету і погодилися на подальшу участь (238 залишили контактні дані, 46 підписали інформовану згоду, 30 фактично брали участь у фокус-групах). Вік учасниць коливався від 23 до 44 років, медіана – 33 роки; серед них були жінки з різною кількістю дітей (від однієї до п'яти), двоє з учасниць були вагітні під час дослідження, двоє – лікувалися у зв'язку зі складними вагітностями. Респонденти представляли 14 областей України, частина – мешканки невеликих міст; усі мали зв'язок із неурядовими організаціями, що надають перинатальну підтримку. Дослідження отримало етичний дозвіл від University of Kent (SRCEA id 262). Збір даних відбувався онлайн (Zoom); аудіозаписи були транскрибовані дослівно українською мовою, дані аналізувалися тематично із застосуванням програмного забезпечення Dedoose, а для анонімного опитування однієї секції використовували платформу Mentimeter. [4]

Аналіз показав дві надпорядкові теми: перша – «Розуміння перинатального психічного здоров'я крізь досвід жінок» (із п'ятьма субтематичними блоками), друга – «Психосоціальні детермінанти материнського психічного здоров'я» (шість субтем). Жінки описували широкий спектр емоцій – від позитивних (щастя, задоволення) до негативних (тривога, смуток, виснаження, роздратованість, почуття провини та сорому). Особливу увагу респондентки приділяли таким факторам, як недостатність інформації про стан дитини й поради, отримані в пологових закладах щодо грудного вигодовування, нестача сімейної підтримки після пологів, а також попередній травматичний досвід (травматичні пологи, вимушене переселення, втрати), який посилював вразливість щодо ПТСР та ускладнював емоційну адаптацію до материнства.

У перинатальному контексті учасниці виділяли кілька ключових психосоціальних детермінант: якість інформації про новонародженого (етичність і повнота комунікації про стан дитини), досвід попередніх пологів і

попередні психологічні травми, рівень сімейної підтримки (зокрема партнерської підтримки), соціальні очікування й судження з боку суспільства (культура «винних» матерів, відчуття сорому і страху оцінки), а також вплив пандемії COVID-19 (обмеження присутності партнера під час пологів, ізоляція). Жінки підкреслювали, що почуття провини та сорому – соціокультурно зумовлені емоції – значно знижують готовність звертатися по професійну допомогу і сприяють стигматизації перинатальних розладів.

Практичні наслідки дослідження зосереджені на необхідності мультидисциплінарного підходу: інтеграції психологічної підтримки в перинатальні послуги, підвищенні доступності спеціалізованої допомоги (включно з консультуванням щодо грудного вигодовування), роботі з культурними стереотипами, що підсилюють почуття сорому, та розробці превентивних програм для вразливих груп (зокрема внутрішньо переміщених осіб і жінок із попередньою психотравмою). Оскільки незвернення по допомогу пов'язане із соціальним тиском, важливо також впроваджувати інформаційні кампанії та навчання фахівців (акушерів-гінекологів, медичних сестер, психотерапевтів, працівників НУО), аби своєчасно виявляти симптоми ПТСР і депресії та надавати необхідний супровід.

Отже, результати якісного аналізу підтверджують актуальність вивчення психологічних механізмів адаптації до вагітності та стратегій подолання перинатичних проявів ПТСР в українському контексті. Врахування деталізованих емпіричних даних (вік учасниць, структура вибірки, часові рамки збору даних, методи аналізу та виявлені тематичні кластери) дозволяє сформулювати конкретні рекомендації щодо впровадження психосоціальних інтервенцій та програм підтримки матерів у перинатальний період.

1.4.1. Психологічна адаптація до вагітності у жінок ВПО

Також розглянуто ВПО. Внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це люди або групи осіб, які були змушені залишити місце свого проживання внаслідок збройних конфліктів, масового насильства, порушень прав людини, проте не

перетнули міжнародно визнаних кордонів держави. Внаслідок таких обставин ВПО часто демонструють вищі показники депресивних і посттравматичних симптомів, ніж населення як їхніх рідних регіонів, так і приймаючих громад.

Згідно з даними, приблизно 54 % жінок переживають різні прояви тривожності протягом усього антенатального періоду, а депресивні симптоми фіксуються у 34 % випадків. Рівень поширеності тривожних розладів є особливо високим у країнах із низьким та середнім рівнем доходу. У міжнародних клінічних настановах Великої Британії, США, Канади та Австралії наголошується на важливості раннього виявлення та лікування допологової тривожності й депресії як засобу профілактики післяпологових психоемоційних порушень. [1]

Серед біопсихологічних чинників вагомого значення набуває сон, який безпосередньо впливає на фізичне і психічне здоров'я вагітної. За результатами різних досліджень, від 11,5 % до 85 % жінок скаржаться на порушення сну в антенатальний період, що часто корелює із посиленням симптомів тривоги, депресії та порушеннями перебігу вагітності.

В умовах збройного конфлікту особливої уваги потребують жінки зі статусом ВПО, у яких вагітність супроводжується загрозою її переривання (ЗПВ). Дослідження, проведене в Луганській області протягом 2015–2017 рр., було спрямоване на оцінку ефективності комплексного лікування таких пацієнток із метою удосконалення профілактичних і терапевтичних заходів.

У дослідженні взяли участь 22 вагітні жінки на I–II триместрах гестації, які перебували на стаціонарному лікуванні із діагнозом “загроза переривання вагітності” та мали статус ВПО. Вік жінок коливався в межах 20–30 років, більшість перебували у зареєстрованому шлюбі. У роботі дотримано етичних стандартів Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини, а також відповідних нормативних актів МОЗ України. Пацієнтки були поділені на дві підгрупи (1а і 1б). Жінки групи 1б, крім базової терапії, отримували комплексне лікування із застосуванням L-аргініну (100 мл

внутрішньовенно протягом 10 днів), магнію лактату дигідрату (470 мг), піридоксину гідрохлориду (5 мг) та вітамінно-мінерального комплексу (вітаміни А, В1–В12, С, D3, Е, фолієва кислота, кальцій, магній, залізо, цинк, мідь, марганець тощо).

Для оцінки психоемоційного стану використовували тест Спілбергера–Ханіна (для реактивної та особистісної тривожності), шкалу депресії Бека, опитувальник для визначення вегетативної дисфункції за О.М. Вейном, а також анкету сомнологічного центру для визначення якості сну. Отримані результати показали, що після курсу лікування в обох групах спостерігалось достовірне зниження рівня реактивної тривожності, депресивних проявів і вегетативних розладів, а також покращення якості сну. У жінок основної групи (16) ефект був вираженішим: кількість випадків високої реактивної тривожності зменшилася в п'ять разів, тоді як кількість учасниць із низьким рівнем тривожності зросла в 2,7 раза. Також зафіксовано підвищення рівня прогестерону та збільшення концентрації магнію, що свідчить про стабілізацію нейрогуморального балансу. Після лікування лише у 20 % жінок контрольної групи спостерігались поодинокі скарги на втому, зниження концентрації уваги чи незначне погіршення настрою, тоді як більшість учасниць відзначили нормалізацію сну, зменшення тривоги та стабілізацію емоційного стану.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що комплексна терапія з використанням L-аргініну, магнію лактату, піридоксину та вітамінно-мінерального комплексу є ефективною для корекції психоемоційних порушень у вагітних жінок – ВПО із загрозою переривання вагітності. Спостережуване зниження рівнів тривоги, депресії, вегетативної дисфункції та покращення якості сну можна вважати критеріями позитивної психоемоційної адаптації до вагітності. Отримані дані мають не лише медичне, а й соціально-психологічне значення, адже демонструють важливість раннього виявлення емоційних порушень у вагітних жінок, що пережили психотравмуючі події або вимушене переселення. Це підкреслює необхідність психологічного супроводу у

комплексній допомозі таким пацієнткам, що сприятиме профілактиці ПТСР, невиношування вагітності та покращенню якості життя майбутніх матерів. [1]

Сучасні дослідження в галузі перинатальної психології підкреслюють, що вагітність у контексті війни, насильства або інших психотравмуючих подій є складним кризовим періодом, який може супроводжуватися розвитком посттравматичних розладів, тривожності, депресії та порушень адаптаційних механізмів особистості. За даними Rodríguez-Muñoz та колег (2023), жінки, які зазнали воєнних дій, втрати близьких чи були змушені до вимушеного переселення, перебувають у групі підвищеного ризику розвитку перинатального посттравматичного стресового розладу (ППТСР). Цей стан характеризується інтенсивними симптомами гіпервозбудження, емоційного заціпеніння, нав'язливих спогадів, а також труднощами у формуванні емоційного зв'язку з дитиною. [7]

Дослідники наголошують, що поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників формує особливий профіль вразливості вагітних жінок у травматичних умовах. Зокрема, гормональні зміни, фізіологічна перебудова організму, порушення сну й харчування підсилюють психологічні наслідки стресу, тоді як попередній досвід травми, низька соціальна підтримка та соціальна ізоляція посилюють ризики розвитку ПТСР.

Особливу увагу в сучасній науці приділяють адаптаційним механізмам психіки жінки під час вагітності. Відомо, що цей період природно супроводжується перебудовою ідентичності, зміною системи цінностей, переосмисленням ролей та формуванням нових моделей поведінки, спрямованих на материнство. У випадку, коли на цей процес накладаються травматичні події – бойові дії, насильство, втрати, невизначеність майбутнього, – відбувається деформація психологічної адаптації, що може проявлятися у формі емоційного відчуження, почуття провини за материнство або страху за життя дитини.

За результатами досліджень, до 40–50% вагітних жінок у зоні воєнних дій демонструють клінічно значущі симптоми тривожності та депресії, а у 20–25%

виявляються прояви посттравматичного стресового розладу. При цьому жінки, які мають попередній досвід насильства або втрат, виявляють більш виражені симптоми ПТСР, що, у свою чергу, впливає на їхню емоційну регуляцію, прихильність до дитини та рівень готовності до материнства. [7]

Науковці підкреслюють, що важливим захисним чинником у структурі адаптації є соціальна підтримка, зокрема від партнера, родини, спільноти та системи охорони здоров'я. Психологічне консультування, групи підтримки, психоедукаційні програми для майбутніх матерів здатні зменшити інтенсивність симптомів ПТСР, сприяти формуванню позитивного ставлення до вагітності та підвищенню відчуття контролю над власним життям.

Таким чином, адаптація до вагітності в умовах травматичного досвіду розглядається як мультифакторний процес, у якому взаємодіють фізіологічні, емоційні, когнітивні та соціальні компоненти. Вона передбачає відновлення почуття безпеки, формування нових моделей стосунків із тілом і дитиною, реконструкцію життєвих смислів. Саме тому сучасні психологічні підходи до підтримки жінок у перинатальному періоді включають травма-орієнтовану терапію, методи релаксації, когнітивно-поведінкові техніки та формування ресурсного мислення. Отже, вагітність у контексті пережитої психотравми не лише викликає потребу у фізіологічному догляді, а й потребує комплексної психологічної підтримки, спрямованої на подолання посттравматичних симптомів, стабілізацію емоційного стану та гармонізацію процесу переходу до материнства. Саме інтеграція медичних, психологічних та соціальних підходів визначає ефективність адаптації жінки до вагітності та запобігає формуванню хронічних психоемоційних порушень.

1.5. Перинатальний ПТСР та його вплив на матір та дитину

Перинатальний період – від моменту зачаття до одного року після пологів – є критично вразливим етапом у житті жінки, коли біологічні, психологічні та соціальні чинники взаємодіють особливо інтенсивно. Сучасні дослідження свідчать, що у близько 3,3% жінок під час вагітності та 4% у післяпологовому

періоді виявляються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У групах підвищеного ризику (жінки після складних або патологічних пологів, передчасних пологів, кесаревого розтину, втрати дитини) показники зростають до 15–18%. [10]

ПТСР у перинатальному періоді – це стан, який може виникнути внаслідок травматичного досвіду під час вагітності або пологів. Симптоматика включає нав'язливі спогади, емоційне оніміння, уникання нагадувань про подію, підвищену тривожність, а також фізіологічні реакції гіперзбудження (АРА, 2013). Такі прояви не лише знижують якість життя жінки, але й впливають на її психофізіологічний стан та взаємодію з дитиною.

За результатами систематичного огляду досліджень [70; 7], ППТСР асоціюється з негативними наслідками для розвитку дитини. Найбільш узгоджені дані свідчать про підвищену ймовірність низької ваги новонародженого та меншу частоту грудного вигодовування у матерів із симптомами ПТСР. При цьому результати щодо передчасних пологів, затримки росту плода, обхвату голови, когнітивного та емоційного розвитку дитини залишаються суперечливими.

Наявність ПТСР під час вагітності впливає на нейроендокринні процеси: дисбаланс кортизолу, вазопресину та окситоцину підвищує ризик ускладнень під час пологів і може формувати біологічну вразливість плода до стресових розладів у майбутньому [71; 72]. Також цей стан часто поєднується з іншими психічними розладами – депресією, тривожністю, соматоформними проявами [73], що підсилює ризики передчасних пологів, низької ваги дитини та порушень лактації [74].

Важливими чинниками ризику розвитку ППТСР після пологів вважаються негативне суб'єктивне сприйняття досвіду пологів, нестача соціальної підтримки, оперативне втручання під час народження дитини, а також психологічна дисоціація в момент пологів [75]. Додатково впливають такі

фактори, як стать дитини, рівень підтримки після пологів, попередня історія психічних розладів та наявність стресових життєвих подій [76; 77]

Психологічні механізми розвитку ПТСР також пов'язані з особливостями переробки травматичних спогадів, негативними когнітивними установками щодо власного досвіду, почуттям провини або небезпеки, а також із поведінковими реакціями уникання [78; 79]. Унаслідок цього жінка може відчувати труднощі у формуванні позитивного емоційного зв'язку з немовлям, що, своєю чергою, позначається на формуванні прихильності (attachment).

Теорія прив'язаності [80] підкреслює важливість чутливих і стабільних стосунків між матір'ю та дитиною в перші два роки життя. Порушення цієї взаємодії через материнські психічні розлади може призвести до формування нестійкої або тривожної прив'язаності, що є ризиком для подальшого когнітивного та соціально-емоційного розвитку дитини [81]. Дослідження показують, що у дітей матерів із післяпологовим ПТСР частіше спостерігаються порушення сну, харчування, підвищена збудливість, а також відхилення у рівнях кортизолу, що свідчить про біологічні ефекти психічного стресу матері [82].

Попри виявлені закономірності, більшість досліджень мають методологічні обмеження – малі вибірки, невалідні інструменти вимірювання та низьку зовнішню валідність. Автори систематичних оглядів підкреслюють потребу у більш масштабних та стандартизованих дослідженнях, що дозволять достовірно оцінити вплив ППТСР на широкий спектр показників розвитку дитини [7].

Водночас висновки сучасних робіт вказують на необхідність раннього скринінгу симптомів ПТСР у вагітних та психологічної підтримки жінок у перинатальному періоді. Ефективними виявляються психотерапевтичні підходи, що поєднують елементи когнітивно-поведінкової терапії, травма-фокусованої терапії, релаксаційних технік і роботи з тілесною свідомістю. Такі інтервенції не лише знижують рівень тривожності, але й сприяють формуванню здорової

прихильності між матір'ю та дитиною, покращують емоційну регуляцію та запобігають розвитку міжгенераційної передачі травми.

1.6. Лікування психічних розладів під час вагітності та у післяпологовий період

Перинатальний період є особливо вразливим етапом у житті жінки, коли відбуваються суттєві біологічні, психологічні та соціальні зміни, що можуть зумовити виникнення або загострення психічних розладів. Наукові дослідження та клінічні рекомендації (NICE, 2025) наголошують на необхідності комплексного підходу до підтримки психічного здоров'я жінки під час вагітності та після пологів. Такий підхід передбачає індивідуалізацію терапії, дотримання принципів безпеки для матері та дитини, а також поєднання психологічних і фармакологічних методів залежно від ступеня вираженості симптомів. [27]

У випадку депресивних станів легкого або помірного ступеня під час вагітності чи після пологів доцільним вважається застосування програм самодопомоги під контролем фахівця, що базуються на засадах когнітивно-поведінкової терапії. Якщо жінка має в анамнезі епізоди тяжкої депресії, навіть за наявності легких проявів у перинатальний період може розглядатися можливість використання антидепресантів із групи трициклічних препаратів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну або серотонін-норепінефринових інгібіторів. При середньому та тяжкому ступені депресії рекомендовано призначення інтенсивних психологічних втручань, таких як когнітивно-поведінкова терапія. За умови, що жінка розуміє потенційні ризики й переваги фармакотерапії для неї та плода, може бути застосоване медикаментозне лікування або комбіновані методи, коли психотерапія поєднується з прийомом антидепресантів. Якщо жінка вже отримує фармакологічне лікування, у разі настання вагітності обговорюється поступове припинення прийому препаратів під контролем лікаря з переходом на підтримувані програми самодопомоги, однак рішення має прийматися

індивідуально з урахуванням ризику рецидиву, стадії вагітності та особистих уподобань пацієнтки.

У контексті тривожних розладів, що часто супроводжують вагітність, особливої уваги заслуговує феномен токофобії – патологічного страху пологів. Жінкам із такими переживаннями рекомендовано отримувати психологічну підтримку від спеціалістів, які мають досвід роботи в галузі перинатального психічного здоров'я. У разі незначних тривожних проявів ефективними є програми самодопомоги, що ґрунтуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії, і передбачають систематичну роботу із власними емоційними реакціями під керівництвом психолога або психотерапевта. Якщо тривога набуває клінічного характеру або супроводжується симптомами посттравматичного стресового розладу, доцільно застосовувати високоефективні психологічні інтервенції, насамперед когнітивно-поведінкову терапію в індивідуальному чи груповому форматі. Для лікування ПТСР саме інтенсивні психологічні втручання вважаються методами першої лінії. Під час терапії важливо постійно відслідковувати динаміку стану, а за відсутності покращення протягом двох тижнів переходити до більш глибоких форм лікування.

Жінки з розладами харчової поведінки під час вагітності та після пологів потребують ретельного моніторингу психічного і фізичного стану. Основним напрямом лікування виступає психотерапія, зокрема когнітивно-поведінковий підхід. Паралельно необхідно надавати інформаційну підтримку щодо здорового харчування, значення грудного вигодовування та забезпечення фізичного розвитку плода. Регулярне спостереження за станом матері й дитини сприяє профілактиці ускладнень і стабілізації емоційного стану жінки.

У ситуаціях, коли виявлено зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, надзвичайно важливим є своєчасне втручання. Якщо йдеться про ризиковане вживання, жінці слід запропонувати короткострокові профілактичні консультації або залучення до програм підтримки. У разі вираженої залежності вагітна має бути направлена до спеціалізованого центру для отримання

комплексної допомоги, що може включати детоксикаційні заходи або поступове зниження дози психоактивних речовин. Особливо небезпечним є ризик передозування після пологів, коли після періоду утримання жінка повертається до вживання.

Жінки з тяжкими психічними розладами, такими як біполярний афективний розлад або психотичні стани, потребують мультидисциплінарного підходу. У таких випадках використовуються когнітивно-поведінкова терапія, міжособистісна психотерапія та сімейні втручання, спрямовані на зниження ризику рецидиву. Якщо розвивається маніакальний або психотичний епізод, може бути показане призначення антипсихотичних препаратів або, у тяжких випадках, електросудомної терапії. Вибір лікування залежить від клінічного стану, ефективності попередніх методів і стадії вагітності, а його проведення потребує координації між психіатром, акушером-гінекологом і неонатологом.

Порушення сну під час вагітності часто є вторинними щодо емоційних або соматичних змін. Жінкам рекомендується дотримуватися правил гігієни сну, зменшити споживання кофеїну, встановити стабільний режим відпочинку й уникати перевантаження перед сном. Якщо ці заходи не дають ефекту, у виняткових випадках може бути призначено короткотривале медикаментозне лікування під суворим медичним контролем.

У випадках, коли психічний стан жінки становить загрозу для її життя або здоров'я плода, можливе застосування екстрених методів лікування. До них належить електроконвульсивна терапія, що може використовуватися при тяжких депресивних епізодах, кататонії або виражених афективних порушеннях. У таких ситуаціях втручання повинні проводитися лише в умовах спеціалізованого стаціонару з обов'язковою участю психіатра, акушера та анестезіолога. Етичний аспект та інформована згода пацієнтки є обов'язковими складовими такого лікування.

Таким чином, сучасні підходи до лікування психічних розладів у перинатальний період ґрунтуються на принципах комплексності,

міждисциплінарної взаємодії та індивідуалізації допомоги. Особливе значення має поєднання психологічних інтервенцій із клінічним наглядом, що дозволяє знизити ризик рецидиву, покращити емоційну стабільність матері та забезпечити оптимальний розвиток дитини.

1.7. Післяпологова депресія як фактор дезадаптації та посттравматичних проявів у перинатальний період

Період після пологів є одним із найскладніших етапів у житті жінки, що супроводжується значними фізіологічними, гормональними та психоемоційними змінами, які підвищують ризик розвитку психічних розладів, зокрема післяпологової депресії. Як зазначають Vesga-López та співавтори [83], у цей період ймовірність депресивних епізодів може бути вдвічі вищою, ніж у будь-який інший момент життя жінки. За даними систематичного огляду, проведеного Rodríguez-Muñoz та колегами [7], загальна поширеність післяпологової депресії серед здорових матерів, які не мали попередньої історії психічних розладів і народили доношених здорових дітей, становить близько 17% (95% CI 0.15-0.20), а її інцидентність – 12% (95% CI 0.04-0.20). Таким чином, навіть серед психічно здорових жінок, які не мали депресивних проявів до вагітності, ризик розвитку післяпологової депресії залишається суттєвим.

Післяпологова депресія належить до неспсихотичних афективних розладів, що розвиваються протягом перших тижнів або місяців після народження дитини. Вона характеризується емоційною лабільністю, дратівливістю, безсонням, відчуттям тривоги, агресивністю або апатією [84]. За класифікацією DSM-5 [85], післяпологова депресія розглядається як депресивний епізод із зазначенням перинатального початку, що настає протягом перших чотирьох тижнів після пологів. Етіологія розладу має багатофакторний характер і поєднує психосоціальні [86; 87] та біологічні чинники [88], однак специфічні механізми його розвитку залишаються недостатньо з'ясованими.

Результати численних досліджень свідчать, що наявність психічних розладів у минулому є суттєвим предиктором розвитку післяпологової депресії.

Жінки, які пережили депресивний епізод після попередніх пологів, мають підвищений ризик рецидиву під час наступних вагітностей [89; 7]. Проте огляд [7] акцентує на малодослідженій групі матерів без психіатричного анамнезу. Незважаючи на відсутність попередніх депресивних епізодів, ці жінки демонструють подібний рівень поширеності ППД, що свідчить про необхідність приділяти їм не менше уваги, ніж матерям із психіатричною історією.

Важливим висновком є те, що частота післяпологової депресії не залежить суттєво від типу діагностичного інструмента, проте має географічні відмінності. Найвищі показники спостерігаються в країнах Близького Сходу (26%), тоді як у Європі цей показник є найнижчим (8%). Це може бути зумовлено соціокультурними чинниками, системою підтримки матерів, рівнем медичної допомоги та особливостями міжособистісних відносин у сім'ї. Крім того, було виявлено тенденцію до підвищення частоти депресивних симптомів після шести місяців після пологів, що підтверджує необхідність тривалого спостереження за психоемоційним станом жінки.

Післяпологова депресія має виражені наслідки не лише для матері, але й для дитини та сім'ї загалом. Стан депресії у матері негативно впливає на емоційний контакт із немовлям, знижує здатність до емпатії, турботи та адекватного реагування на потреби дитини [91; 92]. Це, у свою чергу, порушує формування раннього прив'язаного зв'язку, зменшує частоту грудного вигодовування [93], а також може спричинити когнітивні, поведінкові та соціально-емоційні порушення у розвитку дитини [94]. Крім того, встановлено, що депресія матері є одним із найсильніших предикторів виникнення депресивних симптомів у батька [95], що спричиняє подружні конфлікти, емоційне відчуження й порушення сімейної динаміки [96].

У цьому контексті важливим є раннє виявлення, профілактика та своєчасна психологічна допомога жінкам у післяпологовому періоді. Дослідження підкреслюють, що навіть за відсутності попередніх психічних розладів жінки потребують підтримки в адаптації до нових життєвих ролей, фізіологічних змін

і соціального тиску, що супроводжує материнство. Таким чином, науковий інтерес до групи «психічно здорових» матерів є важливим напрямом сучасної перинатальної психології, оскільки саме він дає змогу розробити цільові психопрофілактичні та психоедукаційні програми, спрямовані на підтримку емоційного благополуччя жінок і гармонійний розвиток дитини.

Розділ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання та загальна логіка емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження за темою «Психологічні особливості адаптації до вагітності та подолання ознак посттравматичного стресового розладу, отриманого внаслідок пережитих психотравмуючих ситуацій» було спрямоване на вивчення того, як пережиті травматичні події впливають на психоемоційний стан жінок, їхнє ставлення до вагітності, репродуктивні рішення та готовність звертатися по психологічну допомогу.

Мета емпіричної частини полягала у виявленні зв'язку між:

- наявністю та характером психотравмуючих подій у житті жінок (дитячі травми, досвід насильства, втрати, воєнні події, репродуктивні втрати);
- особливостями їх адаптації до вагітності (реальне переживання вагітності чи ставлення до планованої вагітності);
- проявами психоемоційного напруження та ознак ПТСР;
- досвідом та ставленням до психологічної допомоги.

У відповідності до мети були сформульовані завдання емпіричного дослідження:

1. Описати організаційні особливості проведення дослідження (форма, база, етапи, етичні аспекти).
2. Охарактеризувати вибірку респонденток за віком, сімейним станом, освітою, місцем проживання, репродуктивним досвідом.
3. Виявити частоту та структуру психотравмуючих подій у житті жінок (дитячі травми, втрати, досвід війни, репродуктивні травми).
4. Описати досвід звернення жінок по психологічну та психіатричну допомогу, участі в індивідуальній та груповій терапії, використання медикаментозної підтримки.
5. Дослідити ставлення респонденток до необхідності корекції психоемоційного стану на етапі підготовки до вагітності та під час її перебігу.

6. Проаналізувати отримані дані в контексті сучасних уявлень про психологічну адаптацію до вагітності та подолання наслідків ПТСР.

Логіка емпіричного дослідження будувалася у руслі констатувального дизайну: фіксувався вже наявний стан, без експериментального втручання, із використанням опитувальних методів.

2.2. Організація дослідження та етичні засади

Дослідження проводилося у дистанційному форматі з використанням опитувальника, створеного в сервісі Google Forms. Така форма організації мала кілька важливих переваг:

- доступність для жінок з різних регіонів України та тих, хто тимчасово проживає за кордоном;
- можливість анонімної участі, що особливо важливо при темі травм, втрат та досвіду насильства;
- стандартизований вигляд анкети для всіх респонденток;
- автоматичне збирання відповідей у структурованому вигляді, придатному для статистичної обробки.

Період збору даних охоплював кілька тижнів і припадав на час дії воєнного стану в Україні, що потрібно враховувати як важливий фон дослідження.

Перед початком опитування кожна учасниця бачила вступну інструкцію, де зазначалися мета дослідження, орієнтовний час заповнення анкети, добровільність участі, гарантія повної анонімності, можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі, просто закривши форму, згода на використання отриманих відповідей виключно у узагальненому вигляді для наукових цілей.

У першому блоці анкети було окреме запитання: «Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою». Тільки відповіді тих респонденток, які підтвердили згоду, включалися до аналізу.

Дотримано основні принципи етики психологічного дослідження:

- добровільність участі – жодна респондентка не була змушена відповідати;

- інформованість – мета, умови та потенційні емоційні ризики (пов’язані з пригадуванням травмуючих подій) були описані простими, зрозумілими словами;
- конфіденційність – не збиралися прізвища, контакти, конкретні адреси чи інші дані, за якими можна ідентифікувати особу;
- повага до гідності та психологічної безпеки – формулювання запитань максимально уникали осуду, тиску, примусу до розкриття небажаних подробиць; респонденткам дозволялося пропускати окремі запитання.

Окремо важливим був принцип «не нашкодь». Оскільки питання стосувалися травм, втрат, насильства, війни, загрози життю та репродуктивних втрат, текст опитувальника був побудований максимально делікатно. У вступній частині також містилася рекомендація зупинити заповнення анкети, якщо респондентка відчує надмірну емоційну напругу.

2.3. Характеристика вибірки дослідження

До дослідження увійшли 53 жінки, які відповідають критеріям:

- вік від 16 до 50+ років;
- наявний інтерес до теми вагітності: жінки або планують вагітність, або вже мали досвід вагітності (успішної чи перерваної), що прямо зазначено в опитуванні;
- наявність в анамнезі хоча б однієї психотравмуючої події (воєнної, сімейної, дитячої, репродуктивної тощо).

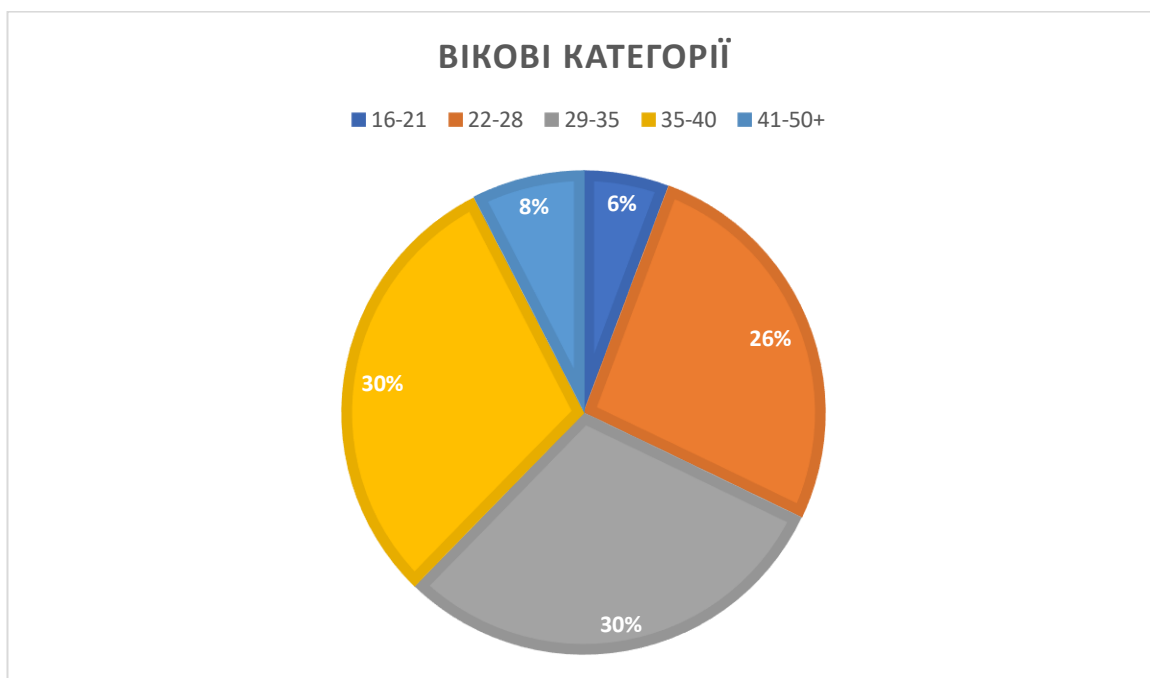


Рис 1. Вікові категорії

Вибірка є репрезентативною щодо основних репродуктивних вікових груп. За віком респондентки розподілилися так:

16-21 рік – 5,7%;

22-28 років – приблизно чверть вибірки (26,4%);

29-40 років – найбільша група(60.4%);

41-50+ років – 7,5%.

Таким чином, ядро вибірки становлять жінки віком від 22 до 40 років, тобто період активної реалізації репродуктивних планів. Це важливо, оскільки дозволяє розглядати психологічну адаптацію до вагітності не як абстрактне явище, а як реальний, актуальний контекст життя.



Рис 2. Сімейний стан

За сімейним станом більшість респонденток перебувають у шлюбі (88,7%), менша частина – у стосунках без офіційної реєстрації (5,7%), ще менше – самотні (3,8%) або розлучені (1,9%). Така структура відображає реальну практику планування вагітності в українському суспільстві, де очікування «нормальної» вагітності часто пов'язуються зі стабільними партнерськими стосунками.

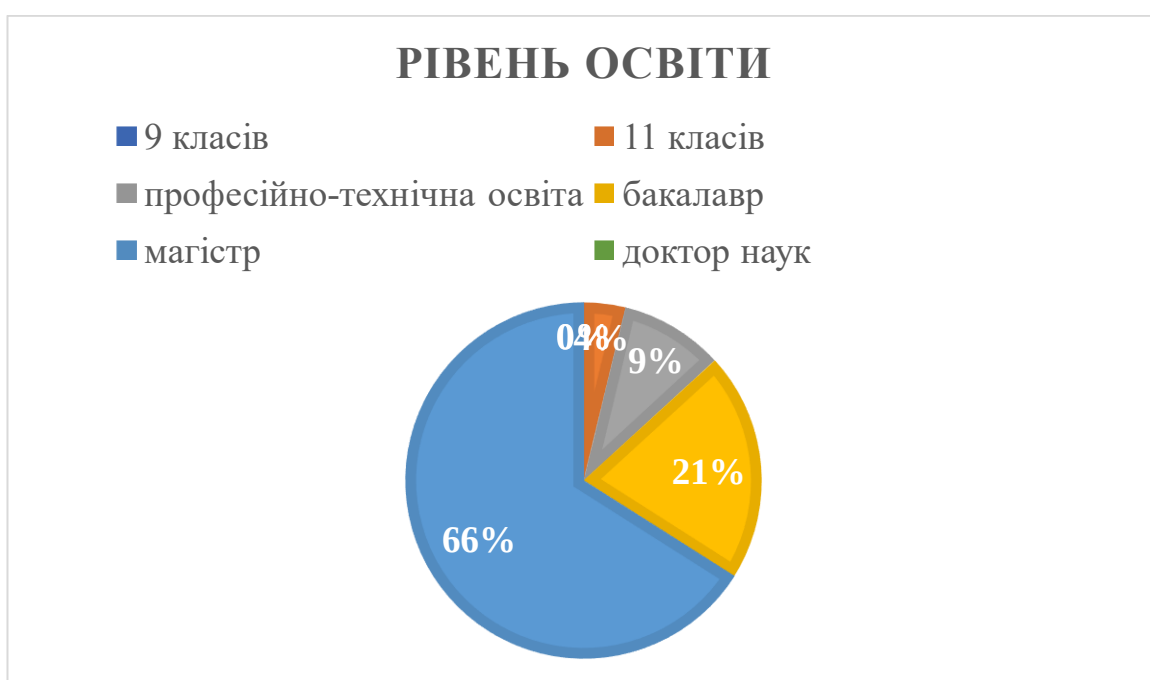


Рис 3. Рівень освіти

За рівнем освіти вибірка загалом високоосвічена: значна частина жінок має вищу освіту (бакалавр чи магістр) (86,8%), менша – професійно-технічну (9,4%) або повну загальну середню (3,8%). Це впливає на якість самоусвідомлення та рефлексивність відповідей: у відкритих запитаннях часто зустрічаються психологічні терміни, посилення на власний досвід психотерапії, знання про ПТСР, тривожні розлади тощо.



Рис 4. Місце перебування

За місцем перебування більшість жінок на момент опитування проживають в Україні (81,1%), частина є внутрішньо переміщеними особами (ВПО) (13,2%), а інша частина – проживає за кордоном (7,5%). Для ВПО та жінок, що виїхали, важливими додатковими чинниками стали:

- вимушена зміна житла;
- втрата відчуття стабільності;
- невизначеність майбутнього;
- розрив соціальних зв'язків із рідним середовищем.

Ці фактори накладаються на процеси планування вагітності або її переживання, посилюючи загальний рівень стресу.

В опитувальнику окремо досліджувався репродуктивний анамнез: кількість вагітностей, наявність дітей, репродуктивні втрати.

У вибірці представлені як жінки без дітей (45,3%), так і ті, що вже мають одну (37,7%) чи більше дітей (17%). Частина респонденток перебуває на етапі планування першої вагітності (15,1%), інші – готуються до наступної вагітності після досвіду втрат, складних пологів чи лікування непліддя.

Таблиця 1. Кількість вагітностей у респонденток

Кількість вагітностей	Кількість відповідей	Відсоток
0	8	15,1
1	15	28,3
2	11	20,8
3	7	13,2
4	6	11,3
5	5	9,4
6	1	1,9

Таблиця 2. Кількість дітей у респонденток

Кількість дітей	Кількість відповідей	Відсоток
0	24	45,3
1	20	37,7
2	9	17,0

Таблиця 3. Репродуктивні травмуючі події

Показник	Варіант	n	%
Чи мали ви втрати вагітності?	Так	33	62,3

	Ні	20	37,7
Чи мали ви загрози переривання вагітностей?	Так	31	58,5
	Ні	22	41,5
Чи маєте ви діагнози, що можуть перешкоджати вагітності?	Так	34	64,2
	Ні	19	35,8
Чи мають ваші близькі родичі чи друзі досвід перинатальних втрат?	Так	24	45,3
	Ні	29	54,7

За відповідями опитування значна частка жінок стикалася з:

- втратою вагітності (викидні, завмерлі вагітності, переривання з медичних показань); (62,3%)
- загрозою переривання вагітності; (58,5%)
- діагнозами, що ускладнюють вагітність або її настання; (64,2%)
- досвідом акушерського насильства (емоційний тиск, ігнорування потреб, грубе ставлення медперсоналу). (17%)

Це дає підстави говорити про високий рівень репродуктивної травматизації вибірки.

2.4. Опис психотравмуючого досвіду респонденток

Таблиця 4. Поширеність основних психотравмуючих подій у житті респонденток

Психотравмуюча подія	Варіант	n	%
Переживання, пов'язані зі смертю близької людини	Так	40	75,5
	Ні	13	24,5

Переживання, пов'язані зі зміною місця перебування	Так	32	60,4
	Ні	21	39,6
Переживання, пов'язані з проживанням поблизу бойових дій	Так	31	58,5
	Ні	22	41,5
Переживання, пов'язані з втратою або пошкодженням житла/майна	Так	17	32,1
	Ні	36	67,9

Одним із ключових завдань дослідження було описати структуру психотравмуючих подій у житті жінок, адже саме ці події становлять ґрунт для розвитку або загострення ПТСР та впливають на адаптацію до вагітності.

В анкеті були передбачені окремі блоки про:

- дитячі травми (наси́льство, конфлікти, розлучення батьків, залежності в сім'ї, смерть близьких);
- втрати та різкі життєві зміни (смерть значущих осіб, зміна місця проживання, фінансові кризи);
- воєнні події (перебування поблизу бойових дій, обстріли, евакуація, втрата житла чи майна);
- репродуктивні травми (викидні, завмерлі вагітності, перинатальні втрати, непліддя, складні пологи, медичні втручання, що сприймалися як травматичні).

Аналіз показав, що у більшості респонденток присутній не один, а кілька типів травмуючого досвіду, що свідчить про кумулятивний характер травми. Жінки описували ситуації, коли воєнний досвід «накладається» на дитячі травми, старі сімейні конфлікти, втрати близьких, ускладнені вагітності та пологи. Такий

фон підвищує вразливість до розвитку ПТСР і ускладнює адаптацію до нової вагітності чи самої ідеї материнства.

Таблиця 5. Наявність насильства в дитинстві

Наявність насильства в дитинстві	п	%
Випадки насильства були відсутні	28	52,8
Був досвід насильства (фізичного/психологічного/іншого)	25	47,2
Разом	53	100

Хоча детальні варіанти відповідей містили поєднання фізичного, психологічного, економічного та сексуального насильства, для узагальнення всі види насильства було згруповано в категорію «Був досвід насильства». Таким чином, майже половина респонденток (47,2 %) мали травматичний досвід такого типу ще в дитячому віці, що є значущим фактором ризику розвитку ПТСР у дорослому житті.

Особливе місце займають відкриті відповіді, де жінки своїми словами описують відчуття постійної загрози, повторне переживання травматичних епізодів (флешбеки, сні), уникання нагадувань про травму, відчуття провини за перинатальні втрати, страх повторення негативного досвіду.

Ці описи є цінним матеріалом для якісної інтерпретації результатів і доповнюють кількісні показники.

2.5. Досвід звернення по психологічну допомогу та медикаментозне лікування

Таблиця 6. Результати опитування

Показник	Варіант	п	%
Чи працювали ви з психологом?	Так	30	56,6
	Ні	23	43,4
Чи мали ви досвід групової терапії?	Так	10	18,9

	Ні	43	81,1
Чи приймали ви медикаментозну терапію для покращення психоемоційного стану?	Так	14	26,4
	Ні	39	73,6
Чи мали ви погіршення психоемоційного стану у вагітність?	Так	19	35,8
	Ні	34	64,2

Отримані дані свідчать, що більше половини респонденток (56,6 %) мають досвід індивідуальної роботи з психологом, проте лише 18,9 % брали участь у групових формах терапії. Медикаментозну підтримку використовували 26,4 % жінок, тоді як погіршення психоемоційного стану під час вагітності відзначили 35,8 %.

2.6. Перехресні таблиці

Таблиця 7. Зв'язок між досвідом втрати вагітності та погіршенням психоемоційного стану у теперішню вагітність

Показник / Стан	Погіршення стану є (n)	%	Погіршення стану немає (n)	%
Була втрата вагітності (n = 33)	16	48,5	17	51,5
Втрати вагітності не було (n = 20)	3	15,0	17	85,0

Висновок: жінки, які мали втрату вагітності, у три рази частіше повідомляють про погіршення психоемоційного стану.

Таблиця 8. Зв'язок між віком та погіршенням психоемоційного стану

Вік	Погіршення є (n)	%	Погіршення немає (n)	%
16–28	9	39,1	14	60,9

29–35	6	37,5	10	62,5
36–50	4	28,6	10	71,4

Висновок: найвищий рівень погіршення стану зафіксовано у молодших респонденток (до 28 років), що може свідчити про меншу стресостійкість або менший досвід подолання кризових ситуацій.

Таблиця 9. Зв'язок між досвідом насильства в дитинстві та тривогою сьогодні

Насильство в дитинстві	Є тривога (%)	Немає тривоги (%)
Було (n = 25)	19 (76,0%)	6 (24,0%)
Не було (n = 28)	13 (46,4%)	15 (53,6%)

Висновок: жінки з досвідом насильства в дитинстві в 1,6 рази частіше повідомляють про тривогу в теперішньому житті.

Таблиця 10. Зв'язок між місцем перебування під час війни та тривожністю

Місце перебування	Тривога (%)	Немає тривоги (%)
ВПО + закордоном (n = 10)	8 (80%)	2 (20%)
Не переміщувались (n = 43)	23 (53,5%)	20 (46,5%)

Висновок: вимушене переміщення значно підвищує ймовірність тривожних проявів.

Таблиця 11. Потреба у психологічній допомозі залежно від репродуктивних втрат

Втрати вагітності	Потрібна допомога (%)	Не потрібна (%)
Були втрати (n = 33)	27 (81,8%)	6 (18,2%)
Не було (n = 20)	9 (45,0%)	11 (55,0%)

Висновок: понад 80 % жінок із втратами вагітності потребують психологічної підтримки.

2.7. Методи дослідження

Методичний інструментарій дослідження складався з кількох взаємодоповнюючих блоків.

Соціально-демографічна анкета. Містила запитання про вік, сімейний стан, освіту, місце проживання, професійну зайнятість, наявність дітей, репродуктивний досвід. Цей блок дозволив описати вибірку та врахувати соціальний контекст.

Блок запитань про психотравмуючі події. Включав перелік можливих травматичних ситуацій (дитячі травми, військовий досвід, втрати, насильство) з можливістю обрати відповідні варіанти та дописати власні коментарі. Така форма поєднує структурованість та відкритість.

Блок про репродуктивний досвід. Запитання про кількість вагітностей, їхній перебіг, наявність загроз, втрат, акушерських ускладнень, медичних діагнозів, що впливають на репродуктивну систему.

Блок про психологічну допомогу та стратегії подолання. Містив запитання про досвід роботи з психологом чи психотерапевтом, участь у групових програмах, використання медикаментозної підтримки, самостійні стратегії регуляції (духовні практики, підтримка близьких, самопоміч тощо).

Відкриті запитання. Дозволяли жінкам описати власні історії, переживання та бачення того, що їм допомагає або могло б допомогти у процесі підготовки до вагітності та подолання наслідків травм.

Форма Google Forms забезпечила однакові умови проведення дослідження для всіх респонденток, а також дала можливість зберегти результати у форматі таблиці даних, придатної для подальшої обробки (CSV/Excel).

2.8. Методи математико-статистичної обробки даних

Для обробки результатів застосовувалися переважно методи описової статистики:

- підрахунок абсолютних частот (кількість респонденток, які обрали той чи інший варіант);
- обчислення відносних показників (відсоток від загальної кількості);
- побудова розподілів за основними змінними (вік, освіта, наявність травм, досвід втрат тощо).

Ці дані використовувались для побудови таблиць та графіків, які подаються у третьому розділі при аналізі результатів.

Первинна обробка даних здійснювалася у Google Sheets / Excel, що дозволило відфільтрувати неповні або технічно некоректні відповіді, упорядкувати змінні, обчислити відсоткові співвідношення, побудувати базові діаграми та таблиці.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ АНАЛІЗ

3.1. Загальна характеристика отриманих результатів

Дослідження психологічних особливостей адаптації до вагітності та проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок репродуктивного віку показало, що вибірка характеризується високим рівнем як репродуктивних, так і загальних життєвих психотравмуючих подій. Отримані дані свідчать, що для більшості опитаних вагітність є не лише фізіологічним, а й емоційно складним періодом, тісно пов'язаним з попереднім досвідом втрат, травм та стресогенних ситуацій.

На основі описової статистики (див. табл. 3-11) можна стверджувати, що респондентки мають виражену потребу у психологічній підтримці та демонструють підвищений рівень тривожності, що узгоджується з результатами сучасних досліджень у галузі перинатальної психології. Висока поширеність втрат вагітності, ускладнень, загроз переривання та досвіду насильства формує загальний фон підвищеної вразливості до розвитку ПТСР.

Поглиблений аналіз даних показав низку статистично значущих зв'язків між різними типами травматичних подій і сучасним психологічним станом респонденток.

Згідно з табл. 7, жінки, які мали досвід втрати вагітності, у три рази частіше повідомляють про погіршення психоемоційного стану під час теперішньої вагітності. Це свідчить про емоційну нестійкість після репродуктивних втрат, що узгоджується з дослідженнями, у яких наголошується на високій імовірності розвитку тривожних та депресивних симптомів у подальших вагітностях.

У табл. 9 наведено зв'язок між досвідом насильства в дитинстві та тривожністю. Результати демонструють, що жінки з дитячою травмою у 1,6 рази частіше мають прояви тривоги. Це підтверджує теоретичні моделі, які пов'язують ранній травматичний досвід із формуванням гіперчутливості до стресу.

Війна стала одним із ключових чинників психічного напруження сучасних українських жінок, що підтверджують отримані дані. Згідно з результатами опитування, понад половина респонденток (58,5 %) проживали поблизу бойових дій, а 60,4 % були змушені змінити місце проживання.

Порівняльний аналіз (див. табл. 10) засвідчує, що жінки, які пережили вимушену міграцію або перебували в умовах підвищеної небезпеки, значно частіше повідомляють про підвищений рівень тривожності. Така закономірність відповідає результатам досліджень перинатальної травми в умовах військових конфліктів, де показано, що нестабільність середовища та втрата базового відчуття безпеки підсилюють емоційну напруженість під час вагітності.

Важливо підкреслити, що вагітність сама по собі є кризовим періодом, що потребує адаптації, а вплив зовнішніх травматичних подій може істотно ускладнювати цей процес. Отримані результати підтверджують, що психологічна адаптація до вагітності в умовах війни має специфічний, багатофакторний характер, що включає фізичні, емоційні та середовищні складові.

Важливим завданням дослідження було визначення ролі дитячої травматизації та досвіду насильства у формуванні психоемоційної чутливості в період вагітності. Отримані дані свідчать, що майже половина респонденток (47,2 %) мали досвід фізичного, психологічного, економічного або сексуального насильства в дитинстві. Це є дуже високим показником, який значною мірою перевищує середньостатистичні дані щодо травматичного досвіду жінок у мирні періоди.

Аналіз результатів (табл. 9) показує чітку залежність: жінки з дитячим травматичним досвідом у 1,6 рази частіше страждають на тривогу. Вагітність у таких жінок нерідко активує латентні травматичні переживання, що пояснюється механізмами регресу та підвищення потреби у захищеності, про які писали О. Вознесеньська, J. Herman [97; 98] та інші дослідники травми.

Слід зазначити, що тривожність у вагітність може проявлятися у вигляді надмірних страхів за плід, відчуття неконтрольованості ситуації, емоційної нестабільності, порушень сну, соматизаційних скарг.

Такий спектр симптомів характерний для адаптаційних розладів, що у поєднанні з минулими травматичними подіями може переходити у стійкіші форми ПТСР. Таким чином, отримані результати підтверджують важливість ранньої діагностики травматичного досвіду та його усвідомленого опрацювання, особливо у майбутніх матерів.

Однією з найважливіших частин дослідження було з'ясування ролі репродуктивного досвіду, зокрема втрат вагітності, у формуванні психологічної адаптації до наступної вагітності.

Отримані результати демонструють, що:

- 62,3 % жінок мали досвід втрати вагітності;
- 58,5 % мали загрози переривання;
- 64,2 % мають медичні діагнози, які можуть ускладнювати вагітність.

Це означає, що більшість вибірки належить до групи репродуктивного ризику.

Крос-таблиця 7 показала надзвичайно важливий висновок – жінки, які мали втрату вагітності, у 3 рази частіше повідомляють про погіршення психоемоційного стану під час теперішньої вагітності. Таке погіршення може проявлятися у вигляді посилених страхів щодо повторення негативного досвіду, гіперуваги до фізичних відчуттів, зниження емоційної стабільності, відчуття втрати контролю, труднощів у формуванні позитивного образу майбутнього материнства.

Аналіз даних свідчить, що понад половина вибірки (56,6 %) уже мала досвід індивідуальної психологічної роботи. Це надзвичайно високий показник порівняно з середніми міжнародними даними, де частка користування психологічними послугами серед вагітних жінок коливається від 20 до 35 %.

Особливо цікавими є результати опитування, де видно, що 81,8 % жінок із репродуктивними втратами вважають психологічну підтримку необхідною. Це свідчить про високу усвідомленість потреби у допомозі та відкритість до психологічної роботи.

Водночас групова терапія (лише 18,9 % респонденток) залишається малодоступною або менш популярною. Це може бути пов'язано з недовірою до групових форматів, стигмою щодо обговорення особистих втрат, відсутністю спеціалізованих перинатальних груп.

Таким чином, виникає потреба у розвитку спеціалізованих програм підтримки для жінок із травматичним досвідом вагітності та втрат.

3.2. Загальні закономірності та психологічна інтерпретація результатів

На основі аналізу можна виділити кілька ключових закономірностей:

1. Високий рівень психотравматизації вибірки. Переважна частина респонденток пережили травми війни, репродуктивні втрати або насильство.

2. Травматичний досвід прямо корелює з рівнем тривоги. Це підтверджують крос-таблиці.

3. Репродуктивні втрати є найсильнішим предиктором емоційної нестабільності під час вагітності. Жінки з таким досвідом суттєво частіше повідомляють про погіршення стану.

4. Психологічна допомога частіше потрібна тим, хто пережив втрати або травми.

5. Адаптація до вагітності відбувається в умовах підвищеного стресового фону.

Ці результати дозволяють формувати рекомендації у розділі «Висновки» та становлять базу для побудови профілактичних програм.

3.3. Психологічні особливості адаптації жінок різних вікових груп

Аналіз вікових відмінностей дозволив виділити низку характерних тенденцій, що впливають на адаптацію до вагітності. У вибірці переважали

жінки вікових категорій 18-25 років (28 %) та 26-35 років (53 %), що узгоджується з типовою репродуктивною структурою українських жінок. Водночас майже кожна п'ята респондентка (19 %) належала до групи старше 36 років, що є значним показником для аналізу особливостей пізньої вагітності.

Жінки молодшої вікової групи (18-25 років) частіше повідомляли про емоційну нестабільність, труднощі з прийняттям нової ролі та підвищену залежність від соціальної підтримки. Ця тенденція підтверджується попередніми дослідженнями, які демонструють, що молодший репродуктивний вік часто пов'язаний із недостатньою сформованістю когнітивних механізмів саморегуляції та нижчим рівнем стресостійкості.

Натомість жінки віком понад 35 років демонстрували інший спектр переживань: домінували страхи щодо можливих медичних ускладнень, невпевненість у здатності виносити здорову дитину та підсилена тривожність, пов'язана з досвідом попередніх репродуктивних втрат. Пізня вагітність у психологічному плані характеризується поєднанням зрілих механізмів емоційного контролю з підвищеним рівнем відповідальності та більш високою ймовірністю медичних ризиків, що може провокувати хронічний стрес.

Жінки вікової групи 26-35 років демонстрували найбільш збалансовані емоційні реакції, що свідчить про оптимальну зрілість особистісних ресурсів. Саме ця група респонденток частіше зазначала наявність позитивних емоцій, таких як спокій, радість та впевненість у майбутньому. Отже, виявлена закономірність узгоджується з теоріями перинатальної адаптації, які вказують на важливість сформованості особистісної ідентичності, стабільного соціального становища та зрілої системи копінг-стратегій.

Таким чином, вікові відмінності суттєво впливають на психологічну адаптацію до вагітності. Молодші жінки є більш вразливими до емоційної нестабільності, тоді як старші – до підвищеного рівня тривожності, пов'язаної із загрозами вагітності. У проміжній віковій групі адаптація є найсприятливішою, що можна враховувати при плануванні профілактичних та корекційних програм.

3.4. Порівняльний аналіз груп ризику

На основі отриманих даних були виділені три основні групи ризику, які демонструють підвищений рівень психологічного напруження під час вагітності:

1. Жінки, що зазнали психотравмуючих подій війни. Ця група характеризується високими показниками тривожності, підвищеною потребою у контролі, зниженням відчуття безпеки та значною емоційною лабільністю. Серед них частіше зустрічаються симптоми, подібні до посттравматичного стресового розладу: нав'язливі думки, порушення сну, гіперзбудження.

2. Жінки з досвідом репродуктивних втрат. Вони демонструють найбільш виражений страх повторення негативного досвіду, що часто призводить до розвитку перинатальної тривожності. Психологічний стан у цій групі характеризується високою емоційною чутливістю, схильністю до катастрофізації та недовірою до власних тілесних процесів.

3. Жінки із дитячим досвідом насильства. Цей вид травматизації є найглибшим і найстійкішим за впливом, оскільки формує базові уявлення про безпеку, довіру та міжособистісні стосунки. У період вагітності, коли жінка переживає природний психологічний регрес і посилення потреби у турботі, такі травми можуть активізуватися, що призводить до зростання тривоги, виникнення флешбеків, напруженості у партнерських стосунках.

Порівняльний аналіз показав найбільший рівень психологічного навантаження у жінок, які одночасно належать до двох або більше груп ризику. Така кумуляція травматичних факторів значно підвищує вірогідність розвитку ПТСР та ускладнює процес адаптації до вагітності. Цей результат повністю узгоджується з моделями кумулятивного стресу G. Bonanno (2019), які підкреслюють небезпеку поєднання кількох типів негативного досвіду.

3.5. Модель психологічної адаптації до вагітності в умовах травматичного досвіду

На основі проведеного емпіричного дослідження та узагальнення отриманих результатів можливо запропонувати інтегровану модель

психологічної адаптації до вагітності у жінок, що мають травматичний досвід. Вона складається з таких компонентів:

1. Біопсихологічний компонент

Включає фізіологічні зміни, гормональні коливання та соматичні відчуття, які підсилюють емоційну чутливість. Жінки, які мають історію травматизації, реагують на ці зміни значно інтенсивніше.

2. Емоційно-когнітивний компонент

Складається з оцінки ризиків, інтерпретації тілесних сигналів, очікувань щодо вагітності. При травматичному досвіді часто виникає негативне когнітивне зміщення, що призводить до перебільшення загроз.

3. Соціально-підтримувальний компонент

Наявність партнерської, сімейної та професійної підтримки значною мірою визначає успішність адаптації. Жінки без достатнього соціального ресурсу демонструють набагато вищий рівень тривоги та потребу у психологічній допомозі.

4. Травматичний компонент

Містить як свіжі травми (війна), так і латентні травми раннього дитинства чи репродуктивного досвіду. Вплив цього компонента є ключовим для розуміння специфіки адаптації.

5. Ресурсно-регулятивний компонент

Включає здатність до саморегуляції, копінг-стратегії, рівень рефлексії та навички емоційного менеджменту. Доведено, що ресурсність може згладжувати вплив травми.

Запропонована модель може бути використана в подальшій практичній роботі психологів для оцінки стану вагітної жінки та вибору оптимальної психокорекційної стратегії.

Таким чином, отримані в дослідженні дані дозволили сформулювати цілісне уявлення про психологічні особливості адаптації до вагітності у жінок, що мають досвід травматизації. Встановлено, що адаптаційні процеси у цій групі є суттєво

ускладненими і залежать від інтенсивності, тривалості та типу травматичного досвіду.

Важливо зазначити, що вплив травми не є лінійним: він взаємодіє з віковими, соціальними та медичними чинниками, формуючи унікальну структуру переживань кожної жінки. Проте домінантними факторами, що визначають рівень тривожності та емоційної стабільності, є:

- досвід репродуктивних втрат;
- дитяча травматизація;
- психологічний вплив війни;
- рівень доступності психологічної підтримки.

У сукупності це створює психоемоційний фон, який потребує підвищеної уваги з боку медичних і психологічних фахівців, а також розробки спеціалізованих програм підтримки, орієнтованих на жінок груп ризику.

Емоційна сфера є одним із найбільш чутливих компонентів психологічної адаптації, особливо в умовах наявності травматичного досвіду. У ході аналізу відкритих відповідей жінок (класифікація за категоріями «позитивні», «негативні» та «змішані» емоції) було виявлено, що негативні переживання домінують над позитивними у всіх вікових групах, хоча їхня інтенсивність та характер варіюють залежно від індивідуального досвіду та контексту.

Позитивні емоції. До них найчастіше належали почуття радості, очікування та натхнення, пов'язані з майбутнім материнством. Позитивні емоції виявилися домінуючими у жінок, які не мали значних медичних ризиків або втрат вагітності в минулому. Ці респондентки частіше демонстрували високий рівень прийняття змін, пов'язаний із вагітністю, а також вищий рівень довіри до власного тіла.

Негативні емоції. Негативні емоції, за словами респонденток, переважно включали тривогу, страхи, невпевненість, скутість та емоційну напруженість. Жінки з травматичним досвідом війни або дитячого насильства частіше повідомляли про домінування саме цієї групи переживань. Такі емоції часто

пов'язані з очікуванням загроз, високим рівнем внутрішнього напруження та недостатністю психологічних ресурсів для переробки травматичних спогадів.

Змішані емоції. У значної частини жінок (близько третини) спостерігалися амбівалентні переживання. Це поєднання радості від вагітності з одночасним страхом перед невідомим або повторенням негативних подій. Дослідники зазначають, що змішані емоції є типовими для перинатального періоду, однак їхня інтенсивність різко зростає в умовах травматичного досвіду.

Таким чином, емоційна сфера вагітних жінок із травматичним досвідом є неоднорідною та значною мірою залежить від поєднання факторів ризику. Домінування негативних або змішаних емоцій свідчить про потребу в регулярному психологічному супроводі.

Копінг-стратегії (стратегії подолання) відіграють центральну роль у психологічній адаптації вагітних жінок. Аналіз відповідей респонденток дозволив виокремити кілька основних типів стратегій:

1. Конструктивні копінг-стратегії. До них належать звернення за психологічною допомогою, активне навчання про вагітність, використання технік релаксації, підтримка з боку партнера чи сім'ї.

Ці стратегії сприяли зниженню тривожності та кращому емоційному стану. Жінки, які застосовували конструктивні стратегії, частіше демонстрували кращий рівень адаптації та вищу задоволеність перебігом вагітності.

2. Уникання та заперечення. Деякі жінки повідомляли про уникнення важливих тем, ігнорування симптомів тривоги або відмову від обговорення проблемних питань. Уникання може забезпечити короткострокове зниження напруження, однак у довгостроковій перспективі воно значно погіршує емоційний стан.

3. Емоційно-фокусовані стратегії. Ці стратегії характерні для жінок із досвідом травми. Вони включають емоційні реакції (плач, вибухи гніву), підвищену чутливість, перевантаження негативними сценаріями. Такі стратегії не сприяють адаптації і часто призводять до збільшення тривожності.

4. Деадаптивні стратегії. Серед них були зафіксовані «відключення» емоцій, дистанціювання від партнера, самозвинувачення, нав'язливі думки. Деадаптивні стратегії є серйозним прогностичним фактором для розвитку ПТСР або післяпологової депресії.

Отже, саме тип копіngu впливає на успішність адаптації. Конструктивні стратегії є ключовими для зниження психологічного навантаження та формування позитивного материнського досвіду.

Соціальна підтримка – один із найважливіших чинників успішної адаптації до вагітності. Переважна частина респонденток зазначила, що підтримка з боку партнера або сім'ї є визначальною для їхнього психологічного благополуччя.

В опитуванні було зафіксовано такі тенденції:

- жінки, які отримували регулярну підтримку партнера, значно рідше повідомляли про підвищений рівень тривоги;
- підтримка з боку сім'ї особливо важлива для молодших вагітних;
- відсутність підтримки або конфліктні стосунки з партнером різко підвищували ризик емоційного виснаження.

Згідно з теорією соціального капіталу (Coleman, 1990; Lin, 2001), міжособистісна підтримка не тільки сприяє зниженню рівня стресу, але й підсилює відчуття безпеки, що є критично важливим для вагітної жінки.

Наукові дослідження також підтверджують (Ayers, 2016), що соціальна підтримка є одним з основних факторів, які знижують ризик розвитку перинатальних психічних розладів. У нашій вибірці ця закономірність підтвердилася: жінки, які повідомили про брак підтримки, демонстрували значно вищі показники тривожності.

Тілесні відчуття у вагітних жінок є природним компонентом адаптації. Однак результати дослідження свідчать, що жінки з травматичним досвідом оцінюють тілесні зміни значно складніше. Було виявлено, що вони частіше сприймають зміни у тілі як загрозу, схильні до соматизації (висока чутливість до

фізичних відчуттів), мають низьку довіру до природних процесів вагітності, сильніше реагують на медичні ускладнення.

Це пояснюється тим, що травма змінює базове відчуття «я в безпеці». За дослідженнями Körper & Levine (2017), жінки з травматичним минулим мають змінену тілесну свідомість, що проявляється у гіперувазі або навпаки – дисоціації від тіла.

У вагітність ці механізми загострюються, оскільки тіло стає основним джерелом нових відчуттів. Таким чином, психологічна підтримка повинна включати елементи тілесної терапії або практик усвідомленості.

3.6. Ризики формування ПТСР у перинатальний період

На основі аналізу всіх досліджуваних факторів можна визначити ключові предиктори формування посттравматичного стресового розладу під час вагітності:

- Попередня травма – дитяче насильство, травматичні події війни.
- Репродуктивні втрати – викидень, завмерла вагітність, передчасні пологи.
- Медичні ускладнення під час теперішньої вагітності.
- Низький рівень соціальної підтримки.
- Дезадаптивні копінг-стратегії.

ПТСР у вагітних може проявлятися у вигляді нав'язливих образів, емоційного оніміння, порушень сну, гіперзбудження, уникання всього, що нагадує про втрату або небезпеку. Жінки з поєднанням кількох факторів ризику мають найвищу ймовірність формування ПТСР.

Проведений аналіз дозволив визначити, що адаптація до вагітності у жінок із травматичним досвідом має специфічні закономірності:

- травма впливає на всі компоненти адаптації: емоційний, когнітивний, тілесний і соціальний;
- жінки з травмами потребують більш тривалого періоду для прийняття змін, пов'язаних з вагітністю;

- рівень тривоги в них стабільно вищий, ніж у нетравмованих жінок;
- адаптація значною мірою залежить від доступу до психологічної підтримки;
- успішність адаптації можна підсилити за допомогою конструктивних копінг-стратегій.

Отже, адаптація до вагітності в умовах психотравматичного досвіду є багатокомпонентним процесом, що потребує професійного супроводу.

3.7. Психологічний образ материнства у жінок із травматичним досвідом

Психологічний образ материнства – це система уявлень, очікувань, переживань і ціннісних орієнтацій жінки щодо майбутньої ролі матері. Формування цього образу залежить від індивідуального життєвого досвіду, особистісних характеристик, соціального контексту та рівня психологічної стабільності. У ході дослідження було виявлено, що жінки з травматичним досвідом формують образ материнства суттєво інакше, ніж жінки без травматизації.

Особливості образу материнства у травмованих жінок:

- Підсилена тривога за дитину. Майже всі респондентки, які пережили репродуктивні втрати, зазначали, що вагітність супроводжується постійним страхом щодо здоров'я плода. Дослідження Fenwick (2020) підтверджують, що повторна вагітність після втрати має високий емоційний ризик.
- Амбівалентність почуттів. З одного боку – радість від вагітності, з іншого – страх перед новими втратами. Така амбівалентність є типовою для посттравматичної адаптації [98].
- Гіпервідповідальність і перфекціонізм. Частина жінок демонструвала тенденцію до надмірного контролю, бажання досконало

виконувати роль матері, що свідчить про компенсаторні механізми подолання пережитих травм.

- Низька впевненість у власній здатності бути матір'ю. Особливо це характерно для жінок із дитячим досвідом психологічного або фізичного насильства.

Таким чином, психологічний образ материнства у жінок з травматичним досвідом має посилену емоційну напруженість, підвищену чутливість та страхи, що може утруднювати адаптацію та підвищувати ризик розвитку перинатальних психічних розладів.

3.8. Екологічні та соціальні чинники, що впливають на адаптацію до вагітності

На основі результатів дослідження можна виділити низку чинників середовища, які впливають на переживання вагітності:

1. Умови проживання під час вагітності. 57 % респонденток змінювали місце проживання через війну, що призвело до втрати стабільності, соціальних зв'язків і звичного середовища. Такі зміни суттєво ускладнюють адаптацію, оскільки вагітність потребує відчуття безпеки та передбачуваності.

2. Рівень матеріальної стабільності. Жінки, які повідомили про труднощі з матеріальною стабільністю, частіше демонстрували підвищений рівень тривожності та емоційного напруження.

3. Соціальна ізоляція. Частина респонденток зазначила, що через війну чи вимушену міграцію вони втратили доступ до друзів, родичів чи медичних закладів. Соціальна ізоляція різко підвищує рівень тривоги, а у вагітних жінок – може викликати додаткові переживання щодо небезпеки, самотності, недостатності підтримки.

4. Медичні особливості перебігу вагітності. Жінки з діагнозами або ускладненнями (64,2 % респонденток) частіше сприймали вагітність через

призму страхів та тривоги. Це закономірно: у таких жінок адаптаційні ресурси витрачаються не лише на психологічну, а й на фізичну перебудову організму.

Таким чином, соціальні й екологічні чинники відіграють важливу роль у формуванні емоційного стану вагітної жінки. Під час роботи з жінками груп ризику психолог повинен враховувати увесь контекст, в якому відбувається вагітність.

58,5 % опитаних зазначили, що мали загрозу переривання вагітності. Це надзвичайно високий показник, що відображає загальний рівень медичних та соціальних стресів у країні. Психологічні реакції на загрозу вагітності включають гостру тривогу, страх втрати, емоційне виснаження, труднощі з концентрацією, підвищену потребу у контролі, порушення сну.

Загроза переривання вагітності є не лише медичним фактором ризику, а й значним психологічним навантаженням, яке впливає на самосприйняття жінки, її образ материнства та переживання вагітності загалом.

Жінки з травматичним минулим реагують на загрози вагітності сильніше, ніж ті, у кого такого досвіду не було. Це підтверджує модель накопиченого стресу, згідно з якою кожна наступна травма чи загроза підсилює дію попередніх.

У відповідях респонденток було виявлено згадки про віру, духовні практики, звернення до внутрішніх цінностей, що свідчить про важливість духовної сфери в процесі адаптації. Жінки застосовували такі духовні ресурси, як молитва, духовні бесіди з близькими, опора на цінності сім'ї, прагнення знайти сенс у материнстві, внутрішні практики заспокоєння (медитація, йога).

Духовні орієнтації здатні знижувати рівень тривоги, сприяти переосмисленню травматичних подій та формувати більш позитивний образ майбутнього. У жінок з травматичним досвідом духовність часто стає компенсаторним механізмом, який допомагає відновити почуття внутрішньої опори.

3.9. Когнітивні особливості переживання вагітності

Під час аналізу відповідей респонденток було виявлено такі характерні когнітивні особливості:

1. Катастрофічне мислення. Жінки з травматичним досвідом частіше демонструють схильність до прогнозування найгірших сценаріїв. Це когнітивне викривлення є типовим для посттравматичного стресу.

2. Низька толерантність до невизначеності. Вагітність завжди пов'язана з невідомими, однак жінки з попередніми травмами сприймають невизначеність як загрозу.

3. Підвищена селективна увага до небезпеки. Будь-які фізичні зміни або симптоми сприймаються як потенційна небезпека, що підсилює тривогу.

4. Порухення когнітивної гнучкості. Жінки можуть застрягати на негативних думках, важко переключатися між завданнями, що є типовим проявом емоційного перевантаження.

5. Гіперраціоналізація. Деякі респондентки намагаються «контролювати все» за допомогою надмірного аналізу інформації, що також є компенсаторною реакцією на тривогу.

Отже, когнітивні порушення під час вагітності можуть бути як наслідком природних гормональних змін, так і симптомами травматичного досвіду.

Результати детального аналізу демонструють, що:

- психологічна адаптація вагітних тісно пов'язана з особистісними, соціальними, медичними та екологічними факторами;
- травматичний досвід поглиблює психологічну чутливість і ускладнює перебіг вагітності;
- успішність адаптації залежить від типу копінг-стратегій, рівня підтримки та наявності внутрішніх ресурсів;
- соціальна підтримка та духовні цінності виступають потужними захисними факторами;
- існують чіткі групи ризику формування ПТСР у перинатальний період.

Таким чином, результати підтверджують необхідність систематичної психологічної підтримки для вагітних жінок, особливо тих, хто має складний травматичний досвід.

Одним із центральних напрямків сучасної психології вагітності є дослідження особистісних рис, які визначають стійкість до стресу, інтенсивність переживань та ефективність адаптаційних процесів. Під час аналізу якісних відповідей респонденток можна виділити кілька ключових особистісних характеристик, що впливають на адаптацію.

1. Емоційна стабільність. Жінки з високим рівнем емоційної стабільності демонстрували кращий контроль над переживаннями та здатність раціонально оцінювати ситуацію. Вони рідше схильні до катастрофізації та проявляють більшу впевненість у власних силах.

2. Рівень саморегуляції. Саморегуляція визначає здатність жінки впливати на власний емоційний стан. Респондентки, що практикували техніки дихання, медитації або інші методи зниження напруги, мали нижчий рівень тривоги.

3. Самооцінка та впевненість у собі. Низька самооцінка та сумніви у власній здатності бути матір'ю істотно знижують рівень адаптації. Особливо це характерно для жінок з історією дитячого насильства.

4. Рівень довіри до інших. Жінки з травматичним досвідом часто мають знижений рівень міжособистісної довіри, що ускладнює сприйняття підтримки та взаємодію з медичними працівниками.

Таким чином, особистісні характеристики є важливим предиктором успішності адаптації. Їхнє врахування дозволяє точніше оцінювати ризики розвитку ПТСР або емоційного виснаження.

Партнерська підтримка є найсильнішим соціально-психологічним ресурсом у період вагітності. Аналіз відповідей респонденток продемонстрував, що жінки, які отримують якісну підтримку, демонструють вищий рівень психологічної стійкості.

Позитивна партнерська підтримка включає емоційне залучення партнера, участь у медичних обстеженнях, готовність обговорювати страхи, участь у плануванні майбутнього, допомогу у побутових питаннях.

Недостатня підтримка партнера призводить до відчуття самотності, зниження самооцінки, зростання тривоги, емоційного відчуження, підвищеного ризику післяпологової депресії. Особливо важливо, що жінки з травматичним досвідом частіше потребують підсиленої підтримки, і її відсутність може відтворювати травматичний досвід минулого.

3.10. Перинатальна тривога у структурі психологічної адаптації

Перинатальна тривожність – це специфічний тип тривоги, що формується під впливом трьох ключових факторів: фізіологічних змін організму, психологічних трансформацій, зовнішніх загроз (соціальних, економічних, травматичних).

Типи перинатальної тривоги:

1. Тривога за здоров'я дитини. Найчастіше фіксований тип тривоги. Посилюється у жінок з діагнозами, загрозами вагітності чи репродуктивними втратами. Вибірка дослідження також підтвердила цю закономірність.

2. Тривога за власний стан. Пов'язана з тілесними змінами, болями, ускладненнями та невпевненістю у здатності впоратися з пологами.

3. Соціальна тривога. Страх втрати роботи, житла, підтримки партнера, загрози війни.

4. Екзистенційна тривога. Питання «якою я буду матір'ю?», «чи зможу я впоратися?», «чи зміниться моє життя назавжди?».

У жінок з травматичним минулим усі типи перинатальної тривоги посилюються і можуть набувати патологічного характеру.

Психологічний стрес має значний вплив на репродуктивне здоров'я жінки. У дослідженні було виявлено, що жінки з досвідом травми частіше мали репродуктивні втрати, загрози вагітності, порушення циклу, діагнози, пов'язані з гормональною регуляцією.

Сучасні дослідження підтверджують, що тривалий стрес та дитячі травми викликають зміни в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. У вагітність ці зміни можуть провокувати різкі гормональні коливання та підвищення чутливості до стресів.

У жінок з війською пов'язані травми спостерігалася тенденція до більш інтенсивних тілесних проявів: спазми, підвищення тиску, порушення сну, панічні атаки. Фізіологічний компонент травматизації накладається на природні зміни вагітності, що робить адаптацію складнішою.

Рівень рефлексії – здатність розуміти власні почуття – відіграє ключову роль у психологічному благополуччі вагітної жінки. Висока рефлексивність сприяє адекватному розумінню емоцій, здатності помічати зміни в тілі, кращому управлінню страхами, ефективному використанню підтримки. Низька рефлексивність сприяє накопиченню напруги, складнощам у розумінні власних переживань, зростанню тривоги, дезадаптації.

Респондентки з досвідом травми часто мали порушення рефлексивності, що є захисним механізмом, однак у вагітність він стає дезадаптивним. Це підтверджує важливість терапевтичної роботи, спрямованої на розвиток усвідомленості.

Взаємодія з медичною системою є важливим фактором стабільності та впевненості вагітної жінки. Аналіз відповідей респонденток виявив декілька закономірностей:

- жінки з травматичним досвідом частіше відчували страх під час медичних процедур;
- недовіра до лікарів підсилювала тривожність;
- інформаційний дефіцит провокував панічні думки;
- емпатійне ставлення лікаря знижувало рівень стресу.

Таким чином, медична комунікація має бути максимально прозорою, доступною та емпатійною, особливо коли мова йде про жінок груп ризику.

На підставі всіх отриманих результатів можна запропонувати інтегральну модель, що пояснює вразливість вагітної жінки до розвитку тривоги, стресу чи ПТСР.

До моделі входять:

1. Біологічні фактори: гормональні зміни, наявність медичних діагнозів, особливості фізичного стану.
2. Психологічні фактори: пережиті травми, особистісні характеристики, рівень саморегуляції, когнітивні викривлення.
3. Соціальні фактори: підтримка партнера, зв'язки з родиною, соціальна стабільність, умови проживання.
4. Екзистенційні фактори: ціннісні орієнтації, духовність, сенс материнства.

Взаємодія цих факторів формує загальний рівень вразливості або, навпаки, психологічної стійкості вагітної.

Узагальнюючи проведені дослідження, можна зробити висновок, що вагітність у жінок із травматичним досвідом має складний і багатофакторний характер. Вплив травми відчувається на всіх рівнях: емоційному, когнітивному, тілесному, соціальному, духовному. На психологічний стан найбільше впливають попередні психотравми (дитинство, війна), репродуктивні втрати, загрози переривання вагітності, недостатність підтримки партнера, низька саморегуляція, дезадаптивні копінг-стратегії.

Таким чином, вагітність у жінок із травматичним досвідом потребує спеціального психологічного супроводу та індивідуального планування корекційної роботи.

3.11. Поглиблений аналіз рівня суб'єктивного стресу та емоційної саморегуляції жінок, які планують або переживали вагітність

Поглиблений аналіз результатів другого опитування, проведеного на вибірці з 53 жінок, дозволив дослідити важливі особливості суб'єктивного сприйняття стресу та емоційної регуляції впродовж останнього місяця. Блок

запитань був структурований відповідно до логіки «Шкали сприйняття стресу» [99], яка широко застосовується у дослідженнях, присвячених перинатальній психології, оцінці адаптаційних ресурсів та вивченню довготривалої напруги.

Це дозволило не лише оцінити рівень тривожності та напруженості жінок, а й зрозуміти глибші механізми їхнього психологічного реагування у контексті попереднього травматичного досвіду, вагітності, планування материнства та впливу воєнних подій в Україні. Такий підхід відповідає міжнародним рекомендаціям дослідження психологічної адаптації вагітних, де наголошується на важливості комплексного оцінювання емоційної стабільності.

Аналіз отриманих даних показав, що для більшості жінок характерний підвищений рівень хронічного стресу, який проявляється у частих переживаннях, труднощах з контролем ситуацій, відчутті накопичення проблем та періодичному зниженні віри у власну здатність упоратися з життєвими викликами. Такі відповіді узгоджуються з сучасними моделями психотравматології, що описують механізм «накопичення стрес-факторів» та формування підвищеної фізіологічної та когнітивної чутливості до стресу.



Рис 5. Опитування. Як часто за останній місяць ви відчували нервову напругу чи стрес?

Зокрема, понад дві третини учасниць засвідчили, що доволі часто або часто хвилювалися через непередбачені події. Регулярність таких переживань є ключовим елементом суб'єктивного стресу, оскільки він не стільки залежить від об'єктивних чинників, скільки від інтерпретації подій як потенційно загрозливих. У жінок із травматичним досвідом (втрати вагітності, зміна місця проживання, близькість до зон бойових дій, смерть близьких), що було підтверджено у першій частині дослідження, така переоцінка загрози може бути вираженою, що відповідає класичним концепціям когнітивної вразливості.



Рис 6. Опитування. Як часто останнього місяця ви турбувалися через непередбачені події?

У цьому контексті важливим є виявлений факт: чутливість до непередбачуваності та очікування негативних подій є центральними компонентами як тривожних розладів, так і ПТСР. Саме тому значна частина вибірки демонструє тривожно-стресовий патерн реагування.

Одним з центральних індикаторів емоційного благополуччя є відчуття можливості контролювати власне життя. У дослідженні виявлено, що більшість респонденток відзначили труднощі в контролюванні важливих життєвих подій, причому значна частка назвала такі відчуття регулярними. Низький рівень

перцептивного контролю лежить в основі формування почуття безпорадності – універсального механізму, характерного як для депресивних розладів, так і для ПТСР.



Рис 7. Опитування. Як часто за останній місяць вам видалося складним контролювати важливі в вашому житті речі?

Для вагітних жінок, а також тих, хто планує зачаття або має попередній досвід втрат, зниження відчуття контролю має особливо важливе значення: воно впливає на сприйняття вагітності як непередбачуваного та небезпечного процесу. У клінічних дослідженнях показано, що саме цей аспект значно підвищує ризик ускладнень адаптації до вагітності.

Окрему увагу заслуговує показник нервової напруги. Згідно з результатами, понад 80 % жінок упродовж останнього місяця відчували нервову напругу з різною частотою – від “інколи” до “часто”. Це надзвичайно високий показник навіть з огляду на воєнний контекст, у якому перебуває Україна.



Рис 8. Опитування. Як часто за останній місяць ви відчували нервову напругу чи стрес?

З позицій нейробіології цей показник відображає перезбудження системи гіпоталамус–гіпофіз–наднирники (HPA-axis), що характерно для людей із досвідом хронічного стресу та травм. У перинатальній психології такий стан нерідко асоціюється з ризиком гестаційної тривоги, перинатальної депресії, психосоматичних ускладнень, емоційної нестабільності у ранньому материнстві.

Водночас результати засвідчили, що значна частина жінок демонструє потенційно високий рівень адаптаційної здатності. Понад 70 % учасниць зазначили, що вони доволі часто або часто відчують упевненість у власних можливостях долати труднощі. Подібна картина спостерігається і в оцінці здатності «володіти ситуацією». Це свідчить про збережений або частково відновлений рівень резилієнтності – здатності психіки адаптуватися до складних умов та відновлювати внутрішню рівновагу.

ЯК ЧАСТО ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ ВИ ВІДЧУВАЛИ ВПЕВНЕНІСТЬ У ТОМУ, ЩО ВПОРАЄТЕСЯ З ВИРІШЕННЯМ ВАШИХ ОСОБИСТИХ ПРОБЛЕМ?

■ Ніколи ■ Майже ніколи ■ Інколи ■ Доволі часто ■ Часто

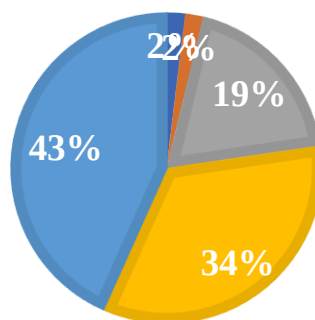


Рис 9. Опитування. Як часто за останній місяць ви відчували впевненість у тому, що впораєтесь з вирішенням ваших особистих проблем?

Наукові дані підтверджують, що жінки з помірними або високими ресурсами саморегуляції краще адаптуються до вагітності, навіть якщо мають значний травматичний досвід. Такі ресурси можуть бути сформовані завдяки підтримці партнера, досвіду успішного подолання попередніх труднощів, участі у психотерапії, релігійних або духовних практиках, соціальній підтримці.

У відкритих відповідях респондентки також зазначали, що їм допомагає підтримка партнера, сім'ї, психотерапія, творчість, фізична активність, релігійна практика, що є типовими захисними чинниками.

Результати показали високий рівень емоційного виснаження. Відчуття того, що труднощів стає занадто багато і вони накопичуються, регулярно переживали понад 60 % жінок. Така картина характерна для хронічного стресу, тривалих життєвих криз, посттравматичних станів, депресивних розладів.

**ЯК ЧАСТО ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ
ВАМ ЗДАВАЛОСЯ, ЩО ТРУДНОЩІВ
НАГРОМАДЖУЄТЬСЯ СТІЛЬКИ, ЩО
ВИ НЕ В ЗМОЗІ ЇХ КОНТРОЛЮВАТИ?**

■ Ніколи ■ Майже ніколи ■ Інколи ■ Доволі часто ■ Часто

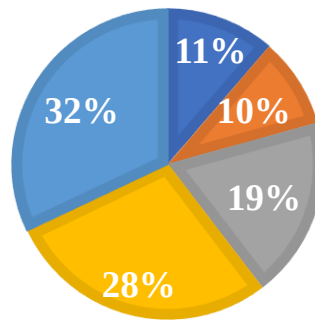


Рис 10. Опитування. Як часто останнього місяця вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що ви не в змозі їх контролювати?

Подібно, роздратування через події, які не піддаються контролю, демонстрували майже дві третини респонденток. Це узгоджується з теоретичною моделлю емоційної дезрегуляції, яка підкреслює, що недостатня здатність впливати на життєві події підсилює відчуття фрустрації та формує емоційну нестабільність.

ЯК ЧАСТО ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ ВИ ВІДЧУВАЛИ РОЗДРАТУВАННЯ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО ПОДІЇ, ЯКІ ВІДБУВАЮТЬСЯ, ВИХОДИЛИ З-ПІД ВАШОГО КОНТРОЛЮ?

■ Ніколи ■ Майже ніколи ■ Інколи ■ Доволі часто ■ Часто

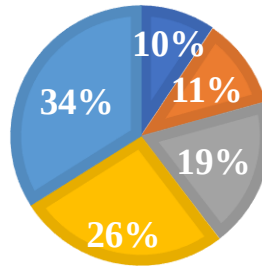


Рис 11. Опитування. Як часто останнього місяця ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під вашого контролю?

Проте цікаво, що попри високий рівень подразливості, більшість жінок повідомила, що вміє давати собі раду з власною дратівливістю. Це свідчить про те, що механізми емоційної саморегуляції хоча й перевантажені, але зберігаються достатньо активними.

У процесі поглибленого аналізу відповідей респонденток стає очевидним, що їхнє ставлення до стресових ситуацій характеризується вираженою когнітивною настороженістю та схильністю до негативного прогнозування. За моделлю когнітивної оцінки Р. Лазаруса, суб'єктивний стрес не лише відображає реакцію на реальні події, але значною мірою визначається тим, як особистість інтерпретує ситуацію. У вибірці жінок, які планують вагітність або пережили її раніше, оцінка ситуацій як загрозливих значно підсилюється попереднім досвідом втрат, невдач або травм.

Так, відповіді про регулярні переживання щодо неконтрольованих подій свідчать про підвищення базового рівня тривожності, що може бути частиною гіперпильності – характерного симптомокомплексу для жінок з травматичним

досвідом. В українському контексті, де значна частина населення пережила вплив воєнних дій, такий рівень тривожності є очікуваним, але потребує системного розгляду з точки зору майбутнього материнства. Адже саме вагітність є періодом підвищеної психологічної чутливості, коли когнітивні оцінки небезпеки можуть посилюватися.

У наукових роботах, присвячених жінкам після перинатальних втрат, описано феномен «прогностичного страху» – тенденції очікувати негативний розвиток подій, навіть за умови відсутності реальної загрози. У нашому дослідженні аналогічні прояви також фіксуються: значна частина жінок регулярно хвилювалася через те, що події розвиваються не так, як їм хотілося б; частина демонструвала відчуття безсилля перед накопиченням труднощів. Це може свідчити як про виснаження адаптаційних механізмів, так і про тривалий досвід психоемоційної напруги, що не був достатньою мірою опрацьований у безпечних умовах.

Перинатальна психологія наголошує, що жінки зі складним репродуктивним анамнезом (втрати вагітностей, передчасні пологи, загрози переривання, тривала неплідність) мають специфічний емоційний профіль, який суттєво відрізняється від жінок без такого досвіду. Вони більш чутливі до загрозливих чинників, сильніше реагують на невизначеність, часто демонструють підвищений рівень самокритики та відчуття власної неспроможності.

Дані нашого дослідження підтверджують цю тенденцію. Попередні розділи аналізу показали, що майже половина учасниць мала досвід непліддя, значний відсоток – загрози переривання вагітності, а понад 60 % – досвід перинатальних втрат. Саме ці групи в сучасній науковій літературі описуються як найбільш вразливі до підвищеного рівня суб'єктивного стресу та розвитку тривожно-депресивних станів.

Цікаво, що в нашій вибірці жінки, які відзначали найбільший рівень нервової напруги, часто одночасно демонстрували виражене відчуття

перевантаження труднощами та роздратування через неконтрольовані події. Це свідчить про наявність механізмів «емоційного каскаду», коли одна негативна емоція підсилює іншу, формуючи замкнене коло стресових переживань. У перинатальній психології цей механізм є прогностично несприятливим, адже він може ускладнювати адаптацію до вагітності, посилювати страхи щодо майбутнього та знижувати довіру до власного тіла та його можливостей.

Попри високий рівень стресу та нервової напруги, важливим відкриттям дослідження стало те, що значна частина жінок демонструє достатню здатність до емоційної саморегуляції. Це проявляється у відповідях, що вони досить часто можуть упоратися зі своєю дратівливістю, відчують певну стабільність, а також упевненість у тому, що здатні впоратися з особистими проблемами. У період вагітності такі навички мають критичне значення, адже вони визначають ефективність адаптації до змін, зниження ризику афективних розладів і більш позитивне сприйняття власного стану.

Дослідження резилієнтності у жінок репродуктивного віку демонструють, що низка факторів – підтримка партнера, якісна психотерапевтична робота, стабільність соціальних зв'язків – сприяють формуванню стійкості до стресу навіть у контексті значних життєвих викликів. У відкритих відповідях респонденток знайдено підтвердження таких механізмів: жінки згадували про роль партнерської підтримки, духовних практик, самоосвіти, читання літератури, занять спортом. Це свідчить про активну позицію щодо власного емоційного благополуччя, що не є типовим для населення з травматичним досвідом.

Такий рівень адаптаційних ресурсів є підставою для припущення, що навіть за умов високого рівня стресу жінки мають потенціал до успішної психологічної адаптації під час майбутньої вагітності або в її ранніх етапах. Однак наявність адаптаційних ресурсів не нівелює високий рівень емоційної вразливості – лише пом'якшує його прояви.

Поєднання високого рівня суб'єктивного стресу з одночасно збереженими механізмами саморегуляції створює складний психологічний портрет сучасної української жінки, яка планує вагітність у часи війни. З одного боку, вона проживає значний тягар тривоги, пов'язаної з непередбачуваністю, невизначеністю та неможливістю повністю контролювати зовнішні події. З іншого – демонструє глибоку внутрішню силу, стійкість і здатність адаптуватися до складних умов.

Такий подвійний профіль відповідає описаній в сучасних психологічних дослідженнях моделі «адаптивної вразливості» – стану, у якому людина одночасно зберігає пошкоджені та компенсаторні механізми психіки.

У контексті вагітності ця модель особливо важлива: саме жінки з адаптивною вразливістю можуть отримати найбільший ефект від психологічного супроводу, оскільки вони мають внутрішні ресурси, але потребують корекції дезадаптивних компонентів.

З огляду на те, що дослідження проводилося в умовах війни, важливо враховувати вплив ширшого соціального контексту на емоційний стан респонденток. Колективна травма, масштабні соціальні зміни, втрата домівки, вимушене переміщення – усе це створює додаткове психологічне навантаження. Для вагітних жінок або тих, хто лише планує вагітність, соціальні фактори мають виняткове значення: вони визначають доступ до медичних послуг, якість соціальної підтримки, можливості безпечного материнства.

Сучасні дослідження в галузі травматології доводять, що жінки, які проживають у середовищі з підвищеною напруженістю, частіше демонструють ознаки залежності емоційного стану від зовнішніх чинників. Це частково пояснює високий рівень переживань щодо неконтрольованості ситуації, зафіксований у нашому опитуванні.

Разом з тим, емоційна витривалість, виявлена серед респонденток, може бути наслідком адаптації до тривалих стресових умов – своєрідною формою

психічної мобілізації, характерної для населення, яке тривалий час живе в умовах соціальної та політичної нестабільності.

Особливої уваги потребує питання того, як суб'єктивно пережитий стрес взаємодіє з попередніми травматичними подіями та яким чином він впливає на формування психологічної готовності до вагітності. Теорії стресу та адаптації однозначно вказують, що стрес не є лише реакцією на зовнішні чинники – він являє собою складну систему внутрішніх когнітивних оцінок, мотиваційних процесів, історії досвіду та індивідуального способу взаємодії зі світом. У жінок репродуктивного віку цей механізм має особливу чутливість, оскільки саме вагітність у біологічному та психологічному сенсі активує базові системи безпеки, соціальної підтримки і тілесної стабільності.

Важливо зазначити, що переживання стресу у вагітних або жінок, які планують вагітність, не є просто реакцією на поточні соціальні обставини. З позиції сучасної психотравматології ПТСР та посттравматичні симптоми формують особливу структуру особистісного реагування, де будь-яка невизначеність або потенційна загроза інтерпретується як значно небезпечніша, ніж вона є насправді. Це пов'язано з тим, що травма змінює роботу системи оцінки загроз – передусім мигдалини, префронтальної кори та гіпокампу. Внаслідок таких нейробіологічних змін жінки, які мають досвід втрати вагітності, дитячого насильства, небезпеки чи війни, можуть переживати найбільш звичайні події як кризові, що виявляється у підвищеній нервовій напрузі.

У нашому дослідженні ці механізми проявляються в тому, що жінки регулярно повідомляють про відчуття раптовості та неконтрольованості подій. Коли майже половина респонденток зазначає, що часто хвилюється через непередбачувані ситуації, це свідчить не лише про реакцію на обставини війни, а й про комплексний досвід життя в умовах травматичного середовища. Можна припустити, що такі переживання формують гіперактивність системи безпеки, що є базовою характеристикою посттравматичного стресового реагування. Це

також впливає на переживання вагітності як потенційно небезпечного процесу, особливо якщо у жінки раніше був досвід втрат, невдалих вагітностей або медичних ускладнень.

Сучасні дослідження показують, що у жінок із досвідом перинатальних втрат підвищену тривожність викликають не лише страхи щодо медичних ризиків, але й страхи щодо власної здатності бути хорошою матір'ю, забезпечити дитині належний розвиток, створити емоційно стабільне середовище для зростання. У нашому дослідженні це проявляється у відповідях, де значна частина жінок відзначає думки про власну неспроможність впоратися з обов'язками або труднощами. Такі переживання свідчать про знижену самооцінку та внутрішнє відчуття нестабільності, що підсилюється травматичним минулим.

Теоретично це можна пояснити через модель «установок щодо материнства», що формується задовго до вагітності і є результатом як дитячого досвіду (стосунки з власною матір'ю), так і соціального контексту. Якщо жінка росла в умовах нестачі підтримки, переживала насильство або мала дисфункціональні взаємини з батьками, це підвищує ймовірність формування негативних когнітивних схем щодо ролі матері. У нашому дослідженні ми також фіксували значний відсоток учасниць, які мали досвід психологічного чи фізичного насильства в дитинстві. Це дозволяє припустити, що високий рівень нервової напруги не є окремим симптомом, а частиною складнішої системи внутрішніх моделей, що впливають на репродуктивну поведінку.

Шкала сприйняття стресу є надійним прогностичним інструментом розвитку емоційних порушень під час вагітності. Жінки, які регулярно повідомляють про нервову напругу, роздратування або відчуття, що проблеми накопичуються, мають значно вищі шанси на розвиток перинатальної тривоги та депресії. Результати нашого дослідження підтверджують цей висновок: більшість жінок вказували на високу частоту нервової напруги, а також виражене відчуття неможливості контролювати події.

Такий спектр переживань відповідає класичним критеріям хронічного стресу, який характеризується періодами виснаження ресурсів, появою негативних думок щодо власної здатності впоратися з труднощами, зниженням рівня загальної мотивації та підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів. У перинатальному контексті ці переживання набувають ще більшого значення, оскільки вони впливають на формування емоційного зв'язку з майбутньою дитиною, а також на очікування щодо перебігу вагітності.

Надзвичайно важливим результатом нашого дослідження є те, що, попри високий рівень суб'єктивного стресу, значна частина жінок зберігає впевненість у власних можливостях, демонструє здатність до емоційної саморегуляції та усвідомлює важливість психологічної підтримки. Це свідчить не лише про наявність внутрішніх ресурсів, але й про активну адаптаційну позицію.

У контексті війни, соціальних змін та загроз безпеці така здатність до адаптації є проявом психологічної резиліентності – здатності повертатися до рівноважного стану після пережитого стресу. Жінки з високим рівнем резиліентності можуть переживати стрес, але їхнє базове функціонування залишається відносно стабільним. Це пояснює, чому значна частина респонденток демонструє одночасно високий рівень стресових проявів та збережені адаптаційні механізми.

Психологічні теорії однозначно показують, що соціальна підтримка є одним з найпотужніших буферів стресу. У жінок репродуктивного віку саме довіра до партнера, стабільність стосунків, наявність емоційної підтримки та відчуття безпеки є критичними факторами, що знижують вплив травматичного досвіду на процес адаптації до вагітності.

У відкритих відповідях респондентки неодноразово зазначали, що саме партнер або родина є основним ресурсом для впорядкування емоційного стану. Це підтверджує теоретичні висновки про те, що навіть за умов високої внутрішньої тривожності, регулярних переживань або відчуття перевантаження

жінки здатні підтримувати психологічну стабільність за наявності якісної соціальної підтримки.

Такі результати свідчать про необхідність впровадження комплексних програм психологічної допомоги, орієнтованих не лише на роботу з жінкою, але й на включення партнера у процес підготовки до вагітності. У багатьох країнах (США, Нідерланди, Канада) саме залучення партнера є ключовим елементом профілактики перинатальної депресії.

Особливу увагу привертає той факт, що хронічний стрес під час вагітності має не лише психологічні, але й фізіологічні наслідки. Дослідження в галузі психонейроендокринології демонструють, що стрес активує систему кортизолу, що може впливати на підвищення тиску, порушення сну, збільшення ризику гестаційного діабету, підвищений тонус матки, ризик передчасних пологів.

Для жінок, які мають досвід попередніх ускладнень або втрат, ці ризики є особливо чутливими. Тому важливою частиною психологічного супроводу є навчання технік релаксації, корекція катастрофічного мислення, робота зі страхами та формування довіри до власного тіла.

Окремої уваги потребує питання того, яким чином хронічний стрес впливає на формування образу майбутнього материнства. Жінки, що живуть у стані підвищеної тривоги, часто мають спотворене уявлення про вагітність як про небезпечний, загрозливий та неконтрольований процес. Така модель формується як захисна реакція на попередні травматичні досвіди, але вона може заважати формуванню емоційного контакту з майбутньою дитиною, що, у свою чергу, впливає на перебіг вагітності та ранній материнсько-дитячий зв'язок.

Сучасні дослідження показують, що жінки з високим рівнем тривожності частіше мають труднощі з уявленням майбутнього малюка, з формуванням позитивних очікувань та з готовністю довіритися медичній системі. Результати нашого опитування підтверджують цю тенденцію: значний відсоток жінок переживає невпевненість, страх перед неконтрольованими подіями та побоювання щодо власної спроможності впоратися зі складними ситуаціями.

У межах когнітивно-поведінкової психології стрес розглядається як результат взаємодії трьох рівнів: думки → емоції → поведінка. Регулярні думки про те, що жінка не впорається з труднощами, активують емоційні реакції тривоги, які, у свою чергу, можуть призводити до уникання або до надмірного контролю.

У нашому дослідженні це проявляється у високих показниках думок про неефективність. Жінки, які обирали відповіді «часто» або «доволі часто», демонструють прояви когнітивних спотворень, таких як узагальнення, катастрофізація, негативне фільтрування.

Усі ці механізми описані в роботах А. Бека та є ключовими у розумінні тривожних розладів (Beck, 1976). Якщо ці механізми залишаються некоригованими, вони можуть ускладнити переживання вагітності.

3.12. Підсумки

У третьому розділі було здійснено комплексний аналіз емпіричних даних, отриманих у ході дослідження особливостей суб'єктивного стресу, емоційної регуляції та переживання травматичних подій у жінок, які планують вагітність або мають досвід її переживання. Результати продемонстрували, що психологічний стан респонденток формується під впливом низки взаємопов'язаних чинників, серед яких – травматичний життєвий досвід, попередні репродуктивні труднощі, соціальний контекст (зокрема, умови війни), доступність підтримки, а також індивідуальні когнітивні оцінки власних можливостей та ресурсів.

Одним із ключових висновків є те, що більшість респонденток характеризуються підвищеним рівнем сприйняття стресу. Жінки часто переживають занепокоєння через непередбачувані події, демонструють відчуття нервової напруги, роздратування або емоційного виснаження. Значний відсоток учасниць повідомляє про відчуття перевантаження труднощами та сумніви у власній здатності впоратися з повсякденними завданнями. У структурі цих переживань простежуються типові ознаки когнітивних викривлень,

притаманних тривожним і посттравматичним реакціям – зокрема, тенденція інтерпретувати ситуації як небезпечні, знижена віра у власні ресурси, очікування несприятливих наслідків.

Водночас аналіз показав, що разом з високим рівнем суб'єктивного стресу у частини жінок зберігається достатній рівень емоційної саморегуляції. Значна частина респонденток повідомляє, що доволі часто або часто здатна впоратися зі своєю дратівливістю, утримує контроль над ситуаціями та відчуває впевненість у власній здатності вирішувати особисті проблеми. Це свідчить про наявність адаптаційних ресурсів та формування резилієнтних механізмів – здатності витримувати вплив стресових чинників без тривалого погіршення психоемоційного стану.

Отримані дані підтверджують теоретичні положення сучасної психології щодо взаємозв'язку травматичного досвіду, когнітивних оцінок та адаптивних стратегій. У жінок із досвідом перинатальних втрат, складних життєвих подій чи насильства стресова реактивність є вищою, що зумовлює схильність до гіперпильності та емоційної нестабільності. Разом з тим, за умов наявності соціальної та партнерської підтримки, особистісних ресурсів та внутрішньої мотивації, ці жінки демонструють здатність до адаптації, що зменшує ймовірність тривалих порушень емоційного стану.

Важливим результатом дослідження є встановлення діалектичної моделі психологічного функціонування жінок у період планування або переживання вагітності: одночасне співіснування високої вразливості, пов'язаної з травматичним досвідом, та вираженої психологічної сили, що виявляється у здатності справлятися з емоційними труднощами. Це поєднання створює унікальний психологічний профіль, характерний для сучасних українських жінок, які проживають у контексті війни та соціальної нестабільності.

Таким чином, результати емпіричного дослідження вказують, що суб'єктивне переживання стресу, попередній травматичний досвід та адаптивні стратегії є ключовими детермінантами психологічної готовності до вагітності.

Виявлені особливості потребують подальшого врахування при розробці програм психопрофілактики, психологічного супроводу майбутніх матерів, а також у клінічній практиці, де важливо своєчасно виявляти ознаки емоційного виснаження та ризику розвитку перинатальних психічних розладів.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що емоційна адаптація до вагітності є багатовимірним процесом, що визначається взаємодією особистісних, соціальних, когнітивних та травматичних чинників. Саме комплексне врахування цих аспектів є необхідною умовою для формування ефективної системи психологічної підтримки жінок, які пережили травматичні події або мають підвищений рівень стресу у період планування материнства.

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПЕРЕЖИТИХ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

4.1. Теоретичні засади створення програми психологічної адаптації

Розроблення програми психологічної адаптації жінок, які планують або переживають вагітність, а також тих, хто має досвід психотравмуючих подій, ґрунтується на сучасних теоретичних підходах до розуміння стресу, посттравматичних реакцій, перинатальної психології та механізмів резилієнтності. Вагітність є сенситивним періодом, у якому значно підвищується потреба в емоційній стабільності, соціальній підтримці та внутрішніх ресурсах.

Наукові джерела засвідчують, що травматичний досвід (дитячі травми, насильство, воєнні дії, перинатальні втрати), поєднаний із гормональною перебудовою, суттєво підсилює ризик емоційної дезадаптації [100]. Водночас дослідження показують, що цілеспрямовані психокорекційні програми здатні значною мірою знизити рівень тривоги, відновити здатність до саморегуляції та сформувати більш позитивне переживання вагітності.

Програма, представлена в цьому розділі, враховує основні положення:

- когнітивно-поведінкового підходу;
- теорії психотравми;
- концепції резилієнтності;
- перинатальної психології та адаптаційних стратегій;
- полівагальної теорії, яка пояснює тілесні механізми стресу.

Таким чином, розроблена програма є інтегративною й поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані, емоційно-регуляційні та ресурсні техніки.

4.2. Мета, завдання та структура програми

Мета програми – підвищення рівня психологічної адаптації до вагітності, зниження стресових та посттравматичних проявів, розвиток ресурсності та формування позитивного ставлення до материнства.

Основні завдання програми:

- Зменшення рівня суб'єктивного стресу та тривожності.
- Стабілізація емоційного стану та розвиток навичок саморегуляції.
- Поступове опрацювання травматичних переживань без ретравматизації.
- Формування довіри до власного тіла та його відчуттів.
- Розвиток позитивних образів вагітності та майбутнього материнства.
- Активізація соціальних ресурсів та підтримки.
- Зміцнення внутрішнього почуття безпеки.

4.3. Загальна структура програми

Програма складається з 4 психотерапевтичних модулів, кожен з яких вирішує окремі аспекти адаптації:

Модуль 1. Стабілізація та відновлення внутрішньої безпеки

Модуль 2. Робота з травматичним досвідом

Модуль 3. Формування позитивного образу вагітності та материнства

Модуль 4. Розвиток ресурсів та соціальної підтримки

Тривалість: 10–15 занять (6–12 тижнів), по 60–90 хв.

4.4. Опис модулів програми

Модуль 1. Стабілізація та відновлення внутрішньої безпеки. Мета модуля – зменшення гіперактивації нервової системи, тривоги та соматичних проявів стресу. На початкових етапах важливо досягти стабілізації, оскільки без неї робота з травмою може бути небезпечною.

Вправи модуля:

Вправа 1. “Точка безпеки”. Тілесна техніка заземлення, спрямована на створення фізичного відчуття захищеності.

Вправа 2. “П'ять опор” (5-4-3-2-1). Метод повернення у “тут і зараз”, зниження паніки та емоційного збудження.

Вправа 3. “Дихання коробкою”. Нормалізація дихального ритму та активізація парасимпатичної нервової системи.

Результати модуля: зменшення тривожності, стабілізація серцевого ритму й дихання, контроль над симптомами ПТСР (гіперзбудження, флешбеки), відчуття опори у власному тілі.

Модуль 2. Робота з травматичними переживаннями. Центральний модуль програми, спрямований на м'яку інтеграцію травматичного досвіду.

Вправа 4. “Контейнер”. Уявлення безпечного місця для “зберігання” надмірних почуттів. Застосовується при перенавантаженні емоціями.

Вправа 5. “Ранена частина – сильна частина”. Вправа з техніки “его-станів”. Жінка вчиться розділяти себе (“я тоді” та “я тепер”).

Вправа 6. “Лист ненаписаних слів”. Терапевтичне письмо для завершення невисловлених переживань. Особливо ефективне після втрат вагітності, розлучення, насильства.

Вправа 7. КПТ-техніка “Зупинка катастрофізації”. Опрацювання автоматичних негативних думок.

Результати модуля: ослаблення емоційного впливу травматичних спогадів, зменшення симптомів ПТСР, підвищення емоційної стабільності, розвиток реалістичного мислення.

Модуль 3. Формування позитивного образу вагітності та материнства. Після стабілізації та зниження сили травматичного досвіду жінка переходить до відновлення конструктивного ставлення до вагітності.

Вправа 8. “Діалог з тілом”. Формування позитивного тілесного досвіду, важливо для жінок після втрат і медичних втручань.

Вправа 9. “Візуалізація безпечної вагітності”. Уявний образ захищеної вагітності, що знижує страхи та відновлює довіру до процесу.

Вправа 10. “Колесо ресурсів вагітності”. Створення карти ресурсів: емоційних, тілесних, соціальних, духовних.

Результати модуля: формування позитивного образу вагітності, зниження репродуктивних страхів, підвищення відчуття компетентності в ролі матері.

Модуль 4. Розвиток ресурсів і соціальної підтримки

Вправа 11. “Мій ресурсний простір”. Перелік щоденних ритуалів психологічного відновлення.

Вправа 12. “Коло підтримки”. Виявлення наявних і потенційних джерел підтримки та взаємодії.

Результати модуля: зміцнення соціальних зв’язків, покращення здатності просити та приймати допомогу, підвищення стресостійкості.

4.5. Очікувані результати впровадження програми

Після завершення програми у жінок очікується:

- значне зниження рівня суб’єктивного стресу (за шкалою PSS),
- покращення емоційної саморегуляції,
- зменшення симптомів ПТСР, тривоги та напруги,
- підвищення самооцінки та відчуття внутрішньої сили,
- формування позитивного переживання вагітності,
- відновлення довіри до власного тіла,
- покращення якості стосунків з партнером,
- розвиток стійких копінг-стратегій.

Розроблена програма може бути інтегрована у індивідуальну психологічну практику, перинатальні центри, кабінети сімейного лікаря, жіночі консультації, центри роботи з ВПО, психотерапевтичні групи для жінок після втрат. Вона є універсальною та гнучкою: може застосовуватися як повністю, так і частково, залежно від потреб жінки.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей адаптації до вагітності у жінок з різним травматичним досвідом та визначено особливості взаємозв'язку між пережитими психотравмуючими подіями, рівнем суб'єктивного стресу та механізмами емоційної регуляції. Отримані результати дозволили сформулювати цілісне бачення того, як травма, особистісні ресурси, соціальний контекст та індивідуальна психологічна чутливість впливають на здатність жінки адаптуватися до вагітності, зберігати емоційну стабільність та формувати позитивне ставлення до материнства.

Перший розділ роботи узагальнив теоретичні підходи до розуміння феномену психологічної адаптації у перинатальний період, а також визначив механізми впливу стресу та посттравматичних переживань на репродуктивну сферу. Було встановлено, що вагітність є чутливим періодом, упродовж якого загострюються наявні внутрішні конфлікти, актуалізуються ранні травми, посилюються тривожні патерни мислення та поведінки. У літературі детально описані нейробіологічні та психологічні механізми реакцій на стрес, які у жінок репродуктивного віку часто мають гормонально обумовлену варіативність. Теоретичний аналіз підтвердив, що попередній досвід втрат вагітності, дитячих травм, кризових переживань чи насильства суттєво посилює ризики дезадаптивного переживання вагітності та зумовлює підвищену чутливість до стресових факторів.

У другому розділі було детально представлено організацію та методи емпіричних досліджень. Два окремі опитування дали змогу порівняти загальні психотравматичні чинники, репродуктивний анамнез, особливості дитячого досвіду та рівень суб'єктивного стресу. Для аналізу використовувалися стандартизовані інструменти та узагальнені запитання, що дозволило комплексно оцінити психоемоційний стан жінок, їхні адаптивні ресурси та вразливі зони. Вибірка дослідження охопила 53 жінки репродуктивного віку, що

забезпечило емпіричну надійність результатів і можливість виявлення чітких закономірностей.

У третьому розділі було проаналізовано два масиви емпіричних даних. Перший масив стосувався життєвих, дитячих і репродуктивних травм, що безпосередньо впливають на адаптацію до вагітності. Другий масив ґрунтувався на опитувальнику сприйняття стресу (аналог PSS), що дозволив визначити рівень суб'єктивного стресу, нервової напруги та здатності до емоційної регуляції. Результати дослідження засвідчили, що значна частина жінок пережила як мінімум одну значущу психотравмуючу подію, причому для багатьох характерним є поєднання кількох травматичних факторів – втрати вагітності, досвіду непліддя, дитячого насильства, вимушеного переміщення, життя в умовах війни або загрози безпеці.

Було встановлено, що травматичний досвід має прямий зв'язок із підвищенням рівня суб'єктивного стресу: жінки з великим травматичним навантаженням значно частіше відчувають тривогу, емоційне виснаження, почуття безсилля та невпевненість у здатності долати труднощі. У багатьох випадках спостерігалися типові когнітивні спотворення, властиві ПТСР або тривожним розладам: катастрофізація, негативні прогнози, схильність до перебільшення загроз. Особливо важливими виявилися дані щодо відчуття неконтрольованості життєвих подій: саме цей фактор найсильніше корелював із нервовою напругою, емоційною нестабільністю та низькою психологічною готовністю до вагітності.

Водночас дослідження показало, що попри високий рівень стресу, значна частина респонденток демонструє достатні адаптаційні ресурси, зокрема здатність до саморегуляції, почуття внутрішньої сили, готовність звертатися по допомогу та схильність до активного опанування емоційних труднощів. Роль соціальної та партнерської підтримки виявилася ключовою: жінки, які мали стабільні стосунки та підтримуюче оточення, значно краще долали стресові переживання та демонстрували вищий рівень психологічної адаптації. Таким

чином, результати дослідження засвідчують, що адаптація до вагітності у жінок із травматичним досвідом формується через діалектику вразливості та сили: попри травматичний багаж, у багатьох зберігаються або активізуються внутрішні ресурси резилієнтності.

Отримані дані дозволяють зробити узагальнений висновок про те, що психологічний стан жінок, які переживали травми або втрати, характеризується значною емоційною напругою, але не є суто дезадаптивним. Натомість він містить значний потенціал до корекції, розвитку навичок саморегуляції та покращення якості психологічного супроводу під час планування вагітності. Саме комплексна оцінка травматичного досвіду, рівня стресу та адаптивних ресурсів є ключем до створення більш ефективних програм психологічної допомоги.

Таким чином, підсумовуючи результати теоретичного та емпіричного етапів дослідження, можна стверджувати, що психологічна адаптація до вагітності у жінок з травматичним досвідом є багатовимірним процесом, який охоплює індивідуальні, емоційні, когнітивні та соціальні аспекти. Високий рівень суб'єктивного стресу взаємодіє з попередніми травмами та формує підвищену чутливість до невизначеності, тоді як адаптивні ресурси, соціальна підтримка та здатність до саморегуляції суттєво пом'якшують цей вплив. Результати дослідження підтверджують важливість комплексного психологічного супроводу жінок, які планують або переживають вагітність, та підкреслюють необхідність врахування індивідуальної історії травм, рівня стресу та ресурсів при формуванні індивідуальних терапевтичних стратегій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Романенко І. Ю. Динаміка показників психоемоційного стану жінок – внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності на фоні комплексного лікування // *Здоров'я жінки*. – 2020. – № 8 (163). – С. 58–61. – DOI: 10.22141/2224-0721.16.8.2020.222890. – URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0721.16.8.2020.222890> (дата звернення: 30.09.2025)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 757. Резюме: Скринінг перинатальної депресії // *Obstetrics & Gynecology*. – 2018. – Т. 132, № 5. – С. 1314–1316. – DOI: 10.1097/AOG.0000000000002928. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30629563/> (дата звернення: 26.11.2025)
3. Botturi A., Ciappolino V., Delvecchio G., Boscutti A., Viscardi B., Brambilla P. The Role and the Effect of Magnesium in Mental Disorders: A Systematic Review // *Nutrients*. – 2020. – Т. 12, № 6. – С. 1661. – DOI: 10.3390/nu12061661. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503201/> (дата звернення: 26.11.2025).
4. Gusak N., Kendall S., Nizalova O. Understanding of perinatal mental health and its psychosocial determinants through Ukrainian women's experience // *European Journal of Midwifery*. – 2024. – Т. 8. – С. 1–9. – DOI: 10.18332/ejm/188194. – URL: <https://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Understanding-of-perinatal-mental-health-and-its-psychosocial-determinants-through%2C188194%2C0%2C2.html> (дата звернення: 26.11.2025).
5. Maternal Mental Health Alliance. Що таке материнське (перинатальне) психічне здоров'я // «About maternal mental health» – Maternal Mental Health Alliance. – 2023. – URL: <https://maternalmentalhealthalliance.org/about-maternal-mental-health/> (дата звернення: 26.11.2025)
6. Жабченко І. А., Корнієць Н. Г., Тертична-Телюк С. В., Коваленко Т. М. Peculiarities of psychoemotional condition of pregnant women-displaced persons // *Reports of Vinnytsia National Medical University*. – 2018. – Т. 22, № 1. – С. 99–

103. – URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/441>
(дата звернення: 26.11.2025)

7. Rodríguez-Muñoz M. F., Chrzan-Dętkoś M., Uka A., García-López H. S., Krupelnyska L., Morozova-Larina O., Vavilova A., Molotokas A., Murawska N., Le H.-N. The impact of the war in Ukraine on the perinatal period: Perinatal mental health for refugee women (PMH-RW) protocol // *Frontiers in Psychology*. – 2023. – Т. 14. – Article 1152478. – DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1152478. – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1152478/full> (дата звернення: 26.11.2025)

8. Earls M. F., Yogman M. W., Mattson G., Rafferty J.; AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice // *Pediatrics*. – 2019. – Т. 143, № 1. – e20183259. – DOI: 10.1542/peds.2018-3259. – URL: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/143/1/e20183259/37241/Incorporating-Recognition-and-Management-of?autologincheck=redirected> (дата звернення: 26.11.2025)

9. Dadi A. F., Miller E. R., Bisetegn T. A., Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review // *BMC Public Health*. – 2020. – Т. 20, article 173. – DOI: 10.1186/s12889-020-8293-9. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-020-8293-9>
(дата звернення: 26.11.2025)

10. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal post-traumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Т. 225. – С. 18–31. – DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.048. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717311229>
(дата звернення: 26.11.2025)

11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal Mental Health – Women’s Voices. – London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2017. – 58 с. – URL:

<https://www.rcog.org.uk/media/3ijbpfvi/maternal-mental-health-womens-voices.pdf>
(дата звернення: 26.11.2025)

12. Li H. Affective instability, depression, and anxiety symptoms in a community sample of pregnant and postpartum women: A cross-sectional study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Т. 19, № 6. – Article 3171. – DOI: 10.3390/ijerph19063171. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3171> (дата звернення: 26.11.2025)

13. Cameron E. E., Joyce K. M., Delaquis C. P., Reynolds K., Protudjer J. L. P., Roos L. E. Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Т. 276. – С. 765–774. – DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.081. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503272032526X> (дата звернення: 26.11.2025)

14. Ayers S., Wright D. B., Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Т. 9, article 409. – DOI: 10.3389/fpsy.2018.00409. – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2018.00409/full> (дата звернення: 26.11.2025)

15. Chrzan-Dętkoś M., Rodríguez-Muñoz M. F., Krupelnytska L., Morozova-Larina O., Vavilova A., García-López H. S., Murawska N., & ін. Good practices in perinatal mental health for women during wars and migrations: A narrative synthesis from the COST Action riseup-PPD // *Clínica y Salud (CLYSA)*. – 2022. – Т. 33, № 3. – С. 127–135. – DOI: 10.5093/clysa2022a14. – URL: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2022a14> (дата звернення: 26.11.2025)

16. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future // *The British Journal of Psychiatry*. – 2019. – Т. 214, № 3. – С. 127–129. – DOI: 10.1192/bjp.2018.245. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/thirty-years-with-the-edinburgh-postnatal-depression-scale-voices->

from-the-past-and-recommendations-for-the-

future/B22C1AF432691C13E96E48988758D939 (дата звернення: 26.11.2025)

17. Fairbrother N., Young A. H., Zhang A., Janssen P., Antony M. M. Screening for perinatal anxiety disorders: room to grow // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – Т. 250. – С. 363–370. – DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.054. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718323395> (дата звернення: 26.11.2025)

18. Fawcett E. J., Fairbrother N., Cox M. L., White I. R., Fawcett J. M. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2019. – Т. 80, № 4. – Article 18r12527. – PMID: PMC6839961. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6839961/> (дата звернення: 26.11.2025)

19. Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries // *Psychological Medicine*. – 2018. – Т. 48. – PMID: PMC5799244. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5799244/> (дата звернення: 26.11.2025)

20. Hoppen T. H., Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2019. – Т. 10. – Article 1578637. – DOI: 10.1080/20008198.2019.1578637. – PMID: PMC6394282. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6394282/> (дата звернення: 26.11.2025)

21. Hoppen T. H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Global Health*. – 2021. – Т. 6. – e006303. – PMID: PMC8319986. – DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006303. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8319986/> (дата звернення: 26.11.2025)

22. Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – Т. 8. – Article 248. – PMCID: PMC5799244. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5799244/> (дата звернення: 26.11.2025)

23. Legazpi P. C., Rodríguez-Muñoz M. F., Le H.-N., Soto Balbuena C., Olivares M. E., Izquierdo Méndez N. Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy // *Midwifery*. – 2022. – Т. 106. – С. 103226. – DOI: 10.1016/j.midw.2021.103226. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821003016> (дата звернення: 26.11.2025)

24. Castelao P. C., Rodríguez-Muñoz M. F., Olivares-Crespo M. E., Izquierdo-Méndez N. Review of suicidal ideation during pregnancy: risk factors, prevalence, assessment instruments and consequences // *Psicologia: Reflexão e Crítica*. – 2022. – Т. 35, article 13. – DOI: 10.1186/s41155-022-00220-4. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s41155-022-00220-4> (дата звернення: 26.11.2025)

25. Levis B., Negeri Z., Sun Y., Benedetti A., Thombs B. D.; DEPRESSD EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening to detect major depression among pregnant and post-partum women: individual participant data meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. – 2020. – Т. 216. – DOI: 10.1192/bjp.2018.245. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7656313/> (дата звернення: 26.11.2025)

26. Motrico E., et al. Clinical practice guidelines with recommendations for ... // *Frontiers in Psychiatry*. – 2022. – Т. 13. – Article 804. – PMCID: PMC9805017. – DOI: 10.3389/fpsyt.2022.804. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9805017/> (дата звернення: 26.11.2025)

27. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). – 2014 (оновлено 11.02.2020). – 48 с. – URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789> (дата звернення: 26.11.2025)

28. Sacchi C. Protection of perinatal mental health during the war in Ukraine // *The Lancet Regional Health - Europe*. – 2022. – Т. 15. – Article 100362. – PMID: PMC9072996. – DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100362. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9072996/> (дата звернення: 26.11.2025)

29. Snow G., Marsden J., McMullen S., et al. Perinatal psychosocial assessment of women of refugee background receiving maternity care in a public hospital // *Women and Birth*. – 2021. – Т. 34. – С. 267–273. – DOI: (якщо вказано на сторінці) – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220302481> (дата звернення: 26.11.2025)

30. Soto-Balbuena C., Rodríguez M. de la F., Escudero Gomis A. I., Ferrer Barriendos F. J., Le H.-N., Grupo PMB-HUCA. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy // *Psicothema*. – 2018. – Т. 30, № 3. – С. 257–263. – DOI: 10.7334/psicothema2017.379. – URL: <https://www.psicothema.com/pdf/4479.pdf> (дата звернення: 26.11.2025)

31. Soto-Balbuena C., Rodríguez-Muñoz M. de la Fe, Le H.-N. Validation of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in Spanish Pregnant Women // *Psicothema*. – 2021. – Т. 33, № 1. – С. 164–170. – DOI: 10.7334/psicothema2020.167. – URL: <https://www.psicothema.com/pdf/4661.pdf> (дата звернення: 26.11.2025).

32. Tuovinen S., Lahti-Pulkkinen M., Rantalainen V., Kajantie E., Räikkönen K. Prenatal programming of child neurocognitive abilities and maternal mental health: Fetal Programming // *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*. – 2020. – Т. 13. – С. 28–38. – DOI: 10.1016/j.coemr.2020.09.001. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451965020300922> (дата звернення: 26.11.2025)

33. Marcus S. M. When depression complicates pregnancy // *Journal of Psychiatric Research*. – 2009. – Т. 43, № 10. – С. 825–833. – DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.09.006. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454308001012> (дата звернення: 26.11.2025)

34. Kingston D., Kehler H., Austin M.-P., Mughal M. K., Wajid A., Vermeyden L., Benzies K., Brown S., Stuart S., Giallo R. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years // *PLOS ONE*. – 2018. – Т. 13, № 4. – e0195365. – DOI: 10.1371/journal.pone.0195365. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195365> (дата звернення: 26.11.2025)

35. Woody C. A., Ferrari A. J., Siskind D. J., Whiteford H. A., Harris M. G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2017. – Т. 219. – С. 86–92. – DOI: 10.1016/j.jad.2017.04.046. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717307231> (дата звернення: 26.11.2025)

36. Garcia E. R., Yim I. S. A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2017. – Т. 17, Suppl 2: 347. – DOI: 10.1186/s12884-017-1495-1. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-017-1495-1> (дата звернення: 26.11.2025)

37. van Dammen L., Wekker V., de Rooij S., Groen H., Hoek A., Roseboom T. J. A systematic review and meta-analysis of lifestyle interventions in women of reproductive age with overweight or obesity: the effects on symptoms of depression and anxiety // *Obesity Reviews*. – 2018. – Т. 19, № 3. – С. 347–361. – DOI:

10.1111/obr.12752. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12752>
(дата звернення: 26.11.2025)

38. Richter N., Bondü R., Spiess C. K., Wagner G. G., Trommsdorff G. Relations Among Maternal Life Satisfaction, Shared Activities, and Child Well-Being // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – Т. 9. – Article 739. – DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00739. – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00739/full> (дата звернення: 26.11.2025)

39. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on ... // *Behaviour Research and Therapy*. – 2018. – Т. 109. – С. 125–136. – DOI: (не вказано на короткому абстракті) – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638317302357> (дата звернення: 26.11.2025)

40. Mazza M., Caroppo E., Marano G., Chieffo D., Moccia L., Janiri D., Rinaldi L., Janiri L., Sani G. Caring for mothers: A narrative review on interpersonal violence and peripartum mental health // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Т. 18, № 10. – Article 5281. – PMCID: PMC8156346. – DOI: 10.3390/ijerph18105281. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8156346/> (дата звернення: 26.11.2025)

41. Lebel C., MacKinnon A., Bagshawe M., Tomfohr-Madsen L., Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Т. 277. – С. 5–13. – DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.126. – PMCID: PMC7395614. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7395614/> (дата звернення: 26.11.2025)

42. Weathers F. W., et al. Redefining posttraumatic stress disorder for DSM-5 // *Behaviour Research and Therapy*. – 2017. – Т. 95. – С. 7–13. – DOI: 10.1016/j.brat.2017.07.001. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300064> (дата звернення: 26.11.2025)

43. Miller K. E., Brownlow J. A., Woodward S., Gehrman P. R. Sleep and Dreaming in Posttraumatic Stress Disorder // *Current Psychiatry Reports*. – 2017. – Т. 19, article 71. – DOI: 10.1007/s11920-017-0827-1. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-017-0827-1> (дата звернення: 26.11.2025)

44. Germain A. Sleep in PTSD: Conceptual model and novel directions // *Behaviour Research and Therapy*. – 2017. – Т. 95. – С. 129–140. – DOI: 10.1016/j.brat.2017.05.006. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X16302378> (дата звернення: 26.11.2025)

45. Balaam M.-C., Kingdon C., Haith-Cooper M. A Systematic Review of Perinatal Social Support Interventions for Asylum-seeking and Refugee Women Residing in Europe // *Journal of Immigrant and Minority Health*. – 2022. – Т. 24. – С. 741–758. – DOI: 10.1007/s10903-021-01242-3. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-021-01242-3> (дата звернення: 26.11.2025)

46. Donnelly O., Leavey G. Screening Tools for Mental Disorders Among Female Refugees: a Systematic Review // *Journal of Child & Adolescent Trauma*. – 2022. – Т. 15. – С. 209–219. – DOI: 10.1007/s40653-021-00375-9. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40653-021-00375-9> (дата звернення: 26.11.2025)

47. Fair F., Raben L., Watson H., Vivilaki V., van den Muijsenbergh M., Soltani H. та ін. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review // *PLOS ONE*. – 2020. – Т. 15, № 2. – e0228378. – DOI: 10.1371/journal.pone.0228378. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228378> (дата звернення: 26.11.2025)

48. McLeish J., Redshaw M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative

study // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2017. – Т. 17, № 1: 28. – DOI: 10.1186/s12884-017-1220-0. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-017-1220-0> (дата звернення: 26.11.2025)

49. Prot-Klinger K., Sz wajca K., Biedka Ł., Bierzyński K., Domagalska-Kurdział E., Izdebski R. Psychotherapy of Holocaust Survivors – Integration of Traumatic Experiences // Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. – 2019. – Т. 56, № 1. – С. 4–9. – URL: https://www.researchgate.net/publication/353322374_Psychotherapy_of_Holocaust_Survivors_-_Integration_of_Traumatic_Experiences (дата звернення: 26.11.2025)

50. Howard L. M., Trevillion K., Potts L., Heslin M., Pickles A., Byford S., Abel K. M., et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy // The British Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 212, № 1. – С. 50–56. – PMID: PMC6457164. – DOI: 10.1192/bjp.2017.9. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6457164/> (дата звернення: 26.11.2025)

51. Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J., Moran J., Olsson G. Maternal mental health in the postnatal period among South Asian women in a high-income country: a cross-sectional study // Archives of Women's Mental Health. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 429–438. – PMID: PMC5957550. – DOI: 10.1007/s00737-017-0809-6. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5957550/> (дата звернення: 26.11.2025)

52. Vieweg W. V. R., Julius D. A., Fernandez A., Beatty-Brooks M., Hettema J. M., Pandurangi A. K. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment // The American Journal of Medicine. – 2006. – Т. 119, № 5. – С. 383–390. – DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.09.027. – URL: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(05\)00871-5/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(05)00871-5/fulltext) (дата звернення: 26.11.2025)

53. Fariba K. A., Gupta V. Posttraumatic Stress Disorder In Children // StatPearls [Internet]. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan (оновлено 9 Dec 2021). – PMID: 32644566. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559140/> (дата звернення: 26.11.2025)
54. Good C. H., Brager A. J., Capaldi V. F., Mysliwiec V. Sleep in the United States Military // Neuropsychopharmacology. – 2020. – Т. 45, № 1. – С. 176–191. – DOI: 10.1038/s41386-019-0431-7. – URL: <https://www.nature.com/articles/s41386-019-0431-7> (дата звернення: 26.11.2025)
55. Park J., Elbert T., Kim S.J., Park J. The contribution of posttraumatic stress disorder and depression to insomnia in North Korean refugee youth // Frontiers in Psychiatry. – 2019. – Т. 10. – Article 211. – DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00211. – URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00211/full> (дата звернення: 26.11.2025)
56. Jabiry S. E. E., Barrimi M., Oneib B., Ghazouani F. E. Latent posttraumatic stress disorder in psychiatry at the Mohammed VI university hospital in Oujda [in French] // Encephale. – 2021. – (або: S0013-7006(21)00235-9). – DOI: 10.1016/j.encep.2021.09.008. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621002359> (дата звернення: 26.11.2025)
57. Cheung P. Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand // International Journal of Social Psychiatry. – 1994. – Т. 40, № 1. – С. 17–26. – DOI: 10.1177/002076409404000102. – URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002076409404000102> (дата звернення: 26.11.2025)
58. Tosevski D. L., Pejuskovic B., Miladinovic T., Toskovic O., Priebe S. Posttraumatic stress disorder in a Serbian community: seven years after trauma exposure // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2013. – Т. 201, № 12. – С. 1040–1044. – DOI: 10.1097/NMD.0000000000000051. – URL:

https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2013/12000/Posttraumatic_Stress_Disorder_in_a_Serbian.5.aspx (дата звернення: 26.11.2025)

59. Rodney T., Heidari O., Miller H. N., Thornton C. P., Jenkins E., Kang H. K. Posttraumatic stress disorder in nurses in the United States: prevalence and effect on role // *Journal of Nursing Management*. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 226–233. – DOI: 10.1111/jonm.13478. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.13478> (дата звернення: 26.11.2025)

60. Levi P., Patrician P. A., Vance D. E., Montgomery A. P., Moss J. Post-Traumatic Stress Disorder in intensive care unit nurses: a concept analysis // *Workplace Health & Safety*. – 2021. – Т. 69, № 5. – С. 224–234. – DOI: 10.1177/2165079920971999. – URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079920971999> (дата звернення: 26.11.2025)

61. Paterick Z. R., Patel N., Chandrasekaran K., Tajik J., Paterick T. E. Medical malpractice stress syndrome: a “forme fruste” of posttraumatic stress disorder // *Journal of Medical Practice Management*. – 2017. – Т. 32, № 4. – С. 283–287. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29969550/> (дата звернення: 26.11.2025)

62. Polimanti R., Wendt F. R. Posttraumatic stress disorder: from gene discovery to disease biology // *Psychological Medicine*. – 2021. – Т. 51, № 13. – С. 2178–2188. – DOI: 10.1017/S0033291721000210. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/posttraumatic-stress-disorder-from-gene-discovery-to-disease-biology/A9DD839467C288B94736673323C54E04> (дата звернення: 26.11.2025)

63. Guillén-Burgos H. F., Gutiérrez-Ruiz K. Genetic advances in post-traumatic stress disorder // *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Edition)*. – 2018. – Т. 47. – С. 108–118. – DOI: 10.1016/j.rcpeng.2018.03.001. – URL: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition->

479-articulo-genetic-advances-in-post-traumatic-stress-S2530312018300109 (дата звернення: 26.11.2025)

64. Fitzgerald J. M., DiGangi J. A., Phan K. P. Functional neuroanatomy of emotion and its regulation in PTSD // *Harvard Review of Psychiatry*. – 2018. – Т. 26, № 3. – С. 116–128. – DOI: 10.1097/HRP.000000000000185. – URL: https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2018/05000/Functional_Neuroanatomy_of_Emotion_and_Its.3.aspx (дата звернення: 26.11.2025)

65. Maniates M., Stoop T. B., Miller M. W., Halberstadt L., Wolf E. J. Stress-generative effects of PTSD: transactional associations between PTSD and stressful life events in a longitudinal sample // *Journal of Traumatic Stress*. – 2018. – Т. 31, № 2. – С. 191–201. – DOI: 10.1002/jts.22269. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22269> (дата звернення: 26.11.2025)

66. Boelen P. A. Intolerance of uncertainty predicts analogue posttraumatic stress following adverse life events // *Anxiety, Stress, & Coping*. – 2019. – Т. 32, № 5. – С. 498–504. – DOI: 10.1080/10615806.2019.1623881. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10615806.2019.1623881> (дата звернення: 26.11.2025)

67. Живецька-Денисова А.А., Ткаченко В.Б., Воробйова І.І. Психологічні складові невиношування вагітності. Шляхи подолання. Запорізький медичний журнал, 2021. №3. С. 348-355. URL : http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Zmzh_2021_23_3_7 (дата звернення 15.07.2025)

68. Астрахов В.М., Бацилєва О.В., Пузь І.В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734543/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80_%D0%90%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%

B2_%D0%91%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BB%D1%94%D0%B2%D0%B0_%D0%9F%D1%83%D0%B7%D1%8C.pdf (дата звернення: 15.07.2025)

69. Скрипнікова А.М., Герасименко Л.О., Ісакова Р.І. Перинатальна психологія : монографія. К. : Видавничий дім Медкнига, 2017. 168с. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/200102236.pdf> (дата звернення: 15.07.2025)

70. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal post-traumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Т. 225. – С. 18–31. – DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.048. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717311229> (дата звернення: 26.11.2025)

71. Friedman M. J., McEwen B. S. Posttraumatic stress disorder, allostatic load, and medical illness // *Psychiatric Annals*. – 2004. – Т. 34, № 1. – С. 7–17. – URL: https://www.researchgate.net/publication/289049329_Posttraumatic_stress_disorder_allostatic_load_and_medical_illness (дата звернення: 30.09.2025)

72. Yehuda R., Engel S. M., Brand S. R., Seckl J., Marcus S. M., Berkowitz G. S. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy // *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. – 2005. – Т. 90, № 7. – С. 4115–4118. – DOI: 10.1210/jc.2005-0550. – URL: <https://academic.oup.com/jcem/article/90/7/4115/2835527> (дата звернення: 30.09.2025)

73. Keane T. M., Kaloupek D. G. Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies // In: *Psychological Trauma*. – Washington, DC: American Psychological Association, 1997. – С. 19–34. – URL: <https://psycnet.apa.org/record/1997-97356-002> (дата звернення: 30.09.2025)

74. Morland L. A., Goebert D., Onoye J., Matsu C., Friedman M., Saltzman L., Hawai'i Consortium for Integrative Trauma Studies. Posttraumatic stress disorder and pregnancy: prevalence, risk factors, and relationship to birth outcomes // *Archives of Women's Mental Health*. – 2007. – Т. 10, № 4. – С. 223–230. – DOI:

10.1007/s00737-007-0197-0. — URL:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-007-0197-0> (дата звернення:
 30.09.2025)

75. Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework // *Psychological Medicine*. — 2016. — Т. 46, № 6. — С. 1121–1134. — DOI: 10.1017/S0033291715002706. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/aetiology-of-posttraumatic-stress-following-childbirth-a-metaanalysis-and-theoretical-framework/> (дата звернення: 30.09.2025)

76. Ford E., Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict post-traumatic stress symptoms // *Psychology & Health*. — 2011. — Т. 26, № 12. — С. 1548–1563. — DOI: 10.1080/08870446.2010.533751. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2010.533751> (дата звернення: 30.09.2025)

77. Grekin R., O'Hara M. W. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. — 2014. — Т. 34, № 5. — С. 389–401. — DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.003. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814000831> (дата звернення: 30.09.2025)

78. Ford J. D., Courtois C. A., Steele K., van der Hart O., Nijenhuis E. R. S. Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation // *Journal of Traumatic Stress*. — 2010. — Т. 23, № 5. — С. 522–531. — DOI: 10.1002/jts.20536. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20536> (дата звернення: 30.09.2025)

79. King D. W., King L. A., Bolton E. E., Knight J. A. Risk factors for posttraumatic stress disorder: cognitive, emotional, and behavioral components // *Journal of Traumatic Stress*. — 2017. — Т. 30, № 5. — С. 467–475. — DOI: 10.1002/jts.22212. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22212> (дата звернення: 30.09.2025)

80. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. – New York: Basic Books, 1973. – 429 p. – URL: <https://archive.org/details/attachmentlossvo0000bowl> (дата звернення: 30.09.2025)
81. Madigan S., Bakermans-Kranenburg M. J., van IJzendoorn M. H., Moran G., Pederson D. R., Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parenting behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap // *Attachment & Human Development*. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 89–111. – DOI: 10.1080/14616730600774458. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730600774458> (дата звернення: 30.09.2025)
82. Garthus-Nigel S., Horsch A., Ayers S., von Soest T., Eberhard-Gran M. The impact of postpartum posttraumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, prospective study // *Psychological Medicine*. – 2017. – Т. 47, № 1. – С. 161–170. – DOI: 10.1017/S0033291716000187. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/impact-of-postpartum-ptsd-on-child-development/> (дата звернення: 30.09.2025)
83. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B. F., Hasin D. S. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // *Archives of General Psychiatry*. – 2008. – Т. 65, № 7. – С. 805–815. – DOI: 10.1001/archpsyc.65.7.805. – URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482176> (дата звернення: 30.09.2025)
84. Monzon C. A., MacKinnon A. L., Howe N., Bennett S., Hurley K., Stewart D. E. Mood and anxiety disorders in postpartum women: associations with personality and social support // *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – Т. 164. – С. 126–133. – DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.018. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714002668> (дата звернення: 30.09.2025)

85. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p. – URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (дата звернення: 30.09.2025)

86. Beck C. T. Predictors of postpartum depression: an update // Nursing Research. – 2001. – Т. 50, № 5. – С. 275–285. – DOI: 10.1097/00006199-200109000-00004. URL: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2001/09000/Predictors_of_Postpartum_Depression__An_Update.8.aspx (дата звернення: 30.09.2025)

87. O'Hara M. W., Swain A. M. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis // International Review of Psychiatry. – 1996. – Т. 8, № 1. – С. 37–54. – DOI: 10.3109/09540269609037816. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540269609037816> (дата звернення: 30.09.2025)

88. Brummelte S., Galea L. A. M. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care // Hormones and Behavior. – 2016. – Т. 77. – С. 153–166. – DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X15001881> (дата звернення: 30.09.2025)

89. Banti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani M. S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G. B. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum: prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression // Archives of Women's Mental Health. – 2011. – Т. 14, № 4. – С. 297–307. – DOI: 10.1007/s00737-011-0229-5. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-011-0229-5> (дата звернення: 30.09.2025)

90. Rasmussen M.-L. H., Strøm M., Wohlfahrt J., Videbech P., Melbye M., Mortensen P. B. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history // PLoS Medicine. – 2017. – Т. 14,

№ 9. – Article e1002392. – DOI: 10.1371/journal.pmed.1002392. URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002392>

(дата звернення: 30.09.2025)

91. Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R., Cooper P. J. The impact of postnatal depression on mother–infant interactions and infant development // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1996. – Т. 37, № 8. – С. 917–935. – DOI: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01490.x. URL: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01490.x>

(дата звернення: 30.09.2025)

92. Stein A., Pearson R. M., Goodman S. H., Rapa E., Rahman A., McCallum M., Howard L. M., Pariante C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child // *The Lancet*. – 2014. – Т. 384, № 9956. – С. 1800–1819. – DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61277-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61277-0/fulltext)

(дата звернення: 30.09.2025)

93. Pope C. J., Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research // *Depression Research and Treatment*. – 2016. – Article 4765310. – DOI: 10.1155/2016/4765310. URL: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2016/4765310/> (дата звернення: 30.09.2025)

94. Letourneau N. L., Dennis C.-L., Benzies K., Duffett-Leger L., Stewart M., Tryphonopoulos P. D., Watson B., ... A. Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children // *Issues in Mental Health Nursing*. – 2012. – Т. 33, № 7. – С. 445–457. – DOI: 10.3109/01612840.2012.673054. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2012.673054> (дата звернення: 30.09.2025)

95. Goodman J. H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health // *Journal of Advanced Nursing*. – 2004. – Т. 45, № 1. – С. 26–35. – DOI: 10.1046/j.1365-

2648.2003.02857.x. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x> (дата звернення: 30.09.2025)

96. Davey S. J., Dziurawiec S., O'Brien-Malone A. Men's voices: postnatal depression from the perspective of male partners // *Qualitative Health Research*. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 206–220. – DOI: 10.1177/1049732305281950. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732305281950> (дата звернення: 30.09.2025)

97. Вознесенська О. Л. Психологічні особливості переживання жінками травматичного досвіду в перинатальному періоді // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. – 2019. – Вип. 2. – С. 56–62. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-2-9> (дата звернення: 30.09.2025)

98. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. – New York: Basic Books, 2015. – 336 p. URL: <https://www.basicbooks.com/titles/judith-l-herman/trauma-and-recovery/9780465061716/> (дата звернення: 30.09.2025)

99. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1983. – Т. 24, № 4. – С. 385–396. – URL: <https://www.jstor.org/stable/2136404> (дата звернення: 30.09.2025)

100. Kersting A., Wagner B. Complicated grief after perinatal loss // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 187–194. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/> (дата звернення: 30.09.2025)

ДОДАТКИ

Додаток 1

Опитування 1

Психологічні особливості адаптації до вагітності та подолання ознак ПТСР

Дякуємо за участь у цьому анонімному опитуванні.

Мета опитування — оцінити психоемоційний стан жінок у зв'язку з вагітністю, які мали досвід психотравмуючих подій.

Участь добровільна, а відповіді **повністю анонімні!**

Зірочка () указує, що запитання обов'язкове*

1. *

Виберіть усе, що підходить.

☐ Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою.

Загальний блок

2. Вікова категорія *

Виберіть лише один варіант.

☐ 16-21

☐ 22-28

☐ 29-35

☐ 35-40

☐ 41-50+

7. Чи маєте дітей? Якщо так, то скільки? *

Виберіть лише один варіант.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Досвід психотравмуючих подій, які можуть мати вплив на ваш психоемоційний стан

8. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку зі смертю близької людини ? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

9. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку зі зміною місця перебування? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

10. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з проживанням на територіях поблизу бойових дій? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

11. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з втратою або пошкодженням
домівки або власного майна? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

12. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з війною загалом? Якими
саме? *

13. На вашу думку, чи маєте ви інший досвід психотравмуючих подій? Якщо
так, то яких? *

**Досвід психотравмуючих подій дитинства, які можуть мати вплив на
ваш психоемоційний стан**

14. Який склад родини ви мали в дитинстві? *

Виберіть усе, що підходить.

- ☐ Тато, мама, дитина
☐ Тато, дитина
☐ Мама, дитина
☐ Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
☐ Бабусі/дідусі і дитина
☐ Дитина і далекі родичі
☐ Дитина
☐ Інше: _____

15. Чи були у вашому дитинстві випадки насилля до вас або вашого оточення? *

Виберіть усе, що підходить.

- ☐ Ні
☐ Так, фізичне
☐ Так, психологічне
☐ Так, сексуальне
☐ Так, економічне

16. Скільки дітей було у родині, де ви народились? *

Виберіть лише один варіант.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Якщо маєте братів/сестер, чи відчуваєте зараз на них образи, ревності, несправедливість? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Так
☐ Ні

18. Чи були у вашому дитинстві психотравмуючі події, які могли б мати вплив на ваш психоемоційний стан? *

Досвід психотравмуючих подій, пов'язаних з вагітностями, які можуть мати вплив на ваш психоемоційний стан

19. Чи стикалися ви з непліддям? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

20. Чи мали ви втрати вагітності? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

21. На якому терміні вагітності відбувалися втрати ? *

Виберіть усе, що підходить.

☐ не було втрат

☐ перший триместр вагітності

☐ другий триместр вагітності

☐ третій триместр вагітності

☐ під час пологів

22. Чи мали ви досвід передчасних пологів ? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

23. Чи мали ви досвід смерті дитини у перший рік життя? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

24. Чи мали ви досвід смерті дитини у будь-якому віці? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

25. Чи мали ви загрози переривання вагітностей? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

26. Чи мали ви досвід акушерського насильства? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

27. Чи маєте ви діагнози, які можуть перешкоджати настанню вагітності та виношуванню? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

28. Чи мають ваші близькі родичі чи друзі досвід перинатальних втрат? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

29. Чи були у вас інші психотравмуючі події, пов'язані з вагітністю, які можуть мати вплив на ваш психоемоційний стан? *

Робота на психоемоційним станом

30. Чи працювали ви з психологом? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

31. Якщо працювали з психологом то к часто та яка тривалість співпраці? *

32. Якщо ви працювали з психологом, то у якому підході була ваша співпраця? *

33. Чи мали ви досвід групової терапії? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Так
☐ Ні

34. Чи вивчали ви літературу, пов'язану з вашими психотравмуючими подіями? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Так
☐ Ні

35. Чи приймали ви медикаментозну терапію для покращення психоемоційного стану? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

36. Чи мали ви погіршення психоемоційного стану у вагітність? *

Виберіть лише один варіант.

☐ Так

☐ Ні

37. Що допомагало у вагітність підтримувати себе? *

38. Який варіант психологічної допомоги ви вважаєте найкращим для себе та чому? *

39. Чи вважаєте ви за потрібне коригувати свій психоемоційний стан на етапі *
підготовки до вагітності та самої вагітності?

Опитування 2

Шкала сприйманого стресу (PSS-10)

Дякуємо за участь у цьому анонімному опитуванні.

Шкала сприйнятого стресу (PSS) – класичний інструмент для оцінки рівня стресу. Хоча шкала була розроблена 1983 року, вона залишається популярною тому, що допомагає зрозуміти, як різні ситуації впливають на наші почуття і стрес, який ми відчуваємо. Питання, включені в цю шкалу, стосуються почуттів і думок протягом останнього місяця. У тесті необхідно вказати, як часто у вас виникали певні думки або почуття. Може здатися, що деякі питання подібні, проте між ними є відмінності. Тому розглядайте кожне питання окремо. Найкращий спосіб це зробити – відповідати швидко. Тобто не намагайтеся підрахувати, скільки разів ви відчували певні почуття, а вказуйте приблизно.

Участь добровільна, а відповіді повністю анонімні!

Зірочка () указує, що запитання обов'язкове*

1. *

Виберіть усе, що підходить.

☐ Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою.

Розділ без назви

2. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

3. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

6. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

7. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

8. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

10. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю? *

Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

11. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати? *

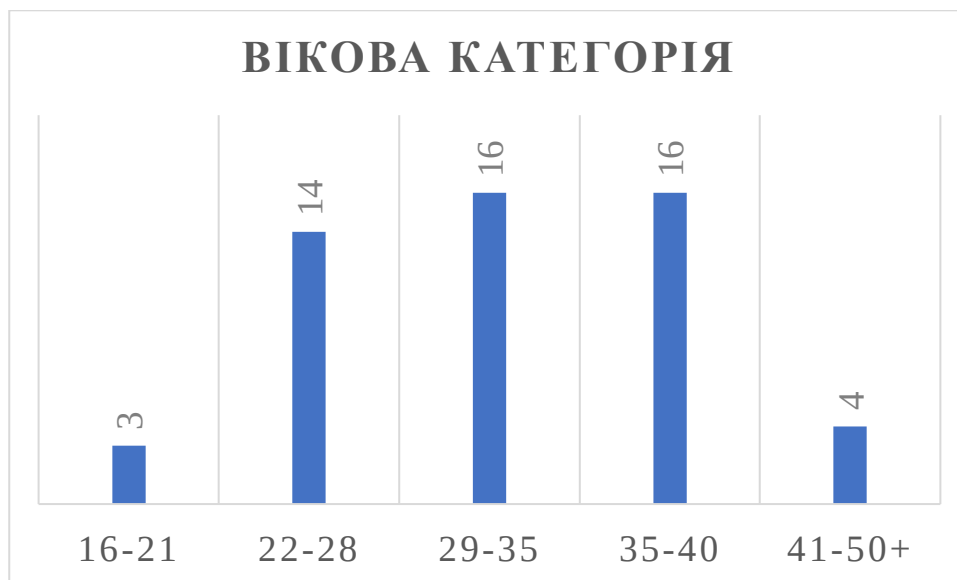
Виберіть лише один варіант.

- ☐ Ніколи
☐ Майже ніколи
☐ Іноколи
☐ Доволі часто
☐ Часто

Результати Опитування 1

1. Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою. – 53 позначки

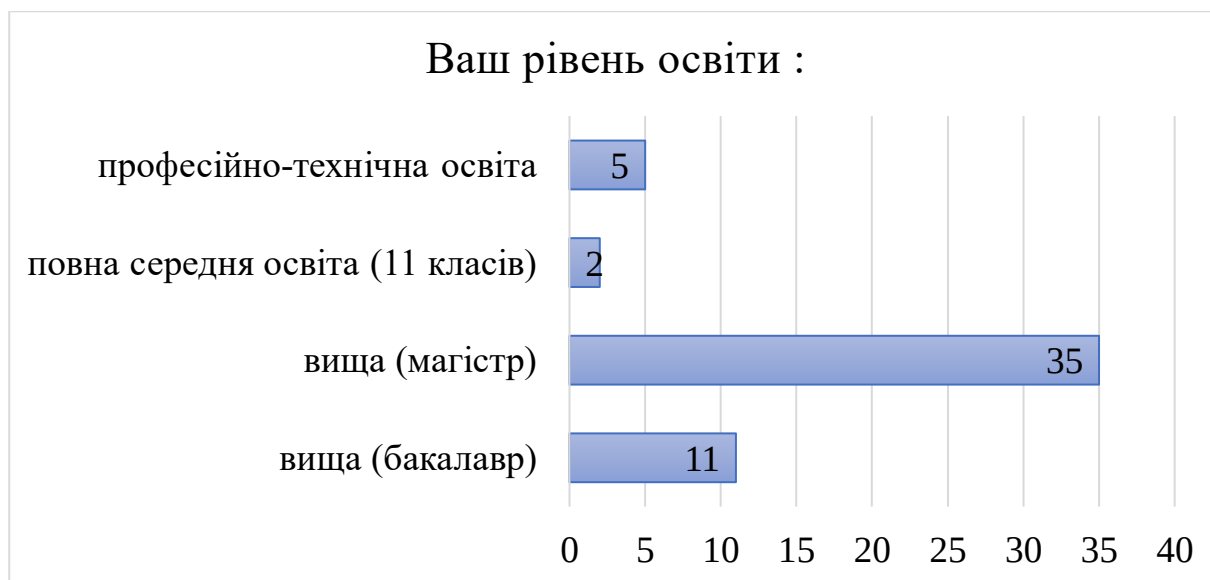
2. Вікова категорія



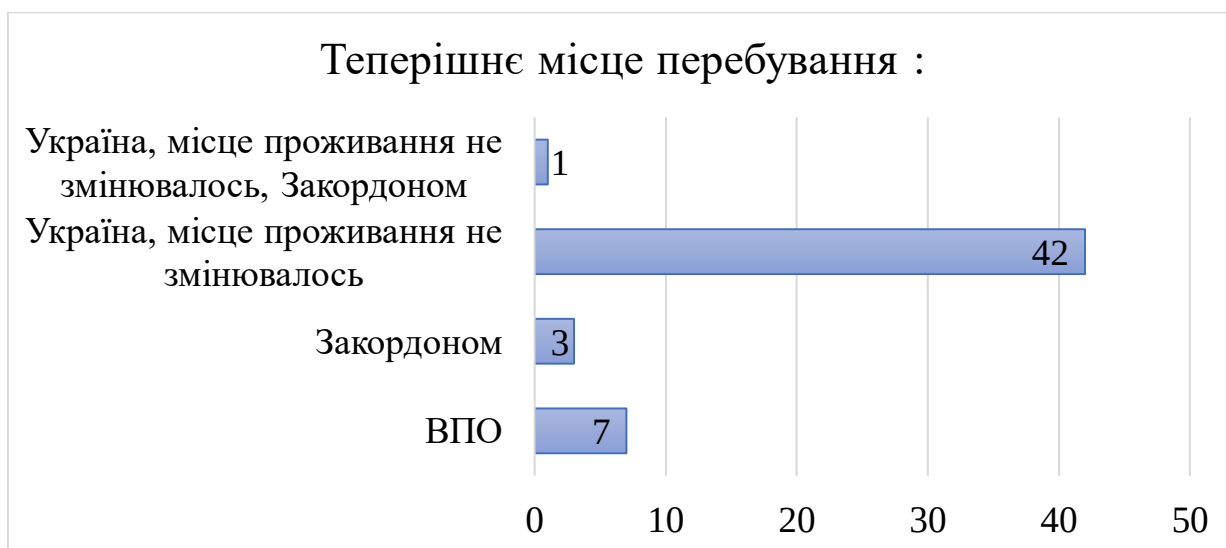
3. Сімейний стан



4. Ваш рівень освіти



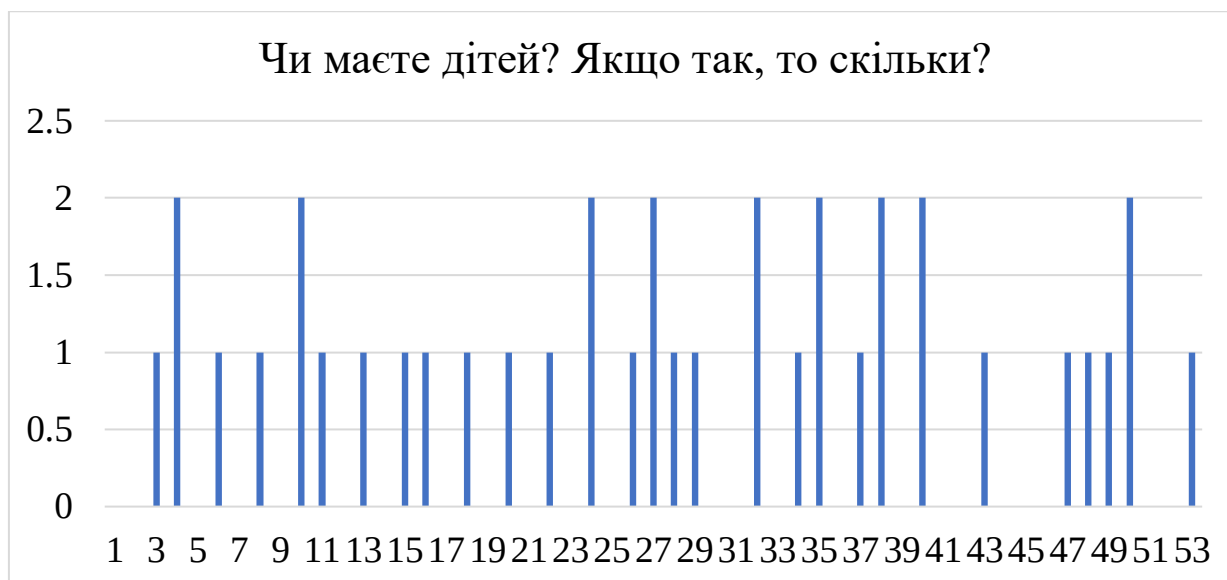
5. Теперішнє місце перебування



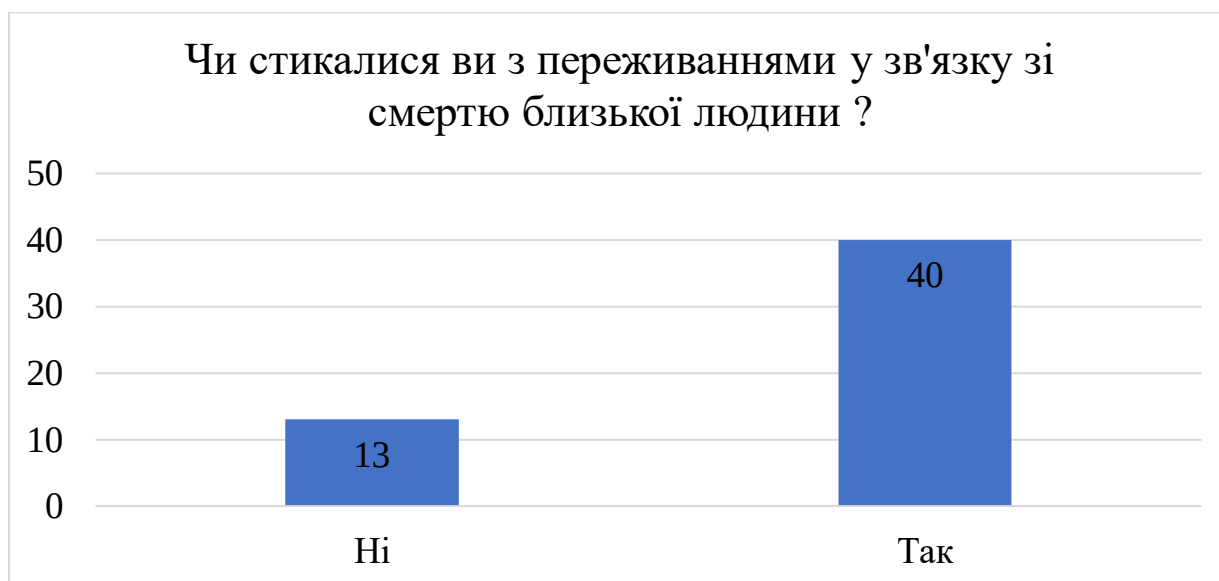
6. Чи мали вагітності? Якщо так, то скільки?



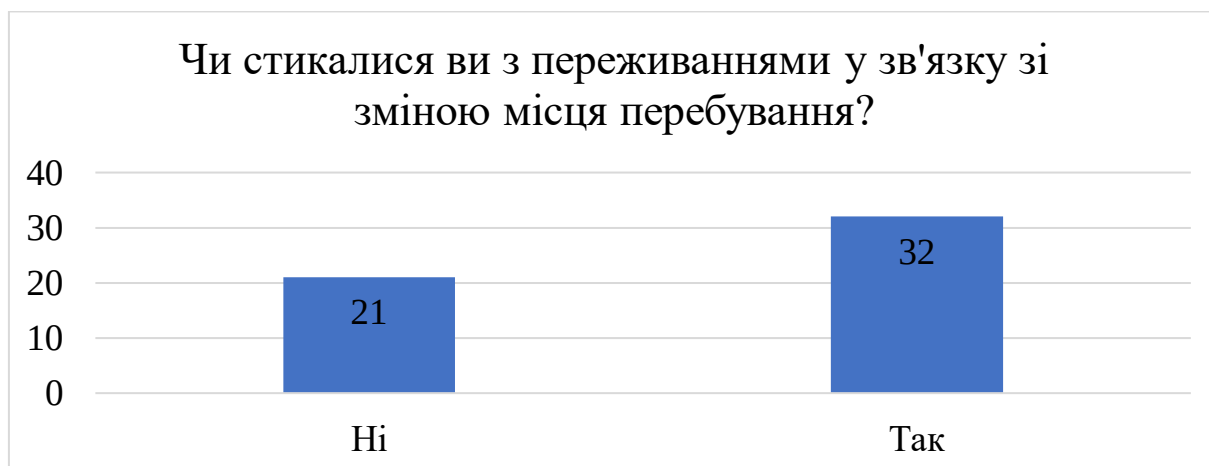
7. Чи маєте дітей? Якщо так, то скільки?



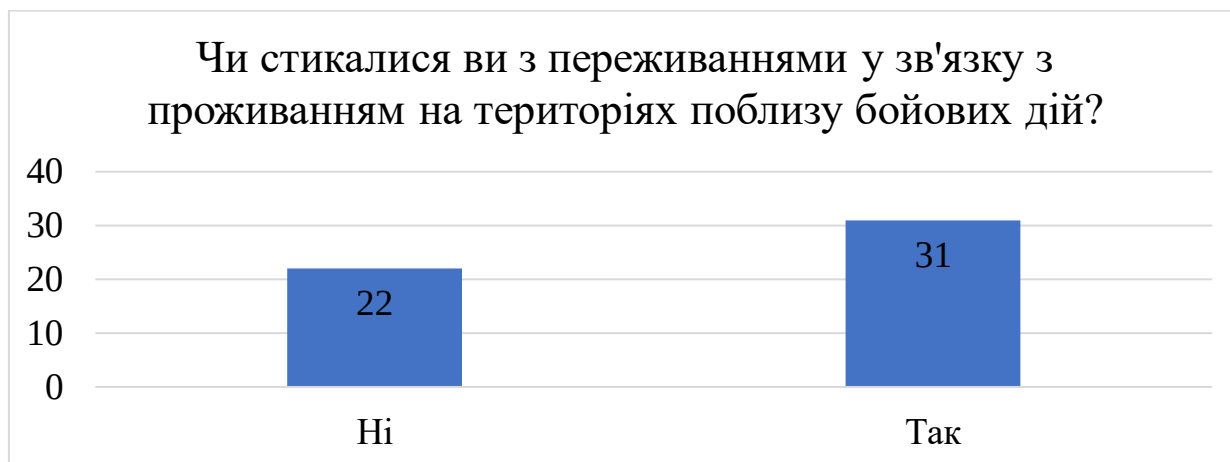
8. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку зі смертю близької людини ?



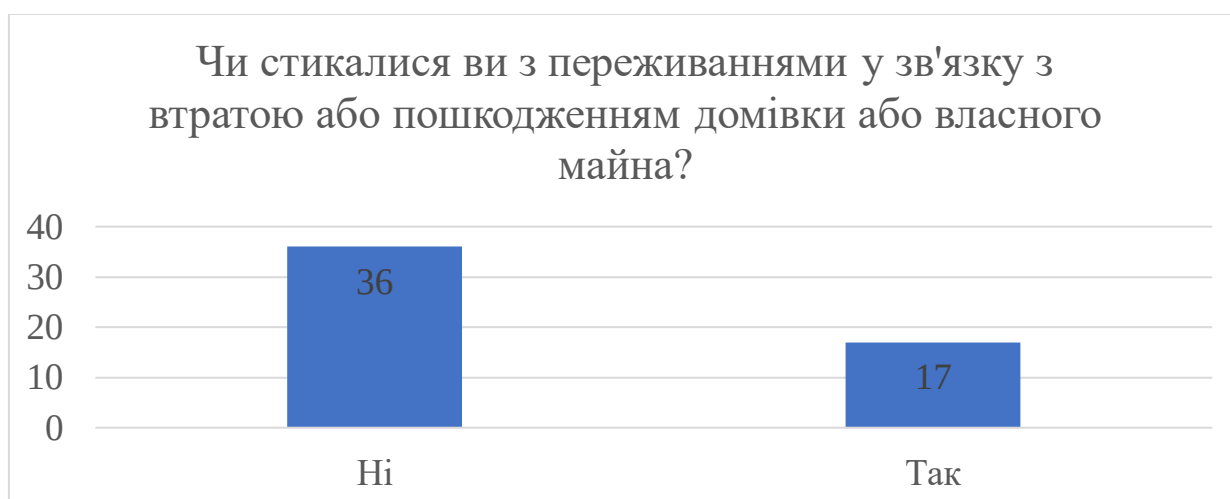
9. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку зі зміною місця перебування?



10. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з проживанням на територіях поблизу бойових дій?



11. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з втратою або пошкодженням домівки або власного майна?



12. Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з війною загалом? Якими саме?

Чи стикалися ви з переживаннями у зв'язку з війною загалом? Якими саме?
Так, переїзд на початку війни, страх втрати (будь це домівка, рідні чи сама я)
Так, постійні небезпеки та тривога за життя
Можливість окупації, перебування чоловіка під обстрілами
Втрата вагітності
-
Так
Тільки в перший місяць, страх
Так , страх смерті рідних і мене

Страх за безпеку близьких людей, за чоловіка військовослужбовця, втрата роботи, страх від обстрілів і втрата відчуття безпеки
Сильний страх що чоловіка відправлять воювати
Проживание в зоне боевых действий, страх за свою жизнь
Так, я не відчуваю себе в безпеці
Страх під час обстрілів
Проживаю поруч із об'єктом, який постійно обстрілюють різними засобами, а квартира знаходиться на верхніх поверхах.
Так, було страшно що окупанти зайдуть, знищать все та будуть катувати чи убивати. А також було страшно що може бути голод і тд
Що вона ніколи не закінчиться. Що будуть страждати наші діти
Страх втратити близьких
Панічні атаки
Я б не назвала це переживаннями, але у зв'язку з війною слід вирішувати наслідки з якими стикаєшся - в 2014 під час АТО була вимушена виїхати з рідного міста Луганська, тоді ще було таке, що ніхто не погоджувався сдавати житло луганчанам та дончанам, тож звісно були певні складнщі, які треба було подолати.
В 2022 під час повномасштабного вторгнення знаходилась в Бучі, два тижні знаходилась в окупованому місті, потім вийшло виїхати. До повномаштаки придбали житло на стадії будівництва, по будинку були прильоти, пошкодження відновлювали за власний кошт.
Наразі ВПО, в місті де мешкаю не маю рідних або друзів. З усіма родичами та друзями лише спілкуємось час від часу по телефону.
Не розуміння що буде далі + чоловік був на війні
Переживання за близьких, що в будь-який момент можеш втрати
Страх смерті, несправедливість, жах, безпорадність.
Чоловік військовий
Що захоплять Київ
Втрата вагітності, загибель близьких
На початку війни постійно боялась, що в мій будинок прилетить ракета. Маніакально боялась тривоги і чужих людей
Так
Чоловік військовий
Ні
Страх втратити близьких

Мене бісить війна в цілому. Хочеться скоріш стабільності.
Була змушена покинути домівку через війну і досі живу не вдома
Втратила бабусю під час війни, від ракети, не могла зв'язатись з татом, сестрою і племінниками, вони були в окупації, приходили з обшуками і забрали чоловіка сестри на підвали
Мама знаходилась на окупованій території 3,5 роки
Так, тато першої дитини загинув на війні
Так, страх на початку війни, стрес за рідних з приводу мобілізації, стрес при прильотах в нашу громаду, стрес при бусифікації чоловіка 😊
Смерть рідних людей, підвищена тривожність після народження дитини за її життя
Переживання у зв'язку з вибухами, потім за близьких і тих хто постраждав і не має змоги виїхати
Невідомість, переїзд, стрес
Шок та емоційний стрес
Пугала неізвестность в то время. Сейчас все равно
Втрата «минулого» життя, переїзд друзів за кордон, рік мого життя закордоном у ролі біженця, відносини на відстані, переживання за близьких які в Україні
Страх за життя дитини, бусифікація
Вимушені переїзди на час блекауту, пошкодження майна від вибухової хвилі, біганина в укриття та недосип через обстріли або перебування в укритті
Ні
Була контузія в результаті прильоту ракети поруч з будинком
Страх за життя, погіршення соціального рівня життя,
Страх, нерозуміння, безпорадність, розгубленість, зневіра
Тривоги
Страх за життя своє і рідних
.
Втрата життя, рідних
Тривожність з приводу збиття шахедів та ракет, прильоти ракет

13. На вашу думку, чи маєте ви інший досвід психотравмуючих подій? Якщо так, то яких?

Так
Еміграція
Дитинство
Втрати вагітності
Безпліддя, хвороби рідних
Ні
-
Ні
Потеря дітей під час вагітності (була двійня)
Ні
Втрата близької людини в шкільному віці, зміна школи, розлучення
Складні відносини з мамою
Смерть близького человека
Маю, мої завмерлі вагітності
Ні
Вимушені були поспіхом організувати переїзд батьків та вивезення їх майна з населеного пункту неподалік від фронту, що припало на 2-3 місяць вагітності.
Ні
Багато. Смерть близьких, свідок ДТП, родова травма у дитини це перше що приходить на думку
Так. Втрата вагітностей
Викидні
Завмерла вагітність
Стосунки з батьком.
Втрата
Фізичне, психологічне, фінансове насилля.
Втрата вагітності
Моя тітка загинула на моїх очах.
Ні
Ні

Ні
Смерть рідних
Не маю
Полон чоловіка
Так, в дитинстві померла мама.
Дві завмерлі вагітності протягом року
Померла мама від раку перед війною
Розлучення
Мало уваги у дитинстві, смерть близьких, аборт
Завмерлі вагітності та безпліддя
Ні
Не знаю
Ні
Ні
Да. Больше всего травмирующий это смерть близкого и измена
Ні
Смерть першої дитини, алкоголізм батьків, дитинство без батьків
смерть близьких людей; вимушений переїзд/втеча з початку повномасштабного вторгнення
Не можу сказати
Так, втрата вагітностей
Втрата вагітності
Ні
Втрати вагітності
Так, алкоголізм в родині
.
Булінг
Ні

14. Який склад родини ви мали в дитинстві?

Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Мама, сестра, бабуса	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Мама, дитина, Бабусі/дідусі і дитина	Мама, дитина
Бабусі/дідусі і дитина, Дитина і далекі родичі	Тато, мама, дитина
Дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Мама, дитина, вітчим, бабуса	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Мама, дитина
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі, Бабусі/дідусі і дитина	Тато, мама, дитина, Бабусі/дідусі і дитина
Тато, мама, дитина	тато, мама, сестра, бабуса і ще багато
Мама, дитина	близьких родичів постійно поруч
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина
Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі	Тато, мама, дитина
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина, бабусі і дідусі
Тато, мама, дитина	Тато, мама, дитина

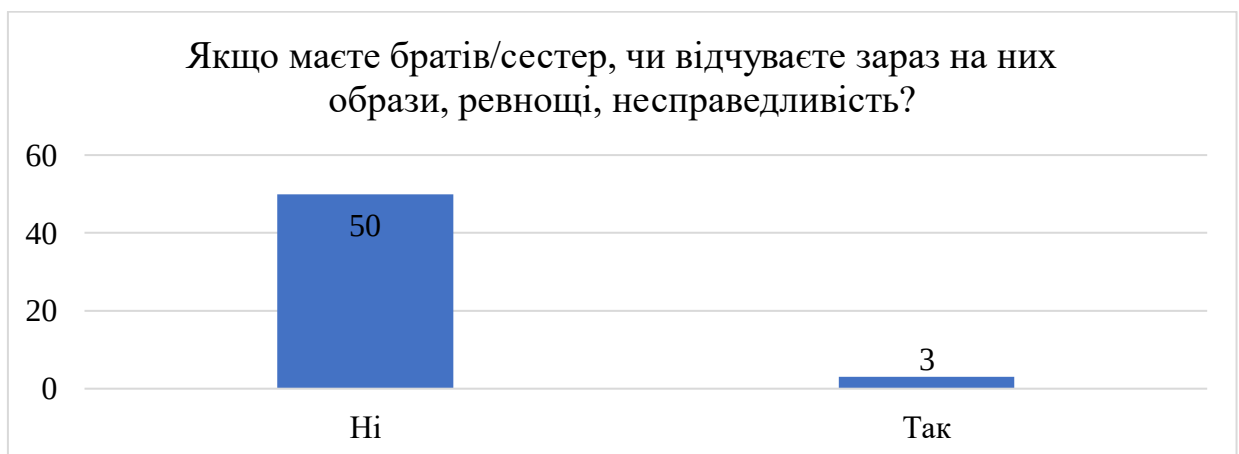
15. Чи були у вашому дитинстві випадки насилля до вас або вашого оточення ?

Так, фізичне, Так, психологічне	Так, фізичне, Так, психологічне, Так, економічне
Ні	Ні
Так, психологічне	Так, фізичне
Ні	Ні
Ні	Так, фізичне, Так, психологічне
Ні	Так, психологічне
Ні	Ні
Ні	Так, психологічне
Ні	Так, фізичне
Так, психологічне	Ні
Так, психологічне	Ні
Ні	Ні
Ні	Так, психологічне
Ні	Так, фізичне, Так, психологічне
Ні	Ні
Так, фізичне, Так, психологічне	Так, фізичне, Так, психологічне, Так, сексуальне, Так, економічне
Так, фізичне, Так, психологічне	Так, фізичне, Так, психологічне
Ні	Ні
Ні	Так, фізичне, Так, психологічне
Так, фізичне	Ні
Ні	Ні
Так, фізичне, Так, психологічне, Так, економічне	Ні
Так, фізичне	Ні
Ні	Так, фізичне, Так, психологічне, Так, сексуальне
Ні	Ні
Так, фізичне, Так, психологічне	Так, фізичне, Так, психологічне
Так, економічне	Так, фізичне, Так, психологічне

16. Скільки дітей було у родині, де ви народились?



17. Якщо маєте братів/сестер, чи відчуваєте зараз на них образи, ревності, несправедливість?



18. Чи були у вашому дитинстві психотравмуючі події, які могли б мати вплив на ваш психоемоційний стан?

Так
так, відсутність фінансів та залежність батька (алкогольна)
Так
Смерть батька
-
Ні
Батько алкоголік

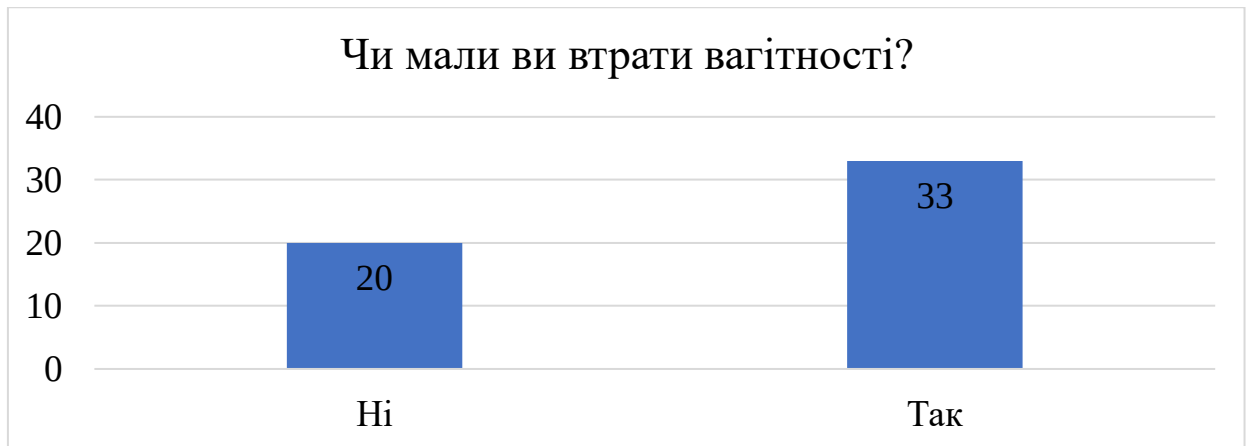
Ні
Смерть бабусі яка займалась моїм вихованням, відсутність в моєму житті батьків (мама має невиліковну хворобу, з татом розлучені)
Психологічний тиск мами, неприйняття мене, маніпуляції, відсутність емоційної близькості
Алкоголізм родителів
не впевнена що були
Так, коли мама їздила на навчання на 2-3 тижні , навчалась на заочній формі
Ні
Не було
Так
Так, алкогольна залежність тата
Булінг
Не було
Звичайно. Батько бив дуже сильно. Батьки часто сварилися. Мама в жертві повній.
Ні
Тривале фізичне, психологічне, економічне насильство з боку батьків.
Ні
Моя тітка загинула на моїх очах.
Ні
Знущались в школі, щодо моєї зайвої ваги. На сьогоднішній день я постійно собі не подобаюсь, постійно шукаю недоліки. Постійно моя вага для мене не в нормі і я себе не сприймаю
Так
Звичайно
Ні
Алкоголізм батька
Смерть мами
Більше в підлітковому віці
Тато пив і бив маму
Смерть тата, коли мені було 12 років
Дуже мало уваги, батьки майже не сліdkували за мною, я бунтувала

Не пам'ятаю
Ні
Мама залишила мене у 5 років на виховання бабусі на 4 роки. Вважаю що це подія
Ні
Так алкоголізм батька
Да, плохие отношения с отцом
Розлучення/ сварки батьків
Так, алкоголізм та агресія батьків
так
Ні
Так
Низька самооцінка. Події не було
Ні
Ні
Жила якийсь час з бабусею без батьків
Ні
Так
Так

19. Чи стикалися ви з непліддям?



20. Чи мали ви втрати вагітності?



21. На якому терміні вагітності відбувалися втрати ?

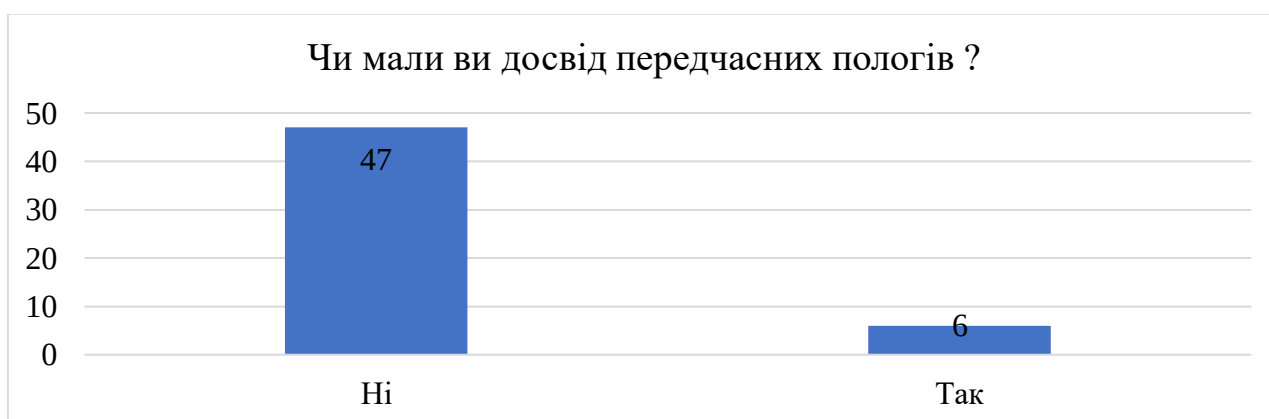
не було втрат
перший триместр вагітності
не було втрат
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
другий триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
не було втрат
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності

перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
не було втрат
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності
не було втрат
не було втрат
не було втрат
не було втрат
не було втрат
не було втрат
перший триместр вагітності
не було втрат
не було втрат
не було втрат
перший триместр вагітності
не було втрат
не було втрат

не було втрат
другий триместр вагітності
не було втрат
не було втрат
перший триместр вагітності, третій триместр вагітності
перший триместр вагітності, другий триместр вагітності
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності, другий триместр вагітності

третій триместр вагітності
не було втрат
другий триместр вагітності
перший триместр вагітності
не було втрат
перший триместр вагітності
перший триместр вагітності, другий триместр вагітності

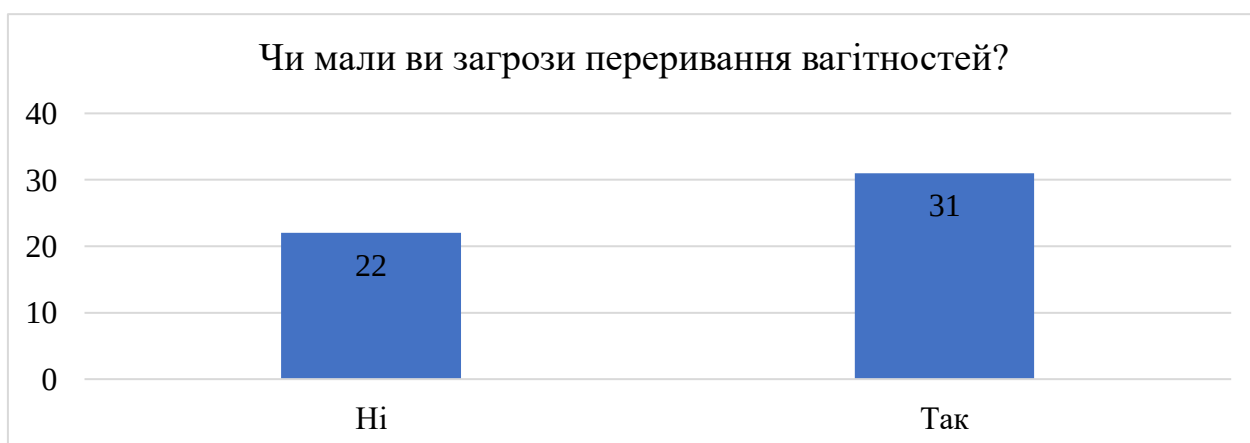
22. Чи мали ви досвід передчасних пологів ?



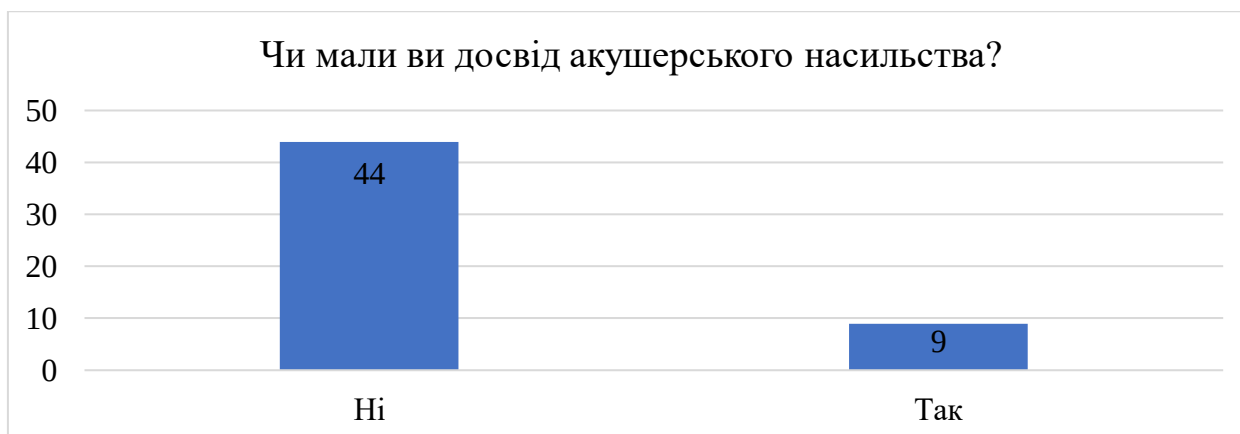
23. Чи мали ви досвід смерті дитини у перший рік життя? – Ні (53 відповіді)

24. Чи мали ви досвід смерті дитини у будь-якому віці? – Ні (53 відповіді)

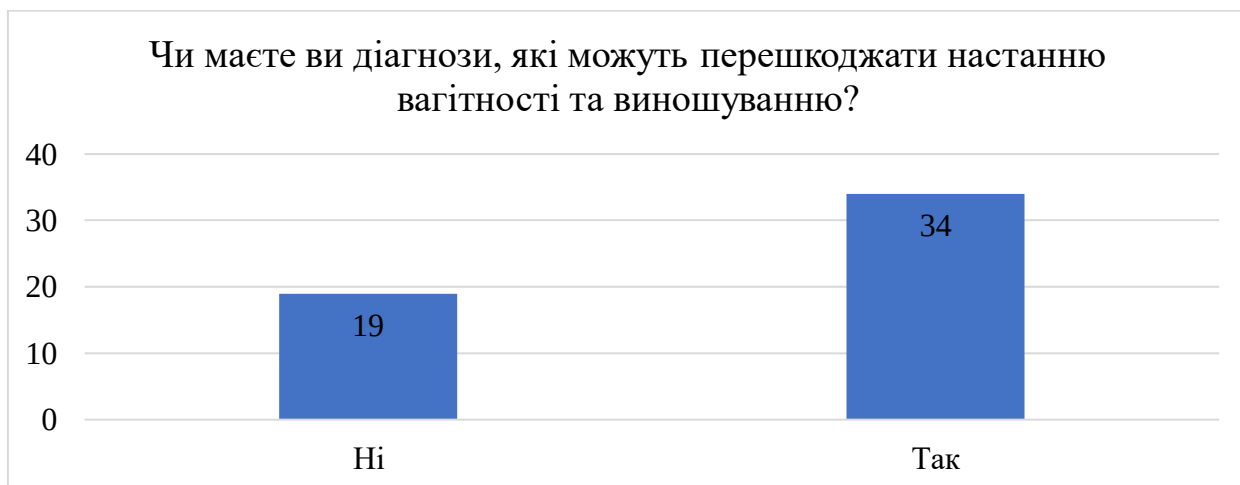
25. Чи мали ви загрози переривання вагітностей?



26. Чи мали ви досвід акушерського насильства?



27. Чи маєте ви діагнози, які можуть перешкоджати настанню вагітності та виношуванню?



28. Чи мають ваші близькі родичі чи друзі досвід перинатальних втрат?



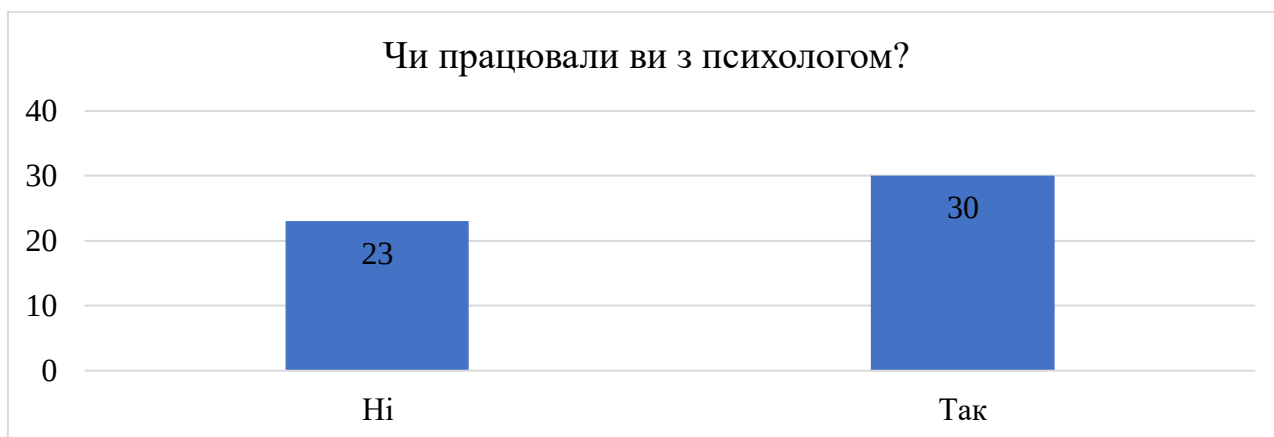
29. Чи були у вас інші психотравмуючі події, пов'язані з вагітністю, які можуть мати вплив на ваш психоемоційний стан?

Ні
ні
Ні
Ні
-
Війна
Тгар-синдром при вагітності. Потеря першого плоду на 14 тижнях, переривання вагітності по мед.показам на 24 тижнях.
Так
Так, втрата вагітності на ранньому терміні
Недовіра лікарям, історії втрат інших дівчат
Нет
ні
Перша вагітність - медикаментозне переривання і потім 7 років безпліддя
Мала трубну вагітність, що викликало страх повторення. Я народилась недоношеною, що викликало страх повторення ситуації в мене під час вагітності
Було страшно на УЗД ходити дуже
Так, я не довіряю лікарям після пологів. Як то кажуть десять раз відмір, один відріж. Слухаю думку декількох лікарів перш ніж почати лікування
Позаматкові вагітності
Ні
Не настання вагітності, "складні" стосунки з партнером
Ні
Втрати в першому триместрі
Страх, що дитині помре до народження. Спочатку після кровотечі на 7 тижні, потім через поганий кровотік в маткових артеріях, затримку росту плоду, діагнози спадкових тромбофілій. Страх, що під час пологів щось піде не так, і дитина помре або буде дуже хворою. Відсутність опції кесарського розтину за бажанням в нашій країні – для мене насильство на рівні зі згвалтуванням. Чим ближче були пологи, тим сильніший був страх, що мене змусять народжувати природньо, я не могла лежати в положенні, в якому зазвичай народжують,

починала плакати і панікувати, мала порушення сну, не могла спати. Але такий страх теж не показ до кесарського, що абсолютно антилюдяно.
Ні
Ні
Біохімічна вагітність
Ні
Ні
Так, що дитина може померти
Ні
Ні
Ні
Викидень дуже похитнув психіку і здоров'я, подальша завмерла вагітність розбила серце
Ні
Я не сприймала своє тіло, набрала 23 кг
Так, дуже важка друга вагітність, багато переживать, складні моменти з чоловіком, наразі маю депресивно-тривожний розлад + післяпологова депресія
Незнаю
Ні
Ні
Працюю дитячим нейропсихологом, кожен день бачу діток з діагнозами , страх за свою дитину
Так ликворея
Нет
Не була вагітна
Постановка діагнозу, який перешкоджає виношуванню, смерть першої дитини
так
Ні
Так
Ні
Ні
СТРАХ

Втрата дитини в кінці вагітності у родичів
Ні
Так
Ні

30. Чи працювали ви з психологом?



31. Якщо працювали з психологом то к часто та яка тривалість співпраці?

1.5 років
-
Ні
Не працювала
-
Не працювала
Раз на тиждень, було 6 зустріч.
Не працювала
Не працювала
1.5 року 1 раз в 1-2-3 тижні
7 лет
працюю зараз
Періодично за потребою
Ні
-

Рік, 1 раз 1-2 тижні
Щотидня, орієнтовно 6 місяців
Не дуже часто, близько 6 місяців
-
Працюю 5 років. Зараз 1 раз намітять, два
Ні
Раз на 2 тижні, 2 роки
Раз в тиждень два місяці
Не працювала
-
Не працювала
—
Пів року
-
Майже кожні 10 днів протягом року
Буда на 5 ти сеансах
4-5 сеансів КПТ
Не довго ,кілька місяців
Двічі на тиждень трохи більше року
Декілька сеансів, відправили до психіатра
Самостійно курси проходила з перевіркою домашніх завдань
Не працювала з психологом
3 сесії
Один раз на тиждень , протягом 3 років
3 місяці
Раз в неделю. Первый раз терапия длилась месяца 2/3, перестала из-за недостатка средств. В данный момент снова в терапии месяц
Півроку
1.5 роки
4 роки на постійній основі з деякими перервами
Не працювала

До 5 сесій
1 раз на тиждень близько року. І до цього були 2 невдалі спроби
Не співпрацювала
2 сеанси
3 роки, щотижня
Не працювала
Ні
Ні

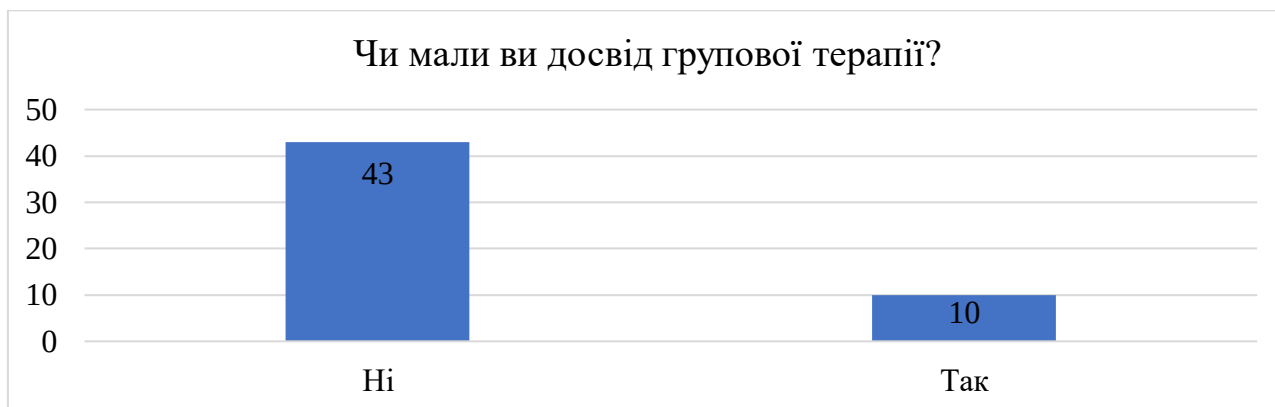
32. Якщо ви працювали з психологом, то у якому підході була ваша співпраця?

Психоаналіз
-
Ні
Не працюю
-
Ні
Психоаналіз і класична психотерапія
-
Не маю такого досвіду
Гештальт, більше працювала над відносинами з мамою
Психоанализ и гештальт
не знаю, але мені допомагає
Спілкування
Ні
-
В основному гештальт, психодрама, трішки растановки
КПТ
Онлайн
-
Псизосоматика

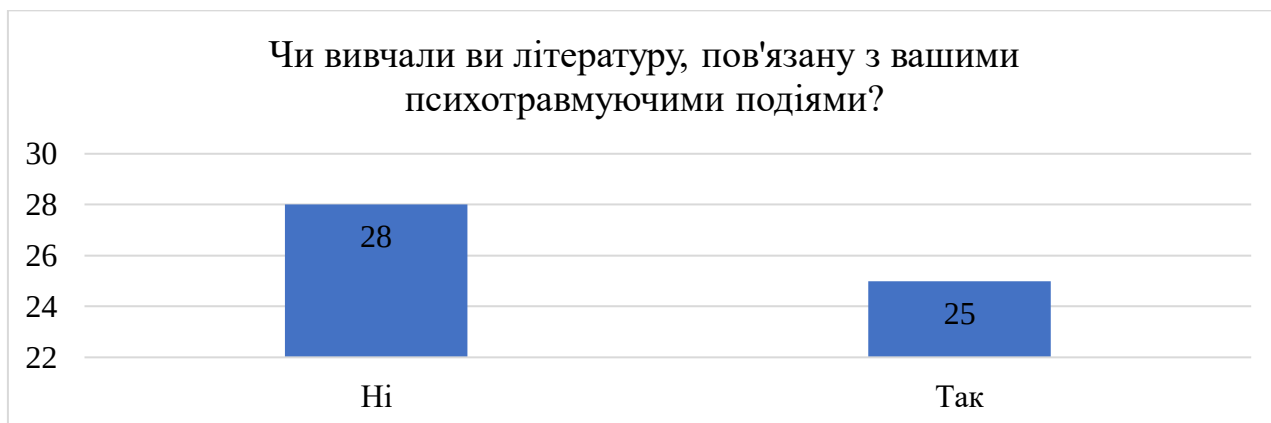
Ні
КПТ, схема-терапія, EMDR
Групи підтримки
-
-
Не працювала
—
Розлучення
-
Незрозуміла питання
Розбирали психосоматику
КПТ терапія
-
індивідуальні сеанси психотерапії
розмови, домашні завдання
Самостійно курси проходила з перевіркою домашніх завдань перинатальним психологом
Не працювала з психологом
Гештальт
-
Зустрічі онлайн два рази на тиждень
Разговор. Разбор разных тем. Глубокие вопросы
Не пам'ятаю
Психоаналіз
гештальт терапія та когнітивний підхід
Не працювала
На всіх етапах, з різними спеціалістами
Мдр техніка. Чи якимось так
Не працювала
Розмова
КПТ

Не працювала
Ні
Не працювала

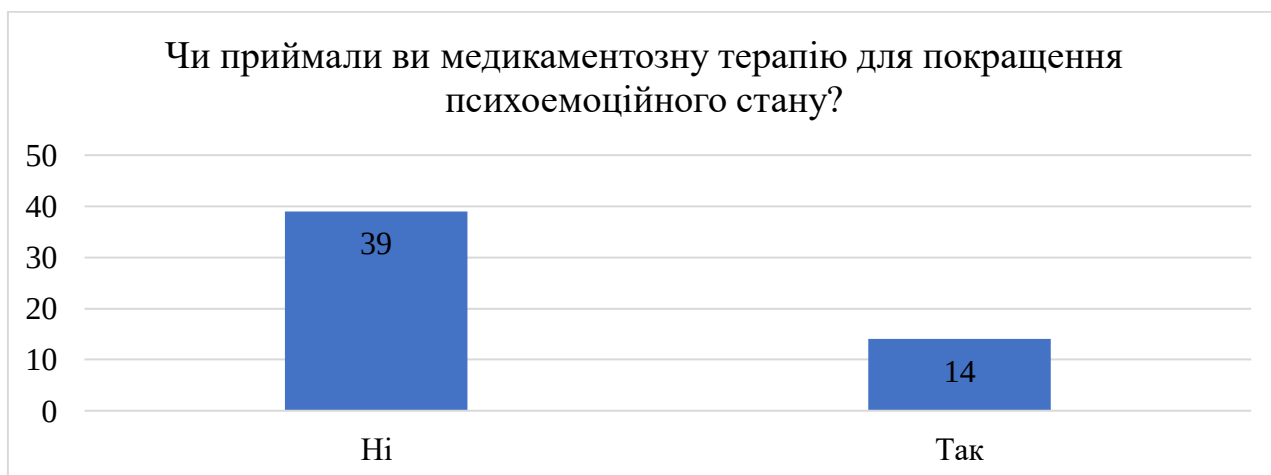
33. Чи мали ви досвід групової терапії?



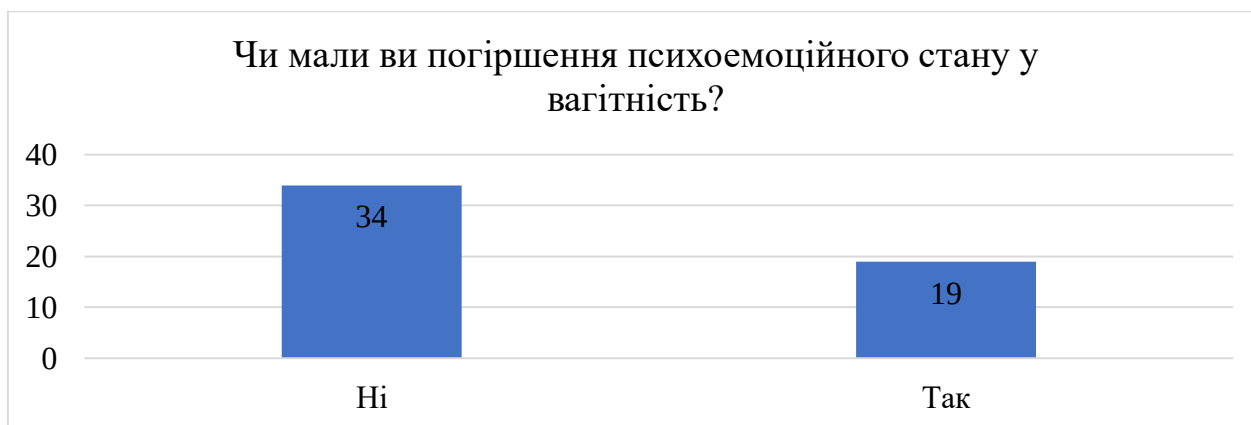
34. Чи вивчали ви літературу, пов'язану з вашими психотравмуючими подіями?



35. Чи приймали ви медикаментозну терапію для покращення психоемоційного стану?



36. Чи мали ви погіршення психоемоційного стану у вагітність?



37. Що допомагало у вагітність підтримувати себе?

-
Я не знала про діагноз і стан був супер
Спілкування
Думка про народження дітей
Підтримка близьких, молитва
Віра у дитя
Очікування дитини, планування життя після народження дитини.
Надія і Віра, чоловік
Бажане не нашкодити дитині, піклування про себе
Віра в Бога, підтримка чоловіка
Психотерапія
Чоловік
Спілкування з іншими вагітними
Розуміння плану дій в декількох варіантах розвитку подій.
Підтримка близьких
Гарний настрій поруч з близькими людьми
Чоловік, спільнота інших дівчат, робота з психотерапевтом
Читання
-
Сама вагітність
Надія

Нічого не допомагало, було жахливо
Підтримка близьких
Бажання народити дитину
-
Не було депресивних станів у вагітність
-
Подруга
Так
Не була ввігтна
Не було вагітності ще
Позитивне мислення
-
Складно пригадати
Старша дитина
Ні
Робота
Думки про дитину
-
Солодке
-
Я не була вагітна
Розуміння, що роблю все від мене залежне
Близьки люди поруч, відпочинок
Робота
Не допомагало
Люди, які мали такий досвід
Пошук інформації
Віра в малечу, і що скоро ми всі будемо разом
Сила волі
Антидепресанти та рідні
Надія

Бажання мати дитину
Розуміння що народжу дитину

38. Який варіант психологічної допомоги ви вважаєте найкращим для себе та чому?

Психолог
-
Проговорювання тривожних станів
Особиста зі спеціалістом
Читати Біблію
Відпочинок і спокій
Робота з психологом, вона швидко та правильно допомагає.
приклади щасливого кінця , таких же історій
Самодопомога, підтримка рідних і чоловіка
Підтримуюча розмова з небайдужою людиною або зі схожою ситуацією
Психотерапія потому что я ощущаю поддержку
Підтримка близьких
Оточення та робота з психологом
Не розглядала такі варіанти.
Підтримка близьких
Індивідуальні консультації
Терапія, пілатес, медитації
Самоаналіз + робота з психологом
Читання книжок, аудіокнижки. Не відчувала гострої потреби звернутись до психолога, і гроші потрібні на аналізи, консультації з лікарями, УЗД та інші обстеження, ліки, БАДи, та ЕКЗ
Часто гуляти на природі, людей які завжди можуть допомогти
Напевно психолог, але не була в нього, тому що змогла сама собі допомогти
Регулярну психотерапію, групи підтримки
Медикаменти
Не чіпати мене)
Очні сесії з психологом

Розмова з людиною, яка дійсно мене зрозуміє і підтримує, не тільки словом, а ділом.
-
Рідні, та спеціалісти
Самоаналіз
Розмова з психологом
Розібрати моменти які можуть впливати на блокування вагітності у голові
Сесії з психологом, підтримка партнера
Психотерапія ,бо хочу пропрацювати травму з втратою мами ,вона померла на моїх руках і я через рік захворіла на рак
Робота з психологом. Мабуть, тому що я не могла сама себе «витягнути», поки не звернулася за допомогою
пігулки
Спілкування, практичні завдання зі зворотнім зв'язком, тести
зміна картинки, відволікання
Медитації кундаліні йоги тому що добре впливають на нервову систему
-
Сеанси з психологом
Общение с кем-то из тех кому я доверяю. Слезы. У меня такое выражение эмоций, когда я не справляюсь сама. Но чаще всего стараюсь не поддаваться эмоциям и справляться без посторонней помощи
Не знаю
Психотерапія, спілкування з рідними
терапія з психологом, бо мені важливо проговорювати
Розмова
Сильний психотерапевт якому можу довіряти, довірені подруги які мене підтримують та розуміють
Не знаю
Спілкування, люблю говорити! Колись мені достатньо було проговорити якесь незрозуміле чи болюче питання з мамою і все вирішувалося. Зараз пробую так з чоловіком. (мами немає уже)
Підтримка
родина і психолог
.

Віра в мене близьких
Самоконтроль

39. Чи вважаєте ви за потрібне коригувати свій психоемоційний стан на етапі підготовки до вагітності та самої вагітності?

Так!
так потрібно
Ні
Ні
Звичайно
Ні
Ще не було нової вагітності, але я думаю, що ні. Я розумію що буде важко емоційно, розумію свої відчуття, тому думаю, що впораюся самотійно.
Так
Так
Звичайно, стараюсь налаштовувати себе на позитив і на прийняття всього, що мені посилається в житті.
Нет
так
Так
Ні
Так
Ні, не думала про це
Так
Важко сказати
Наразі такої потреби не відчуваю, можливо якби були зайві гроші, тоді б звернулась до психолога
Так
Поки, що
Так
Так, підібрала умовно дозволені АД
Ні

Так
Так
Ні
Так
Да
Ні
Напевно що так
Так
Так
Так
Так, звичайно, також надважлива підтримка партнера
Так
Так
Так, іноді це корисно
Так! підготовка - це база для нормальнооо емоційного стану
Так
Думаю, это нужно. К ребенку нужно готовится и психологическое состояние тоже входит в эту критерию
Так
так, обов'язково
продовжую терапію з психологом
Так
Так
Наразі ні
Я була психологічно готова, що вагітність буде не легкою (але не настільки) однак у мене були дівчата (Ви Катя також) які завжди підтримували мій психологічний стан
Так
дуже обов'язково
Не вважаю
Так
Ні

Відповіді на Опитування 2

1. Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою. – 53 позначки
2. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?



3. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі?



4. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес?



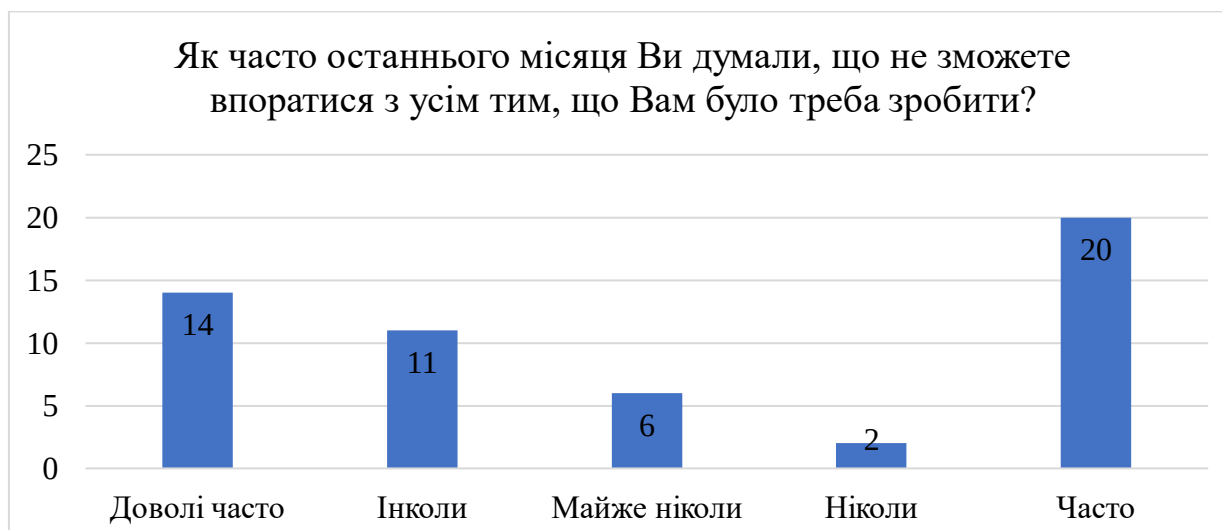
5. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?



6. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?



7. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?



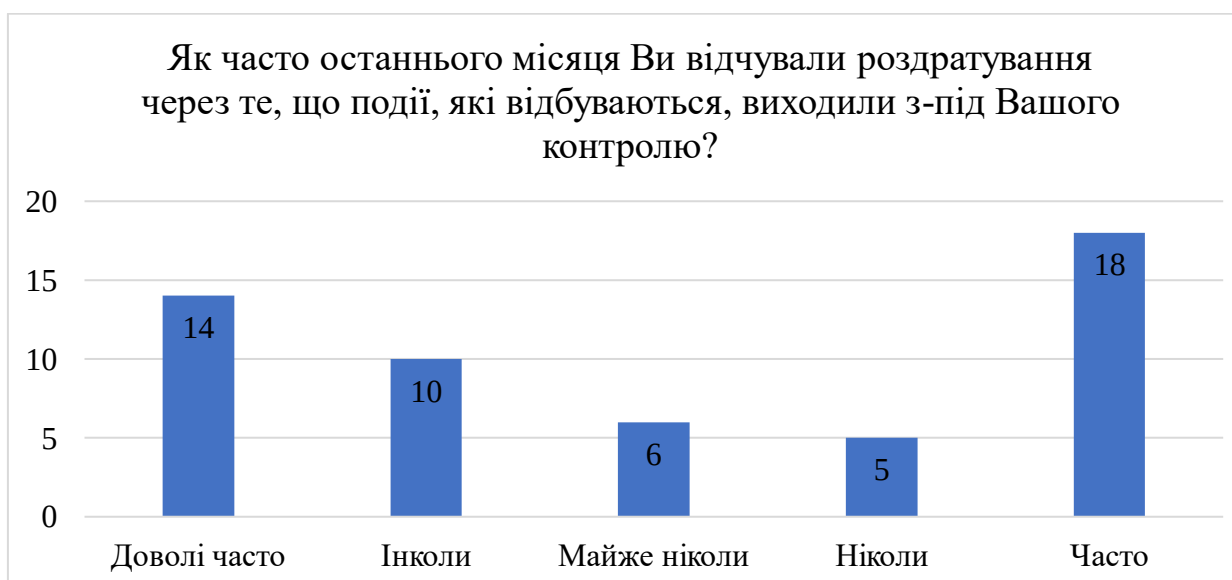
8. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?



9. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?



10. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?



11. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

