

Міністерство освіти і науки України
Житомирський державний університет імені Івана Франка
Кафедра соціальної і практичної психології

Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях

Курсова робота

студентки 54 групи з/ф навчання
соціально- психологічного факультету
спеціальності «Практична психологія»
Ференець Анжела В'ячеславівна

Науковий керівник:

Косарева З.П.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ.....	6
1.1.Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів.....	6
1.2.Постабортна психічна травма та її наслідки.....	11
1.3.Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”.....	19
1.4.Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період.....	27
Висновки до першого розділу	34
 РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД).....	35
2.1. Методики дослідження тривожності та депресії.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	45
Висновки до другого розділу	56
 РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ.....	58
3.1. Проведення психокорекційного тренінгу по усуненню постабортних наслідків.....	58
3.2. Дослідження психологічного стану жінок після психокорекції...	74
Висновки до третього розділу.....	91
ВИСНОВКИ.....	92

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	95
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Важливого значення нині набувають соціально-психологічні чинники впливу на особистість. Людина, вступаючи у численні соціальні взаємини, формує не тільки сукупність уявлень про світ, а й про себе, мисленнєво виокремлює ставлення до власного внутрішнього світу та його окремих характеристик, тобто породжує та утверджує установки, напівусвідомлені й емоційно забарвлені, готовності суб'єкта сприймати навколишній світ і себе в ньому певним чином (позитивно чи негативно, конструктивно або деконструктивно). На фоні постійно зростаючих стресових ситуацій, в які особистість часто попадає і незалежно від самої себе, це має велике значення.

Аборт – це завжди протиприродний процес, який супроводжується розвитком ускладнень для жінки як фізичних, так і моральних. У жінок, які перенесли аборт, нерідко відмічається підвищена нервозність, дратівливість, плаксивість, спустошеність, а інколи – апатія й пригніченість. Потрібен час, щоб самопочуття жінки покращилося. Тому вивчення емоційного стану жінки в такій стресовій ситуації як аборт є надзвичайно актуальним.

Складність вивчення даної проблеми полягає в тому, що вона певний час не набувала гласності і чинники, які спонукали жінку до такого стресового стану також замовчувалися. Тому ми й вибрали темою нашого дослідження «Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях»

Мета й завдання дослідження полягають у розробці й теоретичному обґрунтуванні психологічного аналізу динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання таких завдань дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому.
2. Провести експериментальне дослідження виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборти.

3. Розробити систему роботи з корекції поведінки жінки, яка попала в стресову ситуацію, а саме зробила аборт.

Об'єктом нашого дослідження є емоційний стан жінок в стресових ситуаціях (аборт)

Предмет дослідження: психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в постабортний період.

Практичне значення одержаних результатів полягає в впровадженні в практику роботи медичних закладів психокорекційних тренінгів.

Структура роботи: курсова робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел, найменувань та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів

Сучасне життя є дуже складним і ніхто з нас не застрахований від помилок. Але існують помилки, які виправляти дуже важко і про які пам'ятають все життя – мова йде про аборти. Аборт – це передчасне переривання вагітності [5, 139].

Ю.О. Підлісний, розглядаючи аборт як психотравмуючу ситуацію звернув увагу на те, що предметом аналізу є не просто факт медичної операції (підручники медицини та словники називають різні терміни: вишкрібання плідного яйця, регулювання місячного циклу та ін.), а перед нами багатогранна і складна антропологічна проблематика, складна морально – психологічна дилема конкретних живих людей. Кожна жива людина це не просто біологічна істота, це завжди цілий всесвіт зі своїм світоглядом, ціннісними орієнтаціями, переживаннями, радощами і смутком, надіями, планами на життя... Жінка яка приходить на аборт, приходить як цілий світоглядний комплекс, як мікрокосмос, який постав перед життєвим вибором: народжувати дитину, чи здійснити аборт. Цей вибір дуже часто є вибором цілого подальшого життєвого плану: стати матір'ю, чи продовжити навчання і ступити на вищий щабель. Стати матір'ю одиначкою зі всіма наслідками, які з цього випливають, чи народити і відмовитися від дитини [21].

С.Ф.Сіроткін та М.А.Данилова [12],[19] пропонують відзначити, що психологічні аспекти проблеми абортів повинні бути розглянуті в контексті проблеми психологічного статусу жінки, вони нерозривно зв'язані з амбівалентністю жіночності, особливостями її становлення і прояву. С.Фанті,

З.Фрейд, К.Хорні у своїх психоаналітичних дослідженнях становлення жіночності дозволяють підійти до проблеми абортів в її внутрішньому змісті, розглянути неусвідомлювані механізми, що керують поведінкою жінки, що зважається на аборт [26],[34],[39].

Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непередумане рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна. Душевні та психічні порушення у жінок після абортів особливо зросли в наш час. Іноді відчуття провини переростає в дійсну скорботу.

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, лікар Сьюзен Стенфорд з США, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [13, 151] .

Аборт є однією з найактуальніших проблем репродуктивного здоров’я жінки внаслідок не тільки медичного, але психологічного і суспільного звучання. Відомо, що на 100 пологів в Україні припадає майже стільки ж штучних переривань вагітності, тобто абортів. На превеликий жаль, дуже високий рівень абортів щорічно реєструється серед молодих жінок і навіть дівчат – підлітків. Дані держкомстату України в одиницях по областях представлені в додатках (додаток 1).

Психічні травми на ранніх стадіях онтогенезу можуть зумовлювати не тільки тимчасові функціональні порушення, але й викривлений розвиток мозку, а також вади розвитку інших органів і систем.

Аборт деякі автори [22],[15] відносять до стресу, який завдає не лише важких фізіологічних а й психологічних порушень. Людина зі здоровою нервовою системою здатна витримувати великі навантаження, виявляти високу стійкість стосовно складної життєвої ситуації чи психічної травматизації. Проте існують і межі її навантаження. При перевищенні, або

відсутності допомоги може виникнути позамежне охоронне гальмування в корі великих півкуль з виключенням свідомості і розвитком психічного захворювання. Цьому можуть сприяти різноманітні соматичні (які виснажують нервову систему) ушкодження, що зумовлюють неповноцінність біологічного “ґрунту”, на який впливає надсильний подразник, а також надмірне емоційне потрясіння, яке перевищує поріг фізіологічної тривалості коркових процесів. Психогенні захворювання не супроводжуються деструктивними змінами в тканинах мозку, тому більшість випадків зворотні.

Аборт постійно супроводжував людство, тому, що завжди для деяких жінок вагітність була тягарем, чи приносила багато проблем, чи була небезпечною. Найдавніша система законів, що карала громадян які роблять аборт, був Шумерський Кодекс (приблизно 2000 до Р. Х.). В Ассірійському кодексі (приблизно 1500 до Р. Х.) плід залишається людським життям і в ньому (кодексі) передбачалось покарання за те, що його віднімали. Великий грецький лікар Гіппократ (377 до Р. Х.) сформулював свою знамениту Клятву, яка на протязі 24 століть приймалась критерієм медичної етики. Частина Клятви Гіппократа, яку давали всі випускники медичних учбових закладів, проголошує: “...Я не дам нікому, хто б не просив у мене смертельного засобу і не покажу шляху до цього задуму; так само я не дам ніякій жінці абортивного пессарія...” [6, 23]. Декларація Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт (Осло, 1970) представлена в додатках (додаток 2).

Велике значення набуває питання про визначення початку і кінця життя. Конфлікт “прав”, “принципів”, “цінностей”, а, насправді, людських життів та долі культури – реальність сучасного світу. Конфлікт “право плоду на життя” і “право жінки на аборт” вступає в протиріччя з правом лікаря виконати не тільки професійне правило “не нашкодь”, але і заповідь – “не вбий”. У відношенні абортів, як знищення того, що може стати особистістю, існує три моральні позиції:

5 консервативна – аборти завжди аморальні і можуть бути дозволені

лише при загрозі життю жінки ;

6 ліберальна – абсолютне право жінки на аборт, безвідносно до віку плоду ;

7 помірна – виправдання аборту до настання певного розвитку ембріону (до 12 тижнів, коли тканина мозку стає електрично активною) [19].

Питання абортів торкається всіх граней нашого життя, тема абортів змальовується в кінофільмах, художніх творах, як вітчизняних так і зарубіжних авторів, як часто ми спостерігаємо на сторінках романів вагання жінки, її страждання.

Цей надскладний комплекс психологічних і не тільки проблем постають перед нами в художніх образах Шевченкових „Катерини” і „Наймички”. Незапланована вагітність (або як кажуть пересічно – залетіла) ставить перед жінкою проблему цілого життя: народження, виховання, несприйняття, самотність, освіта, кар’єра, тощо. Ставить проблему не лише свого майбутнього, а й майбутнього дитини. У цьому емоційно-психічному напруженні прийняття вірного раціонального рішення, яке спирається на систему і шкалу цінностей переважно не спостерігається. Тут радше прослідковується інша модель прийняття рішення. Вагітність розглядається як проблема, яку треба вирішити. Якщо це не бажана не планована вагітність, то переважно приймається рішення усунення цієї проблеми: звісно позбавленням дитини шансу побачити цей світ.

Персонажі Шевченка, роблять свій непростий вибір у дещо жорстокішому середовищі, при цьому забезпечивши дитині виховання, „незаплямований” як на той час статус. Модель вирішення цієї проблеми Наймичкою як бачимо вкладається в сократівську модель: краще самому зазнати несправедливості, ніж її вчинити. І Катерина, і Наймичка страждають самі, платять за наругу над ними, проступок, слабкість, чи що там було причиною незапланованої вагітності самі: одна покінчує життя самогубством, інша йде в найми, і стає свідком коли син називає матір’ю не її. Але ні одна ні друга не вирішує своєї проблеми життям своєї дитини.

Проте, у випадку Катерини і Наймички, як і у випадку багатьох наших жінок, які зважуються на аборт, проблема не обов'язково в жінці і її виборі. Тут діє цілий комплекс факторів, які підштовхують жінку до аборту. Це в першу чергу світоглядні установки оточуючих, суспільний етос, пануючий в регіоні її проживання. Глянувши в глиб цього етосу ми можемо погодитися з Каролем Войтилою, що основу етосу, який підштовхує до аборту і оправдовує його є споживацька настанова до світу, у тому числі і до людини як до такої.

А якщо на цю небажану вагітність накласти інші світоглядні установки, а саме: 1) часто зневажливе ставлення до матері одиначки і глузливе відчужене ставлення, то звідси можна зробити висновок, що народження дитини стає проблемою; 2) перспектива недоотримання освіти освіти, неможливість здійснити кар'єру чи перспектива самозречення (зрештою в цій системі це поняття немислиме) однозначно штовхає на аборт. Критичними факторами, які штовхають на аборт окрім зазначених світоглядних установок, які панують в оточенні цієї жінки, є батько дитини, батьки батька чи цієї жінки, сама жінка. Тиск здійснюється в напрямку перекладання відповідальності на дитину. Тобто повернення до *status ante quo* є життя зачатої дитини.

Нажаль дискусія щодо абортів в Україні, яка час від часу виникає в різних площинах (законодавча, публіцистична, науково – медична) в переважній більшості не вирішує цієї проблеми [21]. З огляду сказаного можна зробити висновок, що аргументація „за” чи „проти” абортів ведеться в медичних колах часто з точки зору медичних показань, часом сюди влітають соціальні показання, але людини як така часто не береться до уваги.

1.2. Постабортна травма та її наслідки

“Постабортний синдром” (ПАС) – це поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після аборту [13, 58].

Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після аборту і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душевну рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після аборту потребують постійної уваги та медичної допомоги.

В Німеччині “постабортний синдром” описала Дороте Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що вперше визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [28].

Професор д-р медицини Бернард Натансон (в минулому засновник і завідуючий найбільшою у світі клінікою абортів – New York Center for Reproductive and Sexual Health, а зараз пропагандист ідей руху “За життя”) коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль, навряд чи хтось навіть задумується про це [5].

Професор д-р Ванда Полтавська, психіатр, Краків (Польща) стверджує, що психічні наслідки абортів – закрыта та складна тема. Вивчати її дуже

важко по причині великої кількості абортів. Крім того, жінки, що зробили аборт, залишаються зі своїми проблемами наодинці. Лікар, який зробив аборт, в подальшому не слідкує за станом своєї пацієнтки. Звідси – різна оцінка наслідків переривання вагітності. Об'єктивність загальної картини ускладнюється ще й суб'єктивністю лікарів, які разом із прихильниками абортів часто стверджують, що “правильно” зроблений аборт не має ніяких негативних наслідків для жінки. Але на практиці все по іншому: негативні наслідки абортів можуть проявлятися значно пізніше, іноді навіть через багато років [36].

“Постабортний синдром” (травма після абортів) відомий в усьому світі. Але в нашій країні більшу увагу приділяють фізіологічним ускладненням після абортів, ніж психологічним.

Диспансеризація жінок, що перервали вагітність, виявляє ряд ускладнень після абортів. Враховувались ускладнення, що виникли в процесі операції, в післяопераційний період і на протязі наступних місяців. Фізіологічні наслідки абортів представлені в додатках (додаток 3).

Хоча презерватив був винайдений ще древніми єгиптянами, а такий контрацептив як внутрішньоматкова спіраль, відкритий ще в минулому сторіччі, і сучасна наука вже винайшла протизаплідні пігулки під назвою „наступного ранку” для тих, хто забуває, 30% жінок в світі щорічно зазнають операції абортів.

Всі країни розбираються з цією проблемою по своєму. Теоретики медицини, здавалось знайшли шлях вирішення: менше абортів в тих країнах де протизаплідні засоби доступні та популярні. В Америці мабуть лише біг-мак доступніше та популярніше контрацептивів. Однак тут щорічно робиться 1,5 млн. абортів, і протягом десяти років цей показник зростає.

Кампанія по забороні абортів розпочалась в Польщі в 1989 р., коли до парламенту був внесений законопроект по забороні абортів, схвалений самим Папою. Відома в Польщі юрист Урсула Новаковська на сторінках жіночого журналу „Ви и Ми” свідчить: з тієї миті церква пішла в наступ, остаточний

варіант польського антиабортного закону набув сили в 1993 році, являється одним з найсуворіших законів в Європі.

Але закон – одне, а життя – інше. Щоденно з Польщі в інші країни летять, плывуть, їдуть „абортивні тури”. Вартість абортів на Заході сягає 1000 доларів, 200 доларів беруть за цю операцію в східних країнах. В самій Польщі „підпільний” аборт коштує 500 – 700 доларів.

Але, можливо, на фоні такої суворості процвітає виробництво та продаж контрацептивів? Зовсім ні. Зростає сексуальне насилля, оскільки жінки з страху завагітніти взагалі відмовляються від статевих стосунків [38],[18].

Щодня клініки фіксують певну кількість абортів, зазвичай названих “перериванням вагітності”, вакуум регуляцією менструального циклу, чи ще якимось, які вкінці стають статистичними даними, цифрами, за якими непомітно стоять непрості долі, дуже часто – трагічні.

Марія Симон на засіданні юридичного союзу “Право на життя”, оцінюючи психо – соціальні опитування жінок, довела до відомо слухачів, що не буває абортів без ризику. У кожній з двох жінок із трьох опитаних після штучного переривання вагітності спостерігаються каття, відчуття провини, страх або важкі депресії. У відношеннях між партнерами часто виникає ненависть, байдужість, капризи та депресії в сексуальному плані. Жінка після абортів не відчуває себе звільненою, навпаки, довгі роки не знаходить внутрішнього спокою та стабільності. Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непродуктивне рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна [33].

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, Сьюзен Стенфорд, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [22, 49].

На думку І.В.Шаллан, воля жінки, що зважилася на аборт, може спонукатися багатьма зовнішніми, соціальними та психологічними причинами. Але при цьому Г.Г.Філіппова наголошує, що в рішенні зробити аборт присутнє неусвідомлюване спонукання, що пов'язане із внутрішнім змістом понять жіночність, мужність, вагітність, аборт, життя, смерть та ін. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду і виділенням при цьому крові з тіла жінки. Символічно виділення крові проводить границю між життям і смертю, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та народженням [59],[65].

У жінки розвиток жіночності протягом усього життя співвідноситься із символічним вмиранням – відродженням і виділенням крові. У своїх роботах З. Фрейд висловлює думку, що у ранньому віці “вмирання” виявляється в переорієнтації сексуальності дівчинки на батька, у розриві з матір'ю, у запереченні своєї жіночності. Це супроводжується фантазіями про біль, кров, кастрацію. Вік менархе приносить “вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю, з поживавленням і насиченням архаїчних фантазій про кастрацію. Початок статевого життя, супроводжується переходом у новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Із свідомості витісняються біль і кров дефлорації, агресія на чоловіка – все це стає визначальними факторами розвитку дорослої жіночої сексуальності. Нарешті, ще однією “кривавою справою” у житті жінки стають пологи й аборт; народження і вбивство, що йдуть з одного джерела. І в родах, і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, співжиття жінки з плодом і відродження в іншій якості [60].

На думку С.Ф. Сіроткина, якщо для чоловіка кастрація є символічною погрозою, яку він протягом всього свого життя намагається перебороти (у випадку реальної кастрації чоловік як чоловік зникає), то для жінки кастрація здійснюється на всіх описаних ступінях як реальна, сполучена з кров'ю дія, що додає жінці її специфіку. Життя жінки – це внутрішня таємна війна, і ми періодично спостерігаємо лише криваві наслідки цієї війни. К. Хорні також

вказує на те, що у цьому змісті аборт – найбільш пряма дія, що приводить до кастрації. Якщо під час пологів жінка відокремлює від себе частину свого тіла, тобто “каструється”, то в результаті пологів вона здобуває дитину в якості фалічного заступника. В ситуації аборт “ніж, що каструє”, заходить у глибину тіла жінки, позбавляє її внутрішнього фалоса, і не залишає його зовнішнього заступника. Відбувається не просте вивертання внутрішнього в зовнішнє (як, наприклад, під час пологів), а розгладження топологічної структури жінки, розпрямлення в площину. Аборт переживається драматичніше тому, що він не тільки робить специфічну для жінки дію, але в якийсь момент “знімає” жіночність. У цьому суперечлива функція аборт для визначення жінки. І хоча, на думку авторів, після аборт можлива безплідність, у жінок, тим не менше, несвідомо “переважає” даний засіб контрацепції. Протиріччя складаються в природному прагненні жінки до ствердження жіночності (у межах вагітності – пологи) і прагненні до зняття жіночності в наслідках аборт. Складається враження про прагнення до балансування між жіночністю і маскулінізацією. Жіночність затверджується через самозаперечення [12],[61].

С.І. Зімовець вважає, що аборт також маркірує статевий час жінки. Для чоловіка час іде лінійно, а для жінки протікає навскоси, тобто вивертається. У цьому випадку розгляд проблем жінки не може бути зроблено “прямим” поглядом, а тільки таким, що ковзає по поверхні, яка вивертається. На його думку, аборт, що відновлює менструацію, це можливе повернення в будь-який “час крові”, актуалізація архаїчних переживань (травми народження, менархе, дефлорації, поранення та ін.). Так само, вагітність – це повернення в будь-який час потенційності, наприклад, з регресією до дитинства. Періоди крові маркірують нелінійний час жіночності [22].

На думку С. Фанті – амбівалентність природи жінки у своїй межі виявляється як рівновага вагітності і викидня (аборт). Модель маткової війни показує біологічне і психологічне відношення в середині співжиття матері і плоду. Прагнення до збереження плоду і відторгнення його від матки

несвідомо конкурують один з одним. Суб'єктивне прийняття жінкою визначеного рішення усвідомленого чи несвідомого визначає долю плоду. В аборті він свідомо виганяється з лона, тобто реалізуючи одну з тенденцій. У цьому змісті, жіноча амбівалентність є рівновагою життя і смерті, конструктивності і деструктивності [61].

У праці С.Ф. Сіроткина та М.А. Данілової був розглянутий аналіз пілотажного психологічного дослідження відношення до абортів. У дослідженні брали участь студенти, що не робили абортів. Вони складали розповіді по темах, які спонукають уявити переживання жінки, що зробила аборт. В результаті позначилися кілька комплексів можливих переживань. Оцінюючи результати дослідження, вчені зауважили, що насамперед відзначається переживання фізичного і душевного болю, причетності до смерті, страх смерті. Приєднується до цього і переживання порожнечі, втрати чогось важливого. Очевидно, порожнеча конституційно зв'язана з жіночністю, відповідає внутрішньому напруженню, жіночому варіанту кастраційного комплексу. Аборт, таким чином, позначає через біль і кров виняткове почуття онтологічної порожнечі. Переживання звільнення раціоналізується як звільнення від проблеми. Автори припускають, що у цьому комплексі переживань, ймовірно, відбиваються анальні аспекти жіночності. Звільнення відповідає спорожнюванню. Воля жінки, яка зважилася на аборт, може детермінуватися чисельними зовнішніми соціальними, психологічними причинами. Але необхідно відмітити, що в рішенні зробити аборт присутні неусвідомлювані детермінанти, пов'язані з глибинно психологічним змістом понять жіночність, чоловічність, вагітність, аборт, життя, смерть т.д. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду та виділенням при цьому з тіла жінки крові. Символічно виділення крові межує життя від смерті, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та відродженням. Розгортання жіночності протягом всього життя у жінки співвідноситься з символічним вмиранням – відродженням та виділенням крові. В ранньому віці „вмирання” проявляється в переорієнтації

сексуальності дівчинки на батька, розриві з матір'ю, в запереченні своєї жіночності. Вік менархе приносить „вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю. Вступ в статеве життя, супроводжується переходом в новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Нарешті ще однією „кривавою справою” в житті жінки є пологи та аборт; народження та вбивство, які виходять з одного джерела. І в пологах і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, симбіозу жінки з плодом і відродження в іншій якості [4],[56].

В.І. Брутман та М.С. Радіонова припускають, що комплекс переживань, пов'язаних з почуттям провини перед дитиною, партнером, іншими, самою собою, вибудовується очевидно, на основі витиснутої агресивності у відношенні до плоду, що по зовнішніх причинах реалізувалася в аборті. Агресія на зачатий плід співвідноситься з мазохімічними установками жінки, результатом цієї агресії є депресивність після аборту. Агресивний аспект переживань аборту реалізується також у прямій об'єктній агресії на партнера, обставини, весь світ. У даному випадку спостерігається викидання стримуваного дотепер ворожого імпульсу жінки, повна влада деструктивності. Це підтверджує тезу, що в аборті присутній виражений агресивний потенціал, реалізований як в образі на інших, так і в самому виробництві аборту [2],[6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно більше 50 млн. жінок йдуть на штучне переривання вагітності. О.К. Капелюшник [23], О.Ф. Серова [34] та Т.Н. Мельник [36], вважають, що наслідками абортів можуть бути як фізіологічні так і психологічні проблеми.

Коридзе вважав загальновідомим фактом, що не зважаючи на те, що аборт був виконаний в умовах стаціонару з застосуванням сучасних оперативних методів та анестезіологічної допомоги, він все ще нерідко приводить до важких ускладнень. На його думку найбільш часто зустрічаються ускладнення зі сторони репродуктивної системи, які можуть розвинутиися як в наслідок запальних процесів, так і в результаті грубих

порушень та дискоординації біосинтезу в ендокринній системі [27].

А.Н. Бакулєва доповнює, що аборт також викликає порушення стану вегетативної нервової системи, що характеризується змінами адаптивних можливостей організму. Це веде до розвитку вегето-судинної дистонії чи її прогресу [3].

А такі вчені як Л.Я. Брусиловський [5], Н.Я. Колодзін [26], А.Н. Молохов [38], Л.М. Розенштейн [51] вивчали роль, яку психічні травми грають в якості фактора, що провокують чи загострюють протікання інших психічних і соматичних розладів – в діапазоні від різних порушень діяльності внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції, обміну речовин, захворювань гінекологічних і шкірних до ендогенних психозів включно.

Таким чином, всі розглянуті комплекси переживань є психологічною моделлю переживання аборту. При проведенні подальших емпіричних досліджень, на нашу думку, можна отримати клінічні дані, які дозволять розширити представлення про психологію аборту, дозволять описати психозахисні механізми, що супроводжують рішення жінки про аборт і її психологічні втрати, що його компенсують

1.3.Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”

Згідно з П. Штессель під “постабортний синдромом” (ПАС) розуміють “поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після абортів” [42, 157]. Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після абортів і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душевну рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після абортів потребують постійної уваги та медичної допомоги.

“Постабортний синдром” вперше описала Д. Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [15].

Б. Натансон, коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, “що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль і навряд чи хтось навіть задумується про це” [17, 49].

М.Ю. Колпакова виділяє певні причини постабортного синдрому:

1. Втрата рідної істоти, яка продовжує жити у свідомості батьків.
2. У жінки з початком вагітності виникають гормональні зміни, які фізіологічно готують її до материнства. Страх, пов’язаний з

вагітністю, агресія, яка призводить до знищення своєї ж дитини, біль як наслідок втрати – все це викликає глибинно психологічні конфлікти, які важко вирішити.

3. Приймаючи до уваги втрату, жінка має її пережити. Приглушення болі не являється ефективним.
4. Не вирішені конфлікти переростають у ще більші труднощі. Засвоєні захисні механізми зникають, як тільки виникає новий конфлікт. Все це буде залежати від кількості минулих втрат, власного егоцентризму.
5. Як приглушений біль завжди викликає страх та гнів, так і депресія, обумовлена тривогою, зазвичай має місце в постабортному синдромі. Симптоми хвороби залежать від причин, які викликали аборт, терміну вагітності, чуттєвості жінки [36].

Н. Філіп рахує, що після аборту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини. Але прихильники абортів вважають, що жінці просто нав’язують почуття провини :

- 1 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 2 переконуючи жінку в його існуванні;
- 3 розвиваючи тему відчуття провини після аборту.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але на думку Н. Філіпа, ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після аборту. Вони бояться бути засудженими [33]. З ним погоджується і П.К. Гусак. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після аборту, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Крім того, автор наголошує, що аборт має негативний психологічний вплив не тільки на жінку, але й на медичних працівників, що виконують його як медичну процедуру [16].

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

А. Лісець , Д. Реардон, С. Стенфорд та інші сходяться на думці, що “постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [18],[24].

Нами було систематизовано основні симптоми постабортної травми та зведено до таблиці. Симптоми “постабортного синдрому” та їх характеристика представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика симптомів “постабортного синдрому”

№	Симптоми	Види проявів
1	Тривожність	В більшості жінки після абортів стають тривожними, боязливими, напруженими, вразливими, втомленими. Часто впадають в депресію, що знижує імунітет до різних хвороб. “Постабортний синдром” може мати всі ознаки сильної депресії доходячи до психозу
2	Почуття провини	Якщо не признати провини і не лікуватись – це приведе до надмірної інтенсивності життя, непотрібної активності, зловживання алкоголю та ліків. Якщо загнати її в глибину, тоді можна переконати більше інших ніж себе, що ніби то все нормально. Якщо взяти всю провину на себе, тоді депресія тільки збільшиться, що може привести до суїциду. Від провини можна також відмовитись, або частково позбутися, переглядаючи фільми жахів, або зайняти бойову позицію. Найчастіше почуття провини притаманне чуттєвим, релігійним людям. Іноді їх

		охоплює паніка, вони хочуть когось рятувати, допомагати іншим. Це призводить до того, що, вирішуючи чужі проблеми, вони не можуть владнати свої, і їх хворобливий стан ще більше погіршується. Відчуття провини може призвести до самопошкодження чи відмові від достойного людського життя. Якщо провину жінки спробувати заглушити гнівом, вона перенесе її на будь – кого іншого: чоловіка, коханця, абстрактно на всіх чоловіків, яких рахує винуватцями абортів та нещастям жінок.
3	Агресія	Психологічний конфлікт як результат абортів перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті знайшло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так : “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.
4	Реакція через рік	Багато симптомів “постабортного синдрому” інтенсивно розвиваються, серед них – біль в нижній частині живота.
5	Злість	Злість жінки проявляється по відношенню як до себе самої, так і до когось іншого, навіть до лікаря, який робив аборт. Це відчуття особливо загострено у молодих дівчат з неблагонадійних сімей, яких підштовхнули на аборт, посиляючись на їх молодість. Багато з них хотіли б дати своїй дитині те, чого вони не мали в дитинстві. Це ще більше загостило в них бажання мати дитину.
6	Раптові зміни гормонального	Під час вагітності гормони спонукають в

	циклу	організмі жінки великі фізіологічні зміни і швидке розмноження клітин в молочних залозах. Якщо жінка народжує дитину, годує її груддю, гормони діють в протилежному напрямку. Коли жінка робить аборт – збільшується ризик захворювання раком груді. З'являється відчуття порожнечі та безцільності, що легко приводить до депресії.
7	Реванш	Іноді жінкам здається, що вони – жертви аборту. Скорботні та озлоблені вони хочуть помститися : лікарю, що зробив аборт, людині, яка вмовила її перервати вагітність, чи чоловікові, від якого завагітніла.
8	Бути бажаним	Тема аборту в більшості випадків зводиться до питання : була дитина бажаною чи ні. Якщо це справа батьків – вирішувати: за чи проти, жити дитині чи ні, то через деякий час вони відчують прохолоду в своїх відносинах. Жінка намагається міцно триматись за чоловіка, створюючи посилену залежність, яку не всі витримують. Жінки після аборту часто запитують : “Ти мене ще любиш? ” Такі почуття нагадують почуття людей якими зловживали.
9	Відчуття нездійсненності	Виникає постійне бажання повернути втрачену дитину. Воно переплетене з уявними труднощами виховання наступної дитини. Через це жінка усіляко тягне з наступною вагітністю, але бажання мати дитину не проходить.
10	Страх перед материнством і батьківством	Разом з втратою контролю над руйнівним гнівом до дитини, наслідком якого став аборт, чоловіки

		і жінки бояться дітей , а тому не хочуть їх мати.
11	Порушення сну	Багато жінок мають великі проблеми зі сном. Їх мучать страшні сновидіння.
12	Цинізм	Жінка, що зробила аборт, схильна цинічно ставитись до себе та інших.
13	Недовіра	Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.
14	Криза жіночої ідентичності	Жінка, в біологічній природі якої закладена любов, здатність та бажання народжувати дітей, знищила в собі це нове життя. Вона вже не вірить в те, що вона ніжна, здатна любити та виховувати Її жіноча ідентичність знищена. Але вона все-таки намагається бути жінкою чи, навпаки, рахує, що це для неї неможливо – бути знову ніжною та жіночою, а тому стає войовничою феміністкою.
15	Проблеми виховання	Жінки, що зробили аборт, мають набагато більші проблеми зі своєю наступною дитиною, не готові годувати її груддю. Якщо дитина плаче, вони безпорадні, боязкі чи агресивні. Чим менше мати прив'язана до дитини, тим більше дитина наштовхується на злість та недбале ставлення до себе. Тому такі діти “чіпляються” за матір, боячись втратити її, а це викликає у неї ще більше роздратування та страх.
16	Нова інсценізація трагедії	Усвідомлюючи те, що конфлікти після аборту неможливо вирішити, жінка схильна повторити

		все знову. Також можливо, що абортom вона відтворює жорстокість та байдужість зі свого дитинства. Можливо вона успадковує свою матір в рішенні власних конфліктів, які виникають з її минулих хвилювань.
--	--	--

Розглянувши таблицю 1.1. ми бачимо, що найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок (як після нещасного випадку); розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти; послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”); постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами; тривале відчуття втрати та пустки, провини; депресія; страх перед покаранням, постійний острах за інших своїх дітей; втрата відчуття особистої значимості, самоагресія в різних формах; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду, перелік симптомів надзвичайно великий, ці симптоми можуть бути наявними як поодиночі, так і об’єднуватись у синдроми, що ускладнює процес лікування.

М.С.Гельдер приводить приклад, що Greer et al. (1976) на протязі 18 місяців спостерігав за 360 жінками після переривання вагітності в I триместрі за допомогою вакуум-аборту. З кожною пацієнткою перед операцією була проведена короткочасна консультація. Згідно отриманих даних лише через півтора року в психічному стані обстежуваних спостерігались значні позитивні зміни порівнюючи з періодом перед абортom; зокрема

зм'якшувалася психопатологічна симптоматика, зменшувалось почуття провини, покращувались міжособистісні сексуальні відносини [13].

Таким чином, “постабортний синдром” (травма після аборту) в світі науково досліджений та об’явлений громадськості С. Стенфорд, В. Руче, А. Шпекгарт, проф. . П. Петерсеном, М. Фурх, доктором М. Сімон та багатьма іншими [3],[27]. Але, на думку З. Городенчук, мусило минути декілька десятиків років з часу легалізації абортів, щоб стали помітними його наслідки для суспільства. Автор відмічає, що “з’явилась велика група жінок, які страждають від типових психологічних розладів, описаних як “постабортний стресовий розлад”. (Для порівняння – в СРСР аборт вперше легалізували 08.11.1920 р.) [14, 103].

1.4. Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період

За даними закордонних та вітчизняних досліджень основними порушеннями в постабортний період виступають порушення емоційної сфери, переважно тривожного та депресивного кола [8],[18].

Ні одна тема, що стосується абортів, не є таким сильним табу, як та, що ненароджена дитина, на якій би стадії розвитку вона не знаходилась, є від початку людиною, а також та, що після абарту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини.

Г.І. Каплан [24] до характерних ознак постабортного розладу відносить переживання подій, пов’язаних із травмою, що, незважаючи на їх витіснення із свідомості, виявляється в нічних кошмарах і сновидіннях. При зіткненні з подією, звуком, запахом, що чимось нагадує витиснуту з свідомості ситуацію, також може відбуватися раптовий прорив цієї події у свідомість. При цьому порушується контакт із реальністю, з’являється неадекватна поведінка, що може становити соціальну небезпеку як для самої людини, так і для навколишніх. Ці зміни стосуються відсутності тонкостей в нюансах емоційних реакцій і сильніше їх вираження. Жінки придушують свої емоції, можливий “вихід” яких здійснюється в брутальній формі. У повсякденному житті таких людей характеризує прагнення до мінімізації у використанні емоцій. Їм притаманний підсвідомий страх “включення” емоційної сфери в зв’язку з передбачуваною деструктивністю [24]. На думку Л.Ф.Бурлачка і Н.В.Манцевої, жінки уникають ситуацій, що здатні нагадати їм переживання, які вони випробували. Ц.П. Короленко рахує, що для таких людей характерний відхід від стратегічного планування, у зв’язку з відсутністю настроєності на довге життя [7],[27].

Особливої уваги, та психокорекційної роботи потребують жінки із підвищеною тривожністю. У ситуації постабортного розладу вони можуть

характеризуватися неадекватним (гострим або пасивним бездіяльним) реагуванням на критичні події життя, індивідуальною схильністю до переживання фрустрацій, емоційною збудливістю, подразливістю, недостатньою саморегуляцією в поведінці, зовнішньою мотивацією у виконанні професійних задач, низькою самоповагою та самооцінкою та неадекватною поведінкою у соціальній сфері, ці жінки, як правило можуть входити до груп осіб із ризиком захворювання на неврози.

У психологічній літературі термін „тривожність” є багатозначним, ним описують як певний стан індивіда в обмежений момент часу, так і стійку властивість будь – якої людини. Тому розрізняють ситуативну та особистісну тривожність як рису особистості, пов’язану з генетично детермінованими властивостями людини, які обумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження, тривоги [38].

Висока тривожність є показником дезадаптаційних переживань особистості (Я.Рейковський, О.Т. Соколова, Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун) та емоційної нестійкості (Айсберг) [8],[31]. Надмірно високий рівень особистісної тривожності може спричинити розвиток неврозу(З.Фрейд, Ч.Спілбергер та інші) [1].

Типовою причиною виникнення тривоги є внутрішній конфлікт, який і пов’язаний з неправильним уявленням особистості про себе, свої досягнення або вчинки.

Психологічний конфлікт на фоні тривоги, як результат аборту перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті нашло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так: “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.

М. Вайтхед, П.Б. Ганнушкін, Є.К. Краснушкін сходяться на тому, що подібно тому, як ми здобуваємо імунітет до визначеної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, що пережила трагічну втрату близьких,

надалі підсвідомо уникає встановлювати з ким-небудь тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації він повівся безвідповідально, йому згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось чи за щось [9],[11],[42].

Прихильники абортів вважають, що жінці просто нав'язують почуття провини :

- 2 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 3 переконуючи жінку в його існуванні;
- 4 розвиваючи тему відчуття провини після абортів.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але складається враження, що ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після абортів. Вони бояться бути засудженими. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після абортів, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

Симптомами “постабортного синдрому” є :

- 1 шок (як після нещасного випадку);
- 2 розлади сну, страхітливі сновидіння ;
 - болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними ;
- 2 бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю ;
- 3 погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність ;

- 4 неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти ;
- 5 послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”) ;
- 6 постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої;
- 7 спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт;
- 8 неодноразові аборти;
- сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами;
- 9 тривале відчуття втрати та пустки, провини ;
- 10 депресія ;
- 11 страх перед покарання, постійний страх за інших своїх дітей ;
- 12 втрата відчуття особистої значимості, само агресія в різних формах;
- 13 зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками;
- 14 загроза суїциду.

Це далеко не повний список наслідків абарту, зібраний Мюнхенською консультаційною групою на основі даних американських терапевтів (Давида Реардона, Сьюзен Стенфорд та інших). Не так легко впорядкувати психосоматичні хвороби і висвітлити картину проблем після абортів. “Постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [26].

Коли в людини немає можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. На думку Г.І. Каплан і Колодзін, у цьому принципі, і складається механізм формування постабортного синдрому. Його симптоми – які в комплексі виглядають як психічне відхилення – насправді не що інше, як глибоко укорінена пам’ять про аборт. Вони виділяють основні клінічні симптоми, що представлені в додатках. (додаток 4).

Г.І. Каплан [24], цитуючи В. Аугена назвав сучасний світ “ерою тривоги”. Вона виявляється в кількох сферах, що представлені в таблиці 1.2.

Сфери тривоги

<i>№</i>	<i>Сфери тривоги</i>	<i>Види проявів</i>
1	Фізіологічний сфера	Ломота в спині, спазми шлунка, головні болі.
2	Психічна сфера	Постійне занепокоєння і заклопотаність, “параноїдальні” явища (наприклад необґрунтований страх переслідування).
3	Емоційна сфера	Постійні переживання, почуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини.

З таблиці 1.2. бачимо, що тривога проявляється в трьох сферах: фізіологічній, психічній та емоційній. Характеристику кожної зі сфер тривоги можна розширити, кожна з них може як переходити одна в одну, зустрічатися виключно однією, або об’єднуватися в синдроми. Безумовно кожна зі сфер тривоги потребує лікування та корекційної роботи.

Ще однією важливою складовою постабортного синдрому є депресія.

Депресія – це стан зниженого, пригніченого настрою зі спаданням психічної активності, песимізмом, апатією, своєрідними уявленнями, загальмуванням дій [55, 127].

Наслідком напруженого ритму роботи є відчуття втоми, сонливість чи безсоння, тривожність, погана концентрація уваги, втрата сенсу життя. Якщо такі симптоми зберігаються протягом декількох тижнів, це стає провідом для діагностування депресивного стану. Як вже відомо, після абортів у жінок порушується гормональний цикл, певний рівень гормонів знижується, певний навпаки підвищується. Спеціалісти вважають, що депресія прямо

пов'язана з падінням рівня серотоніну, завдяки якому виникає відчуття щастя. Однак, точно не відомо, чи то нестача серотоніну викликає депресію, чи депресія знижує рівень гормону [39].

Е. Шопер попереджує: різниця між людьми, нещасними через невдалі обставини, та хворими на депресію дуже велика. Адже депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію [8].

П.Б. Ганушкін поділив реактивні депресії на 2 групи:

1. Гострі депресивні реакції з надмірною силою афективних проявів у вигляді експлозивних вибухів. Такі стани в полі зору психіатрів опиняються лише, коли супроводжуються суїцидальними спробами.

2. Затримані депресії. Повільно розвиваються, лише через деякий час після психічної травми. Цей тип характерний для більшості хворих на реактивну депресію [11].

Бачимо якою багатогранною є депресія, а якщо врахувати, що вона є лише складовою постабортного синдрому, то можна зрозуміти наскільки серйозною є проблема постабортної травми. З даної схеми видно, що одним з симптомів депресії є емоційні порушення, саме вони є першою ознакою депресії, найчастіше це зміна настрою, що виявляється в журбі, печалі, смутку, тривозі, внутрішньому дискомфорті, напружені. Повсякденні задачі стають важкими не вирішуваними проблемами. Нелегко прийняти рішення, зосередитись, відповісти на питання, згадати потрібне.

Зникають бажання, ініціатива, не хочеться ні з ким розмовляти, залишаючись на самоті. Виникає хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, емоційного ставлення до навколишнього, нестача вольової активності. Крім ознак наведених у схемі 1.1., до критеріїв депресії можна

віднести: почуття нестриманості, жалю, відповідний і соматичний стан, зниження цікавості чи задоволення до всього, відсутність чи зниження енергійності, почуття особистої неповноцінності чи провини, зниження здатності зосередитись, періодичні випадкові думки „суїцидальні спроби [34].

До аналізу проблеми депресивних розладів звертались багато науковців, зокрема, В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлисеєв, В.Н. Синицький, ін. Розглядаючи депресію як один із симптомів постабортного періоду не можна залишити без уваги роботи К. Г. Юнга [52], який називав депресію “дамою в чорному”. На думку В. Мюллера та В. Н. Синицького [14],[39] вона досягає самих темних і безпросвітних глибин людського розпачу, коли здається, що все безглуздо і даремно.

Отже, зі сказаного можна зробити висновок, що основними складовими постабортного синдрому є тривожність та депресія, з якими жінки залишається наодинці, поза медичним закладом, кожен зі симптомів є надзвичайно важливим та вимагає лікування. Іноді, як то кажуть, можна „взяти себе в руки”, тобто мобілізувати резервні можливості організму й подолати депресію. Та, нажаль, далеко не завжди.

Висновки до першого розділу

1). На думку багатьох дослідників [18],[44] найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок; розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; послаблене емоційне світосприйняття; постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду.

2).У жінки виникає депресія, іноді депресія після аборту настільки важка, що може призвести до самогубства. Якщо доношування вагітності втримує жінку від незворотних кроків, дає новий імпульс до життя, то переривання вагітності лише посилює депресію. Депресивні розлади починаються безпосередньо після аборту.

3). Проблема абортів поставлена у всьому світі, вона розглядається в різних контекстах: правовому, медичному, психологічному, існує надзвичайно велика кількість досліджень стосовно проблематика абортів, причин, методах подолання цього явища, але надто мало уваги приділяється жінці, яка вже зробила аборт, хоча постабортний синдром відомий у всьому світі, і об’явлений громадськості.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД)

2.1. Методики дослідження тривожності та депресії

Дане дослідження проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева протягом 5 – ти тижнів. До дослідження було залучено 40 осіб, які належать до різних соціальних груп, (20 жінок, які мають в анамнезі один або більше абортів та 20 жінок – контрольна група, вагітні жінки, які прийняли рішення народжувати попри важкі життєві обставини). Вік досліджуваних від 17 до 42 років. Вибірка досліджуваних з зазначенням ім'я, віку, професії та кількості абортів, представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Вибірка досліджуваних (експериментальна група)

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>	<i>К-ть абортів</i>
1	Оксана	42 р	Комірник	4 аборти
2	Валентина	31 р	Не працює	4 аборти
3	Коломієць О.М.	24 р	Декр. відпустка	1 аборт
4	Олена	36 р	Підприємець	5 абортів
5	Тетяна	22 р	Декр. відпустка	1 аборт
6	Поліна	19 р	Студентка	1 аборт
7	О.Р.К.	30 р	Менеджер	2 аборти
8	Марія	31 р	Декр. відпустка	7 абортів
9	В.Л.	22 р	Студентка	1 аборт
10	К.Р.В.	26 р	Акушерка	1 аборт
11	Тамара	37 р	Вчитель	2 аборти
12	Д.К.Ю.	19 р	Студентка	1 аборт

13	Ольга	18 р	Студентка	1 аборт
14	Ольга Д.	20 р	Студентка	1 аборт
15	К.	17р	Студентка	1 аборт
16	А.Р.С.	25р	Не працює	2 аборти
17	Інга	28р	Продавець	2 аборти
18	А.К.В.	38р	Менеджер	3 аборти
19	Лідія	27р	Фармацевт	1 аборт
20	Т.М.Ю.	36р	Не працює	2 аборти

Вибірка досліджуваних (контрольна група).

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я.</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>
1	Марина	29	Еколог
2	Надія Василівна	37	Бухгалтер
3	С.Петрівна	28	Косметолог
4	Лідія Іванівна	30	Перукар
5	Ольга	19	Студентка
6	А.Д.	26	кравець
7	Вікторія	17	Не працює
8	Наталія	23	Санітарка
9	В.В	33	Не працює
10	Катерина	20	перукар
11	Н.В.	36	вчитель
12	Світлана Василівна	28	адміністратор
13	Юлія	21	студентка
14	Наталія	35	Не працює
15	Н.Р	32	вихователь
16	Ольга Миколаївна	25	продавець
17	Олена Дмитрівна	36	викладач
18	В.Д.	23	студентка

19	Аліна	19	Не працює
20	К.К.	33	лікар

Для діагностики психічного стану жінок, які зробили аборт та як початковий метод збору інформації використовувалась клінічна бесіда; для визначення та оцінки рівня тривожності використовуються шкала ситуативної тривожності Спілбергера – Ханіна; для визначення ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, оснований на опитувальнику В. Зунга та адаптовану Т.М.Балашовою; для визначення рівня депресії та астенічного стану використовувалась шкала астенічного стану (ШАС) розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою [50].

- Застосування методу клінічної бесіди у жінок.

Бесіда – це метод отримання інформації на основі вербальної (мовної) комунікації (вільний діалог між дослідником та досліджуваним). Він передбачає реєстрацію та аналіз відповідей, а також вивчення особливостей невербальної поведінки опитуваних.

Клінічна бесіда – це метод терапевтичної бесіди при наданні психологічної допомоги. В психіатрії, психоаналізі і медичній психології клінічна бесіда використовується для допомоги пацієнту в усвідомленні своїх внутрішніх конфліктів, прихованих мотивів поведінки.

На відміну від інтерв'ю, бесіда не має чіткої цілі, попереднього планування дій по збору інформації та обробку отриманих результатів. Можливість застосування даного методу в широкому діапазоні дослідницьких цілей дозволяє говорити про його універсальність.

На думку Д.С.Горбатова бесіда – один з найбільш суб'єктивних методів. В ньому дуже великий ризик отримання неправдивої, навмисно чи випадково викривленої інформації [14],[42].

З однієї сторони респондент – людина, що приймає участь в бесіді в ролі джерела інформації, - може відхилитись від істини в силу цілого комплексу причин. Серед них:

1. піддатливість реальному чи уявному тиску дослідника;
2. схильність до виявлення соціально – позитивних думок;
3. вплив на відповіді стереотипів мислення та поведінкових установок;
4. нечітке усвідомлення особистих думок, позицій та відносин;
5. незнання яких – небудь фактів, чи помилкова інформованість;
6. антипатія до дослідника;
7. сумніви в подальшому збереженні конфіденційності повідомлення;
8. усвідомлений обман чи навмисне замовчування;
9. мимовільні помилки пам'яті.

З іншої сторони, особа, що проводить бесіду також може стати суб'єктом можливих перекручувань зібраних даних [57].

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Бесіда проводилась індивідуально, окремо з кожною жінкою, протягом 2-ох днів, в окремій кімнаті, без сторонніх шумів. На початку дослідження встановлювався з досліджуваними індивідуальний контакт, для отримання щирих відповідей. Жінкам експериментальної групи в ході бесіди задавалися наступні питання: чи пам'ятає в подробицях свій (свої) аборт; який мала вік, коли його робила; чи була заміжня на той час; якою за рахунком вагітністю був аборт; чи була вагітність бажаною; кому говорила про вагітність; які відносини на час абортів мала жінка з чоловіком, матір'ю, свекрухою, їх ставлення до даної вагітності; які взаємовідносини в сім'ї; чи хто підштовхнув до абортів; який основний мотив переривання вагітності; що відчувала йдучи на аборт; які відчуття мала після абортів; як відчуває себе зараз, чи планує вагітніти в майбутньому.

Жінки контрольної групи в ході бесіди відповідали на питання про термін вагітності, бажаність вагітності, відносини в сім'ї, своє самопочуття, емоційний стан, про власні побоювання або страхи, планах пов'язаних з майбутнім життям, уявленнях про пологи та післяпологовий період. В бесіду включалися питання, направлені на виявлення особливостей протікання онтогенетичних етапів формування материнської сфери. Ставилися питання

про склад теперішньої сім'ї, про батьків, сестер та інші. Аналіз бесіди здійснювався за критеріями, направлених на виявлення трьох змінних : цінності дитини та динаміки її зміни; типів переживання вагітності та їх динаміки в період вагітності, типів материнського відношення, а також рівня тривожності у матерів. За основу взяті виділені в попередніх дослідженнях типи цінності дитини і стилі переживання вагітності і материнського відношення [6],[20].

Для аналізу психологічного стану жінки під час виношування дитини до бесіди включено ряд питань, направлених на опрацювання типу переживання вагітності. З цією ціллю включені питання про фізичні та емоційні переживання етапу дізнання про вагітність, переживання симптоматики вагітності, динаміки переживання симптоматики по триместрам вагітності, переважному фоні настрою, переживання першого ворухіння плоду, переживання ворухінь на протязі всієї вагітності. Окрім описаних вище, враховувались слідуєчі показники: дані про сприйняття жінкою змін свого самопочуття, зовнішнього вигляду, емоційного стану, інтересів, відношення до цих змін. При аналізі даних враховувалась їх динаміка по триместрам вагітності. (для жінок, які носять вагітність). На основі цих критеріїв за сукупністю показників можна виділити загальний тип переживання вагітності.

Короткі тези бесід представлені в додатках (додаток 5).

- Дослідження ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

Вимірювання тривожності, як якості особистості, особливо важливе, оскільки ця якість в багатьох випадках обумовлює поведінку суб'єкта. Відповідний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. В кожній людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні являється для неї вагомим компонентом самоконтролю та самовиховання.

Ситуативна, або реактивна, тривожність як стан характеризується

суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, хвилюванням, знервованістю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Особистості, які належать до категорії високо тривожних, схильні приймати загрозу своєї самооцінки та життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій та реагувати досить напружено, вираженим станом тривожності. На російській мові методика запропонована Ч. Спілбергером адаптована Ю.Л. Ханіним [47],[50].

Дослідження ситуативної тривожності проводилось паралельно з дослідженням ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, на базі жіночої консультації міста Бердичева, з вагітними жінками та жінками які зробили аборт. Дослідження проводилось індивідуально з кожним з учасників. Перед початком дослідження була дана слідуючи інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає” [50]. Бланк тесту ситуативної тривожності Ч.Спілбергера представлений в додатках (додаток б).

Після заповнення бланків дослідженими, результати оброблялись з допомогою ключа:

№ тверд.	н і к о л и	і н о д і	ч а с т о	з а в ж д и
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4

13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

Кінцевий показник по даній шкалі може знаходитись від 20 до 80 балів. При тому, чим вищий кінцевий показник, тим вищий рівень тривожності. При інтерпретації результатів я орієнтувалась на слідуючи оцінки тривожності : до 30 балів – низький рівень; 31-44 бали – помірний; 45 і вище – високий рівень тривожності.

- Методика виміру ступені вираження зниженого настрою – субдипресії.

Для проведення дослідження була використана шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС), яка базується на опитувальнику В.Зунга адаптованого Т.Н. Балашовою. Шкала включає 20 тверджень, які характеризують прояв зниженого настрою – субдипресії.

Тестування жінок проводилось через 3 дні після бесіди, оскільки під час проведення бесіди я помітила, що жінки виглядають в'ялими, дещо втомленими, відчувають почуття розпачу, відчаю, і це може вплинути на результати дослідження. Шкала депресії Зунга проводилась паралельно з дослідженням тривожності Ч. Спілбергера.

Дослідження проводилось індивідуально з кожною з учасниць, в окремих, добре освітлених, ізольованих від шуму кімнаті. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації міста Бердичева.

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Для проведення дослідження були підготовлені бланки тексту. Бланк тексту представлений в додатках (Додаток 7). Кожному з досліджуваних давалася чітка інструкція : „ Уважно прочитайте кожне з приведених нижче речень і відмітьте один із чотирьох варіантів відповіді справа в залежності від того, як ви відчуваєте себе на теперішній час” [50].

Після заповнення текстового бланку проводився підрахунок балів, які

набрали досліджувани. Опитувальник нараховує 10 „прямих” (1,3,4,7,8,9,10,13,15 і 19) і 10 „зворотних” питань (2,5,6,11,12,14,16,17,18 і 20). Кожна відповідь „прямих” питань оцінюється від 1 до 4 балів (на питання „ніколи” – 1 бал, „іноді” – 2 бали, „часто” – 3 бали, „завжди” – 4 бали). „Зворотні” відповіді підраховуються окремо, і навпаки : (на питання „ніколи” – 4 бали, на питання „завжди” – 1 бал). Потім бали, які набрав досліджуваний за „прямими” ($\Sigma_{\text{пр}}$) і „зворотними” ($\Sigma_{\text{зв}}$) відповідями, сумуються, і отримується таким чином „сира” оцінка, яка переводиться в шкальну за формулою 2.1.:

$$O' = \frac{(\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{зв}})}{80} \times 100 \quad (2.1.)$$

Де, O' - рівень депресії, $\Sigma_{\text{пр}}$ – сума прямих відповідей, $\Sigma_{\text{зв}}$ – сума зворотних відповідей.

Нормативні дані, отримані на 200 здорових досліджуваних, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює $40,25 \pm 5,99$ бала. Весь об'єм шкальних оцінок ділиться на чотири діапазони:

Діапазон 1 – менше 50 балів – особи, які не мають в момент обстеження зниженого настрою.

Діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою.

Діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою.

Діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдипресія або депресія).

Таким чином, результати кожного досліджуваного відповідають одній із чотирьох ступенів зниження настрою.

15 Визначення ступені вираження астеничного стану

Шкала астеничного стану (ШАС) розроблена Л.Д.Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою на базі даних клініко – психологічних спостережень та відомого опитувальника ММРІ. Шкала складається з 30 пунктів – тверджень, які відображають характеристики депресивного та

астенічного станів. Для проведення дослідження для кожного досліджуваного завчасно були підготовленні бланки для визначення астенічного стану. Бланк тесту представлений в додатках (Додаток 8).

Дослідження проводилось на наступний день після дослідження з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали субдипресії Т.Н. Балашової в окремій, добре освітленій кімнаті, без сторонніх шумів, індивідуально з кожною учасницею. Кожній учасниці дослідження давалась чітка інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає [50].

Після заповнення бланків досліджуваними жінками, результати оброблялись наступним чином: за відповідь ніколи – 1 бал, відповідь іноді – 2 бали, відповідь часто – 3 бали, відповідь завжди – 4 бали.

Весь діапазон шкали, таким чином включає від 30 до 120 балів. Статистичні дані, отримані на 300 здорових досліджуваних, показали, що середня величина індексу астенії дорівнює $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо прийняти результати дослідження здорових осіб за відсутність астенії, то весь об'єм шкали можна розділити на діапазони:

16 діапазон 1 від 30 до 50 балів – Відсутність астенії, та депресивних розладів.

17 діапазон 2 від 51 до 75 балів – Слабка астенія та депресія.

18 діапазон 3 від 76 до 100 балів – Помірна астенія та депресія.

19 діапазон 4 від 101 до 120 балів – Виражена астенія та депресія.

2.2. Аналіз результатів дослідження

З метою виявлення психічних розладів, переважно емоційної сфери, а також встановлення довірливих відносин, перед застосуванням тестових методик, з усіма жінками була проведена клінічна бесіда.

Аналіз результатів бесіди проводився в два етапи:

- 1 на першому етапі були проаналізовані результати обстеження жінок, які зробили аборт, виявлені цінність дитини для матері, особливості психологічного стану жінки до та після аборту.
- 2 на другому етапі були проаналізовані матеріали психологічного обстеження вагітних жінок, які планують виховувати дитину.

Базуючись на дослідженні Г.Г. Філіпової були виділені певні типи відношення до материнства у досліджуваних нами жінок. Г.Г. Філіпова відмічає що в кожній жінки існує природний інстинкт материнства, але можуть виникати певні відхилення, так зване „девіантне материнства”, до якого автор відносить відмови від материнства, жорстоке поводження з дітьми, аборти. Крім того Г.Г. Філіпова розрізняє шість типів відношення до вагітності та материнства: адекватний тип, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний, заперечний [59].

На основі цих даних були виділені група жінок зі сформованою готовністю до материнства і група з ознаками не сформованої готовності до материнства.

Умовно розділено учасників дослідження на дві групи, до першої групи увійшли жінки, які мають в анамнезі аборт. До контрольної групи увійшли вагітні жінки, які планують виховувати дитину попри важкі життєві обставини.

Жінки, які мають в анамнезі аборт. Для 16 жінок, які належать до даної групи характерний тривожний тип материнського відношення. Дане

відношення характеризує: пізнє розпізнавання вагітності, з вираженим соматичним компонентом (відмічається виражена нудота, порушення апетиту, розлади травлення), навіть після аборт, яке супроводжується почуттям розчарування або неприємного здивування; у двох жінок був відмічений заперечний тип відношення до вагітності та материнства, для жінок даного типу характерне почуття розпачу, ідентифікація вагітності супроводжується з різкими негативними емоціями, вся симптоматика різко виражена і негативно фізично та емоційно забарвлена, переживання вагітності як покарання, перешкоди т.д. Думки про вагітність викликають неприємні фізіологічні відчуття, супроводжуються нудотою. У інших двох жінок, які зробили аборт відмічається ігноруючий тип відношення до вагітності. Жінки даного типу мали аборт в пізньому терміні, оскільки ідентифікували вагітність пізно. Інформація про вагітність викликала почуття розпачу та неприємного здивування, соматичний компонент виражений слабо, жінки не розрізняють фізіологічні відчуття до та на час вагітності. Думки про вагітність та дитину не виникають, на аборт жінки йшли як на звичайну медичну процедуру.

Всі жінки відчували напруження напередодні аборт, мали бажання, щоб все швидше закінчилося. З даних літератури відомо, що більшість жінок, які приймають рішення зробити аборт, виховувались в нестабільних сім'ях і з раннього дитинства мали негативний досвід міжособистісних взаємостосунків. Особистість багатьох „жінок, не готових до ефективного материнства”, формувалась у своєрідній субкультурі агресії, частина з них в дитинстві страждали від принижуючого гідність ставлення та холодного відношення зі сторони своїх батьків. Лише шість жінок (30%) характеризують свої відносини з матір'ю, як хороші. Крім того аналізуючи сімейну ситуацію жінок, які прийняли рішення зробити аборт, закордонні дослідники [40] виявили, що головним фактором, який призводить до аборт, являється нестабільність та загроза розпаду власної сім'ї жінки, а також неповна сім'я.

Перш ніж приступити до аналізу мотивів абортів, необхідно зупинитися на особливостях психологічного портрету жінки яка прийняла рішення його зробити. Ще в 30-ті роки при вивченні психологічного стану жінок, які йшли на аборт, були виявлені емоційна та психологічна незрілість, неготовність до шлюбу з причин емоційної нестабільності та егоцентризму. Це спостерігалось у жінок, які в дитинстві самі потерпали від психологічної агресії, або яким не вдалося вирішити свої дитячі конфлікти [16].

З того часу дуже мало нового прибавилось в наших знаннях про психологічний портрет жінок, які приймають рішення абортів. Більш пізні дослідження також підтвердили наявність у цих жінок, психологічної незрілості, емоційної нестійкості і нездатності до позитивного зв'язку з дитиною. Автори вважають, що в такій ситуації сама дитина як би демонструє матері неприйнятні для неї самої її власні ознаки [4],[6].

В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

Аналізуючи бесіди з жінками, в їхніх висловлюваннях можна виділити певні групи причин, що негативно впливають на жінок перед їхньою згодою на аборт. Кожна жінка називала їх кілька і представлені вони у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Причини, що спонукали жінок до абортів

Причини	Кількість жінок
аборт за медичними показниками	1 жінки
конфліктні ситуації в сім'ї	5 жінок
зовнішні негативні обставини	10 жінок

небажана вагітність	14 жінок
---------------------	----------

Розглянувши таблицю 2.2. бачимо, що на рішення зробити аборт впливає не одна причина, а комплекс. Вони можуть комбінуватися, але найчастіше серед причин жінки називають небажану вагітність та зовнішні обставини, які на них негативно впливають (це і важкий матеріальний стан, і малий інтервал між вагітностями, і важкі умови догляду за першою дитиною, і бажання продовжити навчання, та ін.).

Графічне зображення процентного співвідношення причин абортів представлено в Рис. 2.1.

Рис. 2.1.



Розглядаючи діаграму 1 можна бачити, що:

- зробили аборт за медичними показниками 1 жінки (5%);
 - мали конфліктні ситуації в сім'ї 3 жінок (15%);
 - зовнішні обставини вплинули на 11 жінок (55%);
- 20 вагітність була небажаною у 13 жінок (65%).

Перед абортom всі жінки відмічають тривожний стан, але не всі відмічають після нього певні негативні психологічні зміни. Для деяких жінок аборт виявляється вирішенням проблем. Крім того всі жінки зазначали, що не планують більше вагітніти. Всі жінки відмічали, що вони лишилися наодинці зі своїми проблемами, потребували допомоги та підтримки.

Контрольна група. Для всіх жінок даної групи характерний адекватний тип переживання вагітності: поступова конкретизація образу дитини, та уявлення його з позитивними емоціями; вираження динаміки психосоматичного стану, відповідає фізіологічній вагітності: на початку вагітності дані жінки відчували загальну слабкість, легку втому, зниження активності, в третьому триместрі дана група жінок мають хвилювання перед пологами, хоча й з нетерпінням очікують зустрічі з майбутньою дитиною. У даної групи вагітних можна простежити чітку динаміку змін у психологічному стані жінки. Перші рухи плоду вагітні відчують згідно з терміном, чітко їх диференціюють, рухи викликають в них позитивні відчуття.

Всі жінки даної групи відмічають, що вагітність була незапланованою, хоча й бажаною, чотири жінки з двадцяти мають нестабільний матеріальний стан, не працюють, незаміжні і планують виховувати дитину на одинці; дві жінки мають двох дітей від першого шлюбу, на даний час живуть цивільним шлюбom; дві жінки – студентки, не заміжні; три жінки мають вік старше 35 років. З огляду на сказане можна зробити висновок, що рішення залишити вагітність приймалося зважено, можливо не одразу.

Обробка результатів тестів проводилась в три етапи: спочатку було оброблено результати дослідження жінок шкалою депресії Зунга. Підрахунок результатів тесту проводився за формулою 2.1. Відповідним чином

оброблено результати дослідження рівня тривожності з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч.Спілбергера. Підрахунок проводився для кожної досліджуваної окремо згідно з ключем. Аналогічно, відповідно до ключа були оброблені результати шкали астенічного настрою Л.Д. Малкової.

Таким чином підраховувались результати для всіх досліджуваних, попередньо розділивши їх на дві групи, окремо підраховувались бали жінок, які зробили аборт, і окремо підраховуємо бали вагітних жінок. Кількісні показники окремо для кожної з жінок представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	61	60	63
2.	Валентина	68	64	78
3.	Коломієць О.М.	72	71	76
4.	Олена	68	69	104
5.	Тетяна	71	49	108
6.	Поліна	40	42	79
7.	О.Р.К.	62	62	100
8.	Марія	68	68	105
9.	В.Л.	64	45	79
10.	К.Р.В.	46	41	78
11.	Тамара	60	55	104
12.	Д.К.Ю.	65	53	78
13.	Ольга	69	61	79
14.	Ольга Д.	62	47	107
15.	К.	51	38	70
16.	А.Р.С.	37	43	73
17.	Інга	62	48	106
18.	А.К.В.	32	44	70
19.	Лідія	69	63	72
20.	Т.М.Ю.	59	49	69

Відповідно до таблиці 2.3., для подальшої роботи з отриманими результатами виведемо середнє арифметичне для кожного психологічного

стану за формулою 2.1.

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (2.1.)$$

Середній рівень депресії $O' = 62,7$. Середній рівень тривожності $= 51,3$. Середній рівень ступені вираження астенічного стану (АС) для жінок, які зробили аборт $= 81$.

Відповідним чином підрахуємо бали кожної методики для групи жінок, які носять вагітність. Кількісні показники представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для вагітних жінок (контрольна група)

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (O')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Марина	46	36	50
2.	Надія Василівна	37	38	38
3.	С. Петрівна	38	34	45
4.	Лідія Іванівна	35	30	52
5.	Ольга	40	30	38
6.	А.Д.	48	50	40
7.	Вікторія	45	30	71
8.	Наталія	52	32	39
9.	В.В.	47	33	69
10.	Катерина	39	40	62
11.	Н.В.	53	42	70
12.	Світлана Василівна	43	29	54
13.	Юлія	49	41	39
14.	В.В.	47	27	55
15.	Н.Р.	38	32	49
16.	Ольга Миколаївна	58	43	78
17.	Олена Дмитрівна	41	31	47
18.	В.Д.	49	40	57
19.	Аліна	52	47	76
20.	К.К.	40	34	53

З метою порівняння кількісних показників обох груп та проведення якісного аналізу, необхідно вивести середнє арифметичне для кожного з показників представлених в таблиці 2.4.

Середній рівень депресії для групи вагітних жінок (O') = **45,3**.

Середній рівень тривожності для даної групи жінок (CT) = **36,7**.

Середній показник астеничного стану (AC) = **54,1**.

Дане дослідження було проведене з метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, що зробили аборт, яке полягало у дослідженні тривожності, наявності депресії та астеничного стану. Після підрахунку результатів, як можна побачити з таблиці 2.3. кількісні показники експериментальної групи дещо відрізняються від контрольної, це свідчить про те, що у вагітних жінок не спостерігається порушень в емоційній сфері. Як бачимо з таблиці 2.5. рівень депресії, який вимірювався з допомогою опитувальника В.Зунга, становить 62,7, це значить, що у всіх жінок даної групи на момент обстеження був виявлений значно знижений настрій та помірний рівень депресії, даний показник депресії характеризує стійкі зміни в емоційному стані, жінок даної групи характеризує відчуття втоми, погана концентрація уваги, апатія, незацікавленість у вподобаних раніше заняттях, відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження. Даний показник депресії свідчить про хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, почуття власної замінності та нікчемності. Показники ж контрольної групи рівня депресії (45,3) свідчать, що у жінок з даної групи не спостерігається зниженого настрою та жодних проявів депресії. Як можна простежити з таблиці 2.5., показники тривожності в жінок, що зробили аборт (51,3), також значно перевищують показники контрольної групи (36,7), таким чином можна відмітити що у жінок, у постабортний період спостерігається високий рівень тривожності, це свідчить про нестачу вольової активності, похмура оцінка свого стану переноситься на події минулого, які видаються ланцюгом суцільних помилок та невдач. З'являється хворобливе відчуття провини

перед близькими. Майбутнє здається безрадісним та безперспективним. Даний показник характеризується підвищеною вразливістю, на найменшу критику виникає відчай, плаксивість. Показники ж контрольної вказують на помірний рівень тривожності, що не приносить особливих хворобливих переживань. Тривожність проявляється в основному питань, які стосуються майбутнього. Відповідне співвідношення простежується і з показниками астенічного стану, як бачимо з таблиці 2.3., показники астенічного стану експериментальної групи (81) також значно перевищують показники контрольної (54,1), це вказує, що у досліджуваних жінок, які зробили аборт відмічається помірна астенія та депресія, у жінок контрольної групи депресивних розладів та астенії не спостерігається взагалі.

Таблиця 2.5.

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	62,7	51,3	81
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Результати даного дослідження можна порівняти з проведеним аналогічним дослідженням М.Ю. Колпакової, її дослідження було проведене серед 1000 жінок на базі однієї з жіночих консультацій Москви. Кількісні показники тривожності, депресії та вираження астенічного стану представлені в таблиці 2.6. Як бачимо з таблиці показники жінок, що зробили аборт перевищують показники контрольної групи, це значить, що жінок експериментальної групи відрізняє високий рівень тривожності, наявність депресії та незадоволеність собою.

Таблиця 2.6..

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз) за М.Ю.Колпаковою

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	56,5	52,1	78,8
Контрольна група	37,3	32,2	51,3

Отже, можна зробити висновок, що проведене дослідження та дослідження М.Ю. Колпакової вказують, що у всіх жінок, які зробили аборт спостерігається виражена тривога, наявність депресії, невпевненість в собі, незадоволення вагітністю. Дані проведених тестів у всіх випадках поєднуються з відхиленням від адекватного стилю переживання вагітності, з нестабільною сімейною ситуацією, з негативним відношенням до змін у власному організмі та незадоволенням відносин з оточуючими, з відхиленням від адекватного сприйняття цінності дитини, з відхиленням від адекватного типу материнського відношення.

Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання, хоча досліджуваних було попереджено, що інформація отримана в ході дослідження буде конфіденційною, більшість учасниць вирішили свої прізвища написати тільки у вигляді ініціалів і підписи на бланках тексту не ставились.

Висновки до другого розділу

1). Проведене дослідження показало, що після аборт у особистості жінки, в її свідомості та самосвідомості виникають певні зміни. Отримані дані підтверджують, що після аборт у жінок виникають розлади емоційної сфери. Проведення з жінками бесіди вказує, що у більшості жінок (80%) спостерігається тривожне ставлення до вагітності, у 10% жінок відмічається заперечний тип реагування на вагітність, та у 10% - ігноруюче ставлення до вагітності. В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

2). За результатами тестових методик, можна відмітити високі показники тривожності та депресії у всіх жінок, які зробили аборт. Як уже зазначалося з даних літератури, перелік як фізіологічних так і психологічних розладів в постабортний період надзвичайно широкий, наше дослідження з допомогою тестових методик це підтвердило. У всіх жінок, які зробили аборт виникає значно знижений настрій та високі показники тривожності, депресії та астеничного стану

3). Результати дослідження вказують, що жінки, які зробили аборт, емоційно незрілі особистості, яках відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, почуття спустошеності, відчай, апатія, почуття журби, смутку, наявність астеничного та депресивного станів. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття недовіри собі та оточуючим, їх відрізняє неспроможність контролювати свої імпульси. Саме тому всі жінки з експериментальної групи потребують проведення психокорекційної роботи по зниженню тривожності та усуненню постабортних розладів.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК У СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

3.1. Проведення психокорекційної роботи по усуненню постабортних наслідків

Результати експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності.

До початку комплектації групи була розроблена програма тренінгу, яка розкриває основні цілі, структурні компоненти, мету та завдання тренінгових занять а також короткі характеристики кожної з вправ. Програма проведення психокорекційного тренінгу представлена в таблиці 3.1. Більш повна характеристика з описом мети, техніки проведення вправ представлена в додатках (додаток 9). Для отримання згоди щодо проведення тренінгу програма була представлена керівництву закладу в якому проводились заняття, а також кожному з учасників тренінгу.

Таблиця 3.1..

Програма тренінгу „Актуалізація динамічних перетворень у мотиваційній сфері жінок з підвищеною тривожністю”

Основні етапи, структурні компоненти тренінгу, їх мета і основні завдання	Тривалість
<i>Підготовчий етап. Мета: сформувати мотивовану групу учасників тренінгу.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Знайомство” – створення дружньої атмосфери.	10 – 15 хв.
2. Вправа „Самопрезентація” – вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.	20 – 30 хв.
3. Вправа „Радість” – переживання учасниками групи найприємніших подій життя.	20 – 25 хв.
4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” – арттерапевтична робота в групі.	30 – 40 хв.
5. Підведення підсумків ведучим тренінгової групи	20 -25 хв.

Основний етап. Мета: формування досвіду особистісних змін.		15 – 20 хв.
1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” – виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч.		20 - 25 хв.
2. Вправа „Психодрама субособистостей” – аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів потреб.		40 – 60 хв.
3. Вправа „Сліпі і поводитир” – підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.		25 -30 хв.
4. Вправа „Коло впевненості” – вправляння і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, посилення почуття впевненості в собі.		25 – 30 хв.
5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” обговорення найбільш важливих цілей та прагнень		20 – 25 хв.
6. Вправа ”Моделювання сценаріїв життя” – обговорення індивідуальних способів рішень виникаючих проблем.		20 – 30 хв.
7. Вправа „Мій успіх в минулому” (використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулими успіхами, для формування нових мотиваційних відносин з допомогою прийому мотиваційного переключення).		25 – 30 хв.
8. Вправа „Втримати рівновагу” – вправа на формування впевненості у собі, вияв внутрішніх конфліктів		15 – 20 хв.
9. Вправа „Уникнення невдач” – аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдач, пояснення механізмів психологічного захисту.		20 – 25 хв.
10.„Місто впевненості” – вправа на аналіз поведінки невпевненої в собі людини.		25 – 30 хв.
11.Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” – ознайомлення з техніками подолання страхів, тривоги, хвилювання.		25 – 35 хв.
12.Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” – навчання адекватному вибору завдання середньої складності.		25 – 40 хв.
13.Вправа „Я – господар” – ознайомлення із особливостями поведінки впевненої у собі людини.		20 – 30 хв.
14.Вправа „Емоції у моєму тілі” – аналіз особливостей власних переживань і прояву емоцій учасниками тренінгу.		20 – 25 хв.
15.Вправа „Позбався образу невдахи” – аналіз причин виникнення депресії.		20 – 25 хв.
16.Вправа „Скривджена людини” – аналіз групою реагування на кривду впевненої і невпевненої людини.		15 – 25 хв.
17.Вправа „Моє відображення” – аналіз само відношення.		10 – 30 хв.
18.Вправа „Мої цінності” – аналіз інструментальних цінностей.		25 – 30 хв.
19.„Точка опору” – розкриття сильних сторін особистості.		25 – 30 хв.
20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” – аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.		25 – 30 хв.
21.Вправа „Подолання звинувачення” – корекція самооцінки.		25 – 30 хв.
22.Вправа „Що я відчуваю” – вправляння учасників тренінгу в		25 – 35 хв.

самоаналізі своїх психічних станів.	20 – 25 хв.
23.Вправа „Подолання” – аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного вирішення проблем.	15 – 25 хв.
24.Вправа „Прийняття критики” – корекція самооцінки.	25 – 30 хв.
25.Вправа „Відстоювання своєї думки” – Корекція самооцінки.	20 – 25 хв.
26.Вправа „Зворотній зв’язок” – навчання вмінню усвідомлювати власні переживання та переживання інших людей.	25 – 30 хв.
27.Підведення підсумків соціально – психологічної роботи по формування мотиваційного розвитку і саморозвитку.	25 – 30 хв.
	10 – 15 хв.
<i>Завершальний етап. Мета: підвести учасників групи соціально – психологічного тренінгу до усвідомлення наявності сформованих у них особистісних змін.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Казка” (жінкам пропонується скласти казку до і після тренінгу) – аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.	40 – 60 хв.
2. Вправа „Зворотній зв’язок” Учасникам групи пропонується поділити свої враженнями, щодо тренінгу.	10 – 15 хв.

[13].

Технологія проведення тренінгу:

1. Тренінг проводився ведучим.
2. Введення у проблематику тренінгу здійснювалось під час ознайомлення з програмою та отриманням згоди на участь у тренінгових заняттях;
3. Формувалась готовність до взаємного співробітництва, мотивація досягнення задач тренінгу;
4. Здійснювалась корекція деструктивних станів та засвоєння психотехнік нової поведінки.

Комплектація груп і тривалість тренінгу:

Дослідження показують, що психологічний тренінг більш ефективний тоді, коли група неоднорідна за професійним складом, захопленнями, тобто доцільно комплектувати групу з представників різних професій. В тренінговій роботі взяли участь 20 жінок експериментальної групи (які зробили аборт), із наявністю високих показників депресії, тривожності та астеничного стану, що можуть зумовлювати дезадаптивне переживання

труднощів. За соціальним статусом група є однорідною. В індивідуально – психологічному аспекті група неоднорідна, завдяки цьому індивідами з емоційно – експресивним стилем спілкування отримують досвід взаємовідносин з людьми більш раціонального складу мислення і навпаки. Програма психокорекційного тренінгу для жінок, які зробили аборт, підпорядкована меті тренінгу – формування нових особистісних конструктивних станів на протизагу деструктивним; завданням – розвиток і корекція уявлень учасників групи про себе, корекція тривожної поведінки, формування емоційної стійкості в кризових умовах існування, корекція психологічних захисних механізмів, пізнання інших людей та формування гуманістичної установки по відношенню до них.

У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- 21 формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;
- 22 корекція самооцінки;
- 23 зниження тривожності;
- 24 формування мотиваційних диспозицій;
- 25 побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Формування таких особистісних змін проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева. Тривалість тренінгу була – 5 занять по 4 години і 2 заняття по 2 години (всього 24 години).

Тренінг проводився в окремому, світлому приміщенні без сторонніх шумів.

Звернемось до отриманих даних психологічного дослідження обох груп. Так на основі дослідження відмічено що середній показник тривожності групи жінок, що зробили аборт складає 52,1, показник тривожності контрольної групи становить 32,2. Це свідчить про те, що жінки контрольної групи мають якісно адаптаційний психологічний зміст, низький рівень тривожності відсутність депресії, на відсутність астенічного стану. Мета заключного етапу експериментального дослідження полягала в проведенні порівняльного аналізу якісних і кількісних результатів

експерименту в учасників основної та контрольної груп, що дозволили визначити динаміку ефективності особистісних змін жінок. З цією ціллю проаналізовано динаміку тривожності та депресії в експериментальній та контрольній групах після психологічного впливу.

Психокорекційна програма експерименту спрямована на спонукання розвитку життєвих цінностей, по відношенню до материнства, переосмислення мотивів поведінки.

**Проведення тренінгової психокорекційної роботи ґрунтується на
таких соціально – психологічних методах:**

Групова дискусія – спосіб організації спілкування учасників групи, який дозволяє спів ставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін. Зміст дискусії – біографічний, група аналізує труднощі особистісного переживання кризових та проблемних станів в процесі трансформації елементів ціннісно – смислової сфери особистості, який відбувається в її індивідуальному досвіді пізнання загальнолюдських ціннісних універсалій.

Аналіз конкретних ситуацій – цей метод сприяє формуванню та розвитку творчих здібностей особистості, які допомагають їй протистояти внутрішнім (глибинним) та зовнішнім (соціальним) регресивним тенденціям. Цей метод сприяє акумуляції досвіду подолання кризових станів.

Рольова гра – метод з допомогою якого моделюються ситуації подолання особистістю тривоги та депресії, що дозволяє актуалізувати в ціннісно – смисловій сфері зміни, пов'язані з набуттям нового досвіду суб'єктивної готовності до переживання депресії та активно протистояти кризовим ситуаціям.

Психодрама – один з активних методів групової психокорекції, при використанні якого учасники виконують ті соціальні ролі, що пов'язані з моделюванням кризових життєвих ситуацій, мають особистісний смисл. На відміну від зовнішньої рольової гри в ході псих одрами усуваються неадекватні емоційні реакції і внутрішній конфлікт учасників. Якщо в ході класичної ролевої гри її учасники діють за жорстко заданим сценарієм, то в

процесі психодрами задаються лише загальні вимоги до ролі, при цьому заохочується творчість та здатність виражати свої думки і почуття відносно життєвих ситуацій, які є найбільш кризовими, оскільки впливають на повноцінне індивідуальне втілення людського буття [48].

Основні принципи проведення психокорекційного тренінгу:

Основні принципи проведення тренінгу відповідають теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті психологічні механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу його учасниками і ведучим – тренером. Можна відмітити в них такі основні принципи згідно з якими будувався даний психокорекційний тренінг:

1. Принцип гуманістичного відношення до особистості, який виражається в ставленні один до одного з повагою, в прийнятті людей такими, якими вони є, без намагань їх „перевиховати”. Кожен учасник тренінгової групи має право говорити про те, як він сприймає іншого, які почуття в нього виникають в зв'язку з поведінкою і висловлюваннями партнерів. Група допомагає учасникам усвідомити рівень свого психологічного розвитку. Участь у тренінгу і виконання окремих тренінгових вправ є для учасників добровільним. Але якщо учасники дуже часто ним користуються вони збіднюють самих себе. Загальний принцип гуманності передбачає психологічну захищеність особистості, її впевненість в тому, що особистісно – конфіденційна інформація не стане предметом обговорення поза групою.
2. Принцип саморозкриття та самоусвідомлення. Розкриття свого „Я” (внутрішнього світу) перед іншими членами групи є ознакою сильної і здорової особистості. Як підкреслює К. Рудестам, „можливість відкрити свою душу іншому сприяє психотерапевтичному ефекту”. В умовах психологічного тренінгу між учасниками встановлюються

близькі, довірливі відносини.

3. Принцип „тут і тепер”. Учасники групи аналізують не те, що було раніше, а ті події, які є особистісно значущими для людини в даний момент. Це один з центральних принципів групової психотерапії, який сприяє вивільненню негативних переживань, розвиває психологічну чуттєвість, підвищує усвідомлення самого себе, розвиває більш позитивну Я – концепцію, допомагає здобути віру в себе.
4. Принцип „зворотного зв’язку”. Ефективність цього принципу полягає в можливості учасників психологічного тренінгу інформувати один одного про вплив їхньої поведінки на діяльність групи, допомагає більш адекватно сприймати і розуміти отриману інформацію, більш успішно контролювати неадекватну поведінку. Зворотній зв’язок є більш ефективним тоді, коли він не містить прямих оцінкових суджень: наприклад, доцільніше сказати „ти три рази мене перебив...” замість „ти нестримана людина”. Сам по собі „зворотній зв’язок” між людьми має тенденцію до розвитку тісних контактів [13].

Мета тренінгу – корекція стратегій подолання криз особистісного становлення, що реалізуються в „невротичних” способах їх подолання, а також формування особистісних змін за рахунок подолання депресії, зниження тривожності та астеничного стану.

Психотерапевтичні вправи – завдання для групи, які виконуються в довільній формі і сприяють зняттю емоційної напруги, прискорюють процес згуртованості групи, дають можливість прояву тих індивідуально – психологічних відмінностей, які потребують розвитку і корекції.

Від членів групи вимагалось виражати свої почуття, прямо просити про те чого їм хочеться, відводити час для вирішення своїх проблем, говорити оточуючим, як ті на них впливають, приймати участь у конфліктах і приймати самостійні рішення. Всіх учасників групи було попереджено, про необхідність відвідування кожного тренінгового заняття, оскільки їх відсутність впливає на роботу групи в цілому, учасникам нагадувалось, що

вони знаходяться в групі, щоб більше дізнатися про себе, покращити свій емоційний стан, а не з цілю зблизитися з будь-ким , уникнути самотності. Учасникам пояснювалось, що вони мають намагатися поводитися не інакше ніж вони звикли, на час проходження тренінгових занять всім учасникам заборонялось приймати алкоголь, наркотики та хімічні препарати. Описані правила були роздруковані та роздані всім учасникам до його початку

У психокорекційній програмі були використані вправи тренінгу С.С. Канюка, та тренінгу І.Г. Малкіної – Пих, перероблені і доповнені. М. Пилипенко [20],[32].

Розглянемо окремі варіанти групових психокорекційних вправ, спрямованих на зниження тривожності у жінок експериментальної групи.

Так, вступна бесіда – дискусія „ Я і мої проблеми” на початку одного з занять була присвячена ознайомленню жінок з формуванням тривожності, підвищенню стійкості щодо кризових ситуацій. Особлива увага зосереджувалась на необхідності усвідомлення власних особистісних характеристик, емоційних причин своїх проблем, можливих способів їх подолання та переорієнтації негативного ставлення до себе на позитивне з метою зняття емоційного напруження, позбавлення тривожності.

Після проведення і закріплення бесіди застосовувалось практичне вправляння сформованих умінь з метою зменшення рівня тривожності за допомогою арсеналу психотехнік

Звернемось до прикладу. Психотехніка „Як я долала свій стан тривоги” та „ Як я долаю свій стан тривоги зараз” дає можливість ознайомити жінок з різними способами подолання тривожності. При цьому кожен з учасників повинен був розповісти про свій позитивний та негативний досвід подолання тривожності, визначити найприємніше та найбільш негативне, дати їм аналіз і пригадати ситуації, в яких вони виявлялися в минулому і теперішньому часі. Як відомо, у добре адаптованих досліджуваних сильний розрив між „Я в минулому” та „ Я зараз”.

Надалі акцентувалася увага жінок на тому, що дуже важливо для

зниження тривожності у критичних ситуаціях:

26 навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття і настрої;

27 набути навичок і вмінь контролювати і керувати своєю поведінкою;

28 розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення [19].

У проведені психотехніки „Мої емоції і почуття” одні жінки зосереджувались на індивідуальному відтворенні у невербальній формі певних емоцій і почуттів а інші визначали, з якою емоцією чи почуттям ідентифікував себе той чи інший учасник. Наприкінці виконання завдання робився висновок про те, що тривожність, можна навчитися знижувати лише після того, коли усвідомлюєш її присутність у формі суб’єктивних емоційних відчуттів і очікуєш найнеприємніших подій, програмуючи себе на участь у вже визначених тобою життєвих сценаріях.

Тому слідом за виконанням описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши свою програму подолання тривоги”.

Жінкам була запропонована вправа „Переробка”, розроблена на основі психокорекційних вправ, запропонованих І.В. Ващенком, О.Г. Антоною [8]. Завданням вправи є „переробка” вражень від подій, зменшення індивідуальної і групової напруги власних патологічних реакцій, посилення групової підтримки, визначення засобів допомоги на випадок виникнення кризових ситуацій.

Одне із наступних занять розпочалося бесідою – дискусією „Як ти долаєш свій страх”, яка була спрямована на виявлення та усвідомлення досліджуваними власної тривоги і страхів, їх впливу на ефективність навчальної діяльності, причини виникнення.

Жінки із задоволенням виконували вправу „Продавець”, долаючи стан ситуативної та особистісної тривожності завдяки її усуненню внаслідок розповідання всім про свої емоційні стани і неприємні спогади їх переживання та подолання, тобто – продавати. Переможцем визначався той

учасник, який продав найбільше засобів подолання негативних емоційних станів і набрав найбільшу кількість балів.

Жінки прийшли до висновку, що у стані тривоги слід зосереджуватись на позитив, а не на думках і уявленнях про можливі неприємності і невдачу.

Зупинимося на характеристиці окремих психотехнік, метою проведення яких було підсилення та актуалізація мотиву досягнення успіху. З цією метою жінкам було запропоновано психотехніку „Запозичення позитивних якостей”. Спочатку перед виконанням завдання жінкам ставилось питання: „Як ви думаєте, що робить Вас впевненими?” Надалі пропонується записати 20 речень, в яких є різні способи збільшення впевненості в собі, а потім перенести вміння подолати страх у сферу невдач.

Досить дієвими виявилися малюнкові техніки „Я та мої проблеми” та „Мій автопортрет”, метою проведення яких було усвідомлення жінками своїх негативних і позитивних рис, які можуть виступати фактором поглиблення переживання труднощів у житті і професійній діяльності або можуть сприяти конструктивному їх подоланню індивідом. Для виявлення домінуючих рис з допомогою проєктивних психотехнік жінкам було запропоновано відтворити різні ситуації і бачення своєї особистості у формі малюнку через три місяці після останнього аборту.

Після проведення малюнкових психотехнік організувалася бесіда „Мій досвід у переборюванні труднощів”, у процесі якої зазначалося, що поміж людьми існують відмінності в реагуванні на різні стресові ситуації.

На заняттях було проаналізовано, що властивостями впевненої в собі особи, з низьким рівнем тривоги є схильність сильно захоплюватися роботою, потреба шукати нові шляхи вирішення проблем, готовність приймати допомогу і допомагати іншим у проблемних ситуаціях, щоб спільно пережити радість успіху

Основні етапи, та детальний опис структурних компонентів тренінгу, їх мета і завдання представлені в додатках (додаток 9).

ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ.

Підготовчий етап (2 – 3 год.).

Оскільки середовище в якому знаходяться досліджувані впливає на атмосферу в групі, для проведення тренінгу була підібрана світла, простора кімната, достатньо великих розмірів, без сторонніх шумів, всі учасники розсаджувались на стільцях по колу так, щоб забезпечувався зоровий контакт і досягалася певна близькість. На цій стадії відбувається ознайомлення учасників з цілями і завданнями тренінгу та принципами роботи групи. Учасники знайомляться один з одним. Метою даного етапу тренінгової роботи є створення дружньої і творчої атмосфери, зниження рівня психологічного захисту учасників групи, засвоєння групових норм і правил, створення в групі психологічної атмосфери, сприятливої для самопізнання і самореалізації, розвиток гуманістичної установки по відношенню до інших людей, створення атмосфери взаємної довіри, зниження емоційної напруги між учасниками, ознайомлення із основними правилами групової роботи. Цей етап дуже важливий, оскільки в ньому формується групова ідентичність. На цьому етапі тренінгової роботи групі пропонується ряд технік, які допомагають розпочати роботу і перебороти певні страхи. Під час першої сесії ми просимо членів групи оцінити для себе кожного з присутніх. Ми просимо мовчки сфокусуватися на враженнях від кожного учасника. Ми постійно підкреслюємо, що зараз не будемо просити їх розповісти про свої реакції. Нашою ціллю є дати можливість учасникам окремі ділитися з думками та почуттями, які виникають у них в новому середовищі. На цій стадії групової роботи учасники розподіляються за ролями, утворюють силові структури і альянси, виявляють свою ідентичність, перевіряють ведучого і інших учасників тренінгу. Від вдало проведеного початкового етапу залежить чи залишаться група в початковому складі до закінчення роботи, чи зможуть учасники розкрити свої проблеми, зрозуміти важливість даної проблематики. На даному етапі були проведені такі психокорекційні вправи

як: „знайомство”, „самопрезентація”, „радість”, „груповий малюнок”. Детальна характеристика вправ з описом мети, інструкції представлена в додатках (додаток 9).

Підведення підсумків підготовчого етапу. (20 – 25 хв.)

Завершенням даної роботи є глибинно аналітичний аналіз когнітивного простору учасників групи у процесі роботи. Питання ставились слідуючі: Що ви відчували у процесі роботи по відношенню до самої себе? – Що ви відчували по відношенню до інших? – Чи змінились ваші сприйняття труднощів? – В якій мірі Ви задоволені заняттям? – Ваші домінуючі емоції в даний час? – Що в роботі СПТ вам сподобалось? – Як би вам хотілося змінитися до початку наступної сесії. Даний етап тренінгу включає принципи рефлексії для покращення розуміння кожним учасником самого себе [69].

Основний етап (15 – 20 год.) Мета: формування досвіду особистісних змін під впливом психокорекції в умовах моделювання кризової ситуації. Заняття відносять до основного етапу роботи з групою. Як і попередні він включає ті вправи, які створюють „терапевтичну атмосферу в групі”, після чого група переходить до обговорення життєвих проблем, в ході чого виявляються найбільш значимі особистісні реакції кожного учасника групи, який переживає дані проблеми. До них можна віднести низький або занижений рівень самооцінки, невпевненість в собі, страхи, схильність до самозвинувачення, висока тривожність, інфантильність та незрілість особистості.

Такі індивідуальні особливості виявляються в ході виконання учасниками тренінгу завдання „опиши свій стан у кризі”. В процесі його здійснення група приходить до висновку, що поява нових здібностей щодо подолання кризових станів людиною взагалі пов’язана з депресивним розвитком, оскільки особистісний розвиток – це і є наслідок переживання стресу, інтелектуального напруження під час вирішення життєвих проблем. Часто після переживання кризи люди стають більш терплячими, уважними, тактовними, вдумливими, обережними. Тому будь – які кризові зміни в житті

можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя. Група приходить до висновку, що психологічно вигідно не впасти в депресію, а свідомо активізувати самого себе і націлити на активне вирішення виникаючої проблеми. В ході даного етапу роботи з групою проводились такі вправи як: „Виявлення життєвих цінностей” „Психодрама субособистостей”, „Сліпий і поводитир”, „Коло впевненості”, вправа „Що я хочу досягти”, „Уникнення невдач”, „Місто впевненості”, „Емоції у моєму тілі”, „Прийняття критики” [33]. Більшість проведених вправ передбачають, що в завдання тренера не входить покращення самопочуття даної групи жінок або вирішення їх проблем. Вони мають самостійно працювати над своїми проблемами, і виходити з того стану в якому вони знаходяться. Однак нами формувались умови, в яких члени групи, поглиблюючи і впорядковуючи свої думки та почуття, будуть більш спроможні до досягнення змін. Самоаналізу неможливо навчити, втішаючи та даючи поради, але учасників можна побудити дослідити їх власні проблеми – для цього їх перш за все потрібно поважати і вислухати. Проведені вправи забезпечують групі можливість викласти свої проблеми (чого може не бути в щоденному житті) і віднайти зв'язок між наявними проблемами і минулими переживаннями. На цій стадії ми зосереджені на тому, щоб створити між учасниками зв'язок, виділяючи та пропрацьовуючи в групі спільні питання. Нами слідувалось щоб кожен учасник групи однаково приймав участь у її роботі. Було відмічено що в початкових сесіях в роботу групи одразу включались лише певна кількість людей, інші на питання відповідали на зразок – „ Я не знаю що можна сказати”, - „ Я не хочу давати відповідь на це питання”. На наступних сесіях всі учасники охоче розпочинали роботу в групі або самостійно виносять на загальне питання які б вони хотіли обговорити. Крім того вони переносять проблеми з минулого в теперішнє, спілкуючись з важливими в їх житті людьми символічно так, якби ті знаходились в кімнаті. Члени групи також готові спілкуватися один з одним прямо та по суті, включаючи епізоди конфронтації . Група спроможна розпізнати конфлікт, і

учасники знають, що їм не потрібно його уникати. Така поведінка в цілому відрізняється від тої, до якої вони звикли за межами групи. Спілкування в групі характеризується вільним обміном реплік між учасниками. Роботу групи можна порівняти з оркестром, де окремі учасники прислуховуються один до одного і продуктивно працюють разом, не забуваючи слідкувати за підказками диригента. Учасники групи не бояться за те, що оточуючі не приймуть їхні висловлювання, оскільки бачили, як група приймала людей, які розкривали свої таємні сторони. Всі учасники готові спробувати інтегрувати думки, почуття і поведінку в повсякденному житті. Учасники групи спільно розробили спільноту, основу на довірі, і відносяться один до одного з повагою та піклуванням, чого не відмічалось на початковій стадії. Закінчується даний етап групової роботи вправою „Подарунок” (15 – 20 хв.). Всі учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття та участь у тренінгу”, це може бути зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця) [48].

Підведення підсумків психологічної роботи проводилось з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

III. Завершальний етап (2 – 3 год.).

Метою даного етапу роботи є: підвести учасників тренінгу до усвідомлення про наявність сформованих у них особистісних змін.

Початок роботи та її завершення являються, можливо, найголовнішими фазами в житті групи: початок – тому, що задається спільний тон, а кінець – тому, що підводяться підсумки навчання і, як правило, формується план конкретних дій. Доцільно буде підкреслити, що члени групи намагаються перенести набуте на сесіях в повсякденне життя. Коли група наближається до фіналу – на передостанньому зайнятті, – учасники обговорюють почуття, які в них виникають в зв'язку з закінченням тренінгу.

Учасникам було запропоновано подумати над змінами, які б вони хотіли побачити в собі через шість місяців, через рік і через п'ять років, потім їм пропонувалося уявити, що в один з перерахованих моментів група збирається в повному складі, і сказати, що їм більш за все захочеться розповість іншим. На даному етапі роботи жінки виконували наступні вправи: вправа „Казка” (40 – 60 хв.), (учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смисловому просторі кожної жінки). Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10). Та вправа „Зворотній зв'язок” (10 – 15 хв.). Метою даної вправи є груповий аналіз вражень від тренінгу. Учасникам групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”[68].

В кінці тренінгу кожний з учасників підсумовував для себе значення проведеної роботи. Всім учасникам задавались наступні питання: - Чи не могли б Ви підсумувати, що для вас значив цей тренінг? – Назвіть найголовніше, що ви зрозуміли з проведених зустрічей? – Що нового Ви дізналися про себе?

Закінчується зустріч тим, що група стає в коло, і учасники тренінгу разом з потисканням рук передають один одному свої враження: „Я вдячна тобі за те, що...”, „Я зрозуміла, що ти для мене...”.

3.2. Дослідження емоційного стану жінок після психокорекції

Після закінчення психокорекційної роботи в експериментальній та контрольних групах був проведений контрольний зріз, завдання якого полягало у виявленні динаміки тривожності та депресії. З жінками експериментальної групи після проведення тренінгу була проведена бесіда, крім того жінки досліджувались з допомогою методик: опитувальника Ч. Спілбергера, опитувальника депресії В.Зунга, та дослідження ступені вираження астеничного стану. Показники жінок порівнювались між собою до та після проведення психокорекційної роботи, а також з показниками контрольної групи.

Аналізуючи бесіду з жінками експериментальної групи, було відмічене значне покращення емоційного стану, кожна жінок чітко відповідала на виникаючі запитання, виглядала впевнено. Всі жінки відмічають, що після проведення тренінгу, для них стали більш значимими цінності кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання. На питання: - „Чи планують вагітніти надалі”, 9 жінок відповіли, що цілеспрямовано вагітніти не планують, але аборт категорично відкидають, 3 жінки відповіли, що лише після покращення матеріальних умов, 1 жінка хоче в найближчий час стати матір'ю, всі інші (7 жінок) планують більше не мати дітей.

Всі жінки відмічають, що після тренінгу в них покращився сон, налагодились стосунки в сім'ї.

Дослідження жінок з допомогою методик проводилась згідно інструкцій описаних в параграфі 2.1. Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання.

Для порівняльного аналізу кількісних показників тестових методик, через 2 дні після проведеного психологічного тренінгу всі жінки, які мають в анамнезі аборт досліджувались з допомогою тестових методик на наявність

депресії, тривожності та астенічного стану. Підрахуємо бали кожної з методик окремо для кожної з досліджуваних жінок. Кількісні показники кожної з жінок представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	57	47	56
2.	Валентина	57	35	59
3.	Коломієць О.М.	65	46	72
4.	Олена	60	40	74
5.	Тетяна	64	32	71
6.	Поліна	40	37	56
7.	О.Р.К.	50	42	70
8.	Марія	56	33	59
9.	В.Л.	55	36	76
10.	К.Р.В.	43	43	73
11.	Тамара	52	39	77
12.	Д.К.Ю.	54	37	70
13.	Ольга	53	41	51
14.	Ольга Д.	50	45	52
15.	К.	31	30	50
16.	А.Р.С.	34	29	49
17.	Інга	53	32	75
18.	А.К.В.	31	28	67
19.	Лідія	51	43	54
20.	Т.М.Ю.	50	43	67

Відповідно до таблиці 3.1. виведемо середнє арифметичне кожної з тестових методик за формулою 3.1.:

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (3.1.)$$

Середній показник рівня депресії для досліджуваних жінок = **51,2**.

Середнє арифметичне рівня тривожності = **37,9**.

Відповідним чином підрахуємо показники шкали астеничного стану.

Середнє арифметичне рівня астеничного стану та депресії = **63,9**.

Динаміка кількісних показників тривожності та депресії жінок експериментальної та контрольної груп представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка показників тривожності, депресії та астенії (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астеничного стану
Жінки, що зробили аборт (до проведення корекції)	62,7	51,3	81
Жінки, що зробили аборт (після проведення корекції).	51,2	37,9	63,9
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Як видно з таблиці 3.2. показники жінок, які мають в анамнезі аборт перевищують показники контрольної, але можна простежити значну позитивну динаміку між показниками експериментальної групи до та після експерименту. Як бачимо з таблиці після проведення з жінками психологічного тренінгу рівень тривожності у жінок експериментальної групи знизився від 51,3 (що відповідало високому рівневі тривожності) до 45,3 (що відповідає помірному рівневі тривожності). Відповідним чином знизились рівень депресії від значного зниженого настрою до відсутності депресивних розладів та степінь астеничного стану від помірної астенії до повної її відсутності. Таким чином, після проведеної корекційної роботи не вдалося усунути тривожність взагалі, але можна простежити виражену позитивну динаміку в емоційному стані до та після психокорекції.

Більш повно динаміку кількісних показників тестових методик можна побачити на діаграмі 3.1.

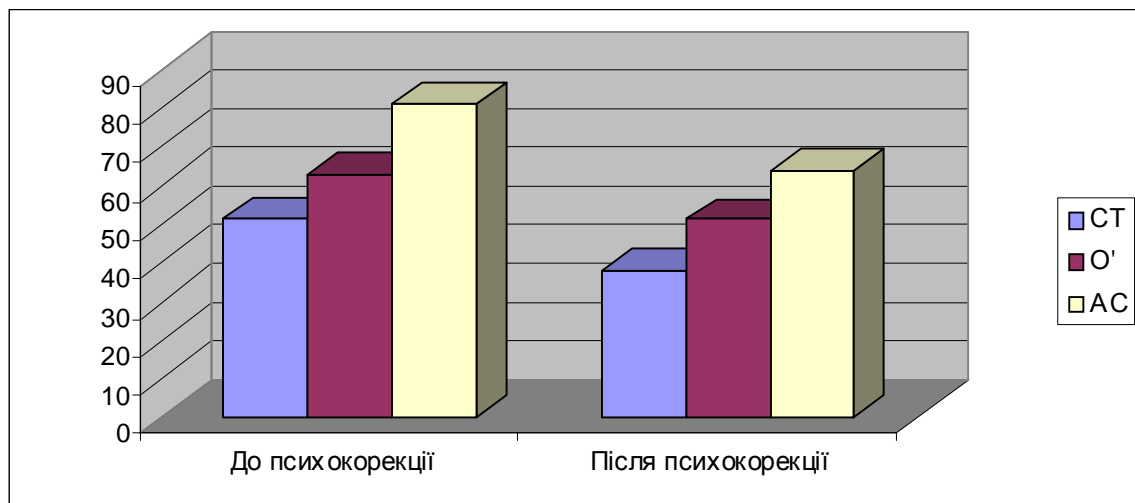
На Рис. 3.1. містяться дані про ефективні адаптаційні зміни до та після проведення психологічної корекції. Як видно на діаграмі 3.1., після

проведеної психокорекційної роботи спостерігається значне зниження показників в експериментальній групі (середні показники СТ до експерименту – 51,3, після корекції – 37,9; показники рівня депресії до корекції – 62,7, після – 51,2; середні показники рівня астенії до корекції – 81, після – 63,9).

Для більшої достовірності відмінності результатів до проведення психокорекційного тренінгу та після його проведення з ціллю досягнення максимально точного результату, скористаємося методами математичної статистики: дослідимо рівень тривожності, депресії та астенічного стану до та після корекційної роботи з допомогою χ^2 – критерію Фішера в поєднанні з χ^2 – критерієм Колмагорова – Смірнова. Алгоритм розрахунку критерію представлений в додатках (додаток 11).

Рис. 3.1.

Динаміка особистісних змін до і після психокорекції в експериментальній групі



Критерій Фішера описаний та розроблений Е.В. Гублером, він застосовується для співставлення вибірок за змістом досліджуваної ознаки. χ^2 – критерій Колмагорова – Смирнова застосовується для порівняння двох емпіричних даних. Критерій допомагає знайти точку, в якій сума

накопичених розходжень між двома даними являється найбільшою, та оцінити достовірність цього розходження.

В даному варіанті застосування критеріїв ми порівнюємо процент досліджуваних з низьким рівнем депресії, тривожності та астенічного стану до проведення корекційної роботи та після її проведення.

Спочатку порівняємо показники депресії:

Підрахуємо розподіл показників депресії за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.4.

**Розподіл показників депресії за її рівнями до та після
психокорекційної роботи**

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність депресії (0-50)	4	8	12
Незначне зниження настрою (51-59)	2	5	7
Значне зниження настрою (60-69)	12	7	19
Виражена депресія (70 і більше)	2	0	2
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями депресії двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.5.

**Розрахунок максимальної різниці між рівнями депресії до та після
корекційної роботи**

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-50	4	8	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2
2. 51-59	2	5	0,1	0,25	0,3	0,65	0,35
3. 60-69	12	7	0,6	0,35	0,9	1	0,1
4. 70 і вище	2	0	0,1	0	1	1	0

Як бачимо з таблиці 3.5. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,35 і припадає на 2 показник депресії зі значенням 51-59, що відповідає незначному зниженню настрою. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники депресії за першими двома значеннями (відсутність депресії, та незначне зниження настрою) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники депресії залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.6.

**Розподіл показників депресії до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні депресивного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 59	6	13	19
2. 60 і вище	14	7	21
Суми	20	20	40

Отриману таблицю ми можемо використовувати, перевіряючи різноманітні гіпотези. В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники депресії до та після корекційної роботи. Тому ми умовно вважаємо „ефектом” – зниження депресії після проведення корекційної роботи, а „відсутність ефекту” – високі показники депресії після проведення тренінгу.

Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

На початку дослідження, до проведення психокорекційного тренінгу, з 20 жінок, які зробили аборт у 6 відмічається низькі показники депресії, у другому випадку, у цих самих жінок, але після корекційної роботи, з 20 у 13 спостерігаються низькі показники депресії. Процентна доля жінок з низькими показниками депресії до корекційної роботи становить $6/20 \cdot 100\% = 30\%$, після психокорекційної роботи $13/20 \cdot 100\% = 65\%$. Зрозуміло, що 65% значно вище ніж 30%, перевіримо, чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 і n_2 .

Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного тренінгу не більше ніж до його проведення;

H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного

тренінгу більша ніж на початку дослідження.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот по двом значенням „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.7.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею відсутності депресії

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних з низькими показниками депресії	% доля жінок з низькими показниками депресії	Кількість досліджуваних з високими показниками депресії	% доля жінок з високими показниками депресії	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	6	(30%)	13	(65%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	14	(65%)	7	(35%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці XII Додатку 1 [15], визначаємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,875$$

$$\phi_2 (30\%) = 1,159$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.2.:

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}} \quad (3.2.)$$

де ϕ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

ϕ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних до проведення корекційного тренінгу;

n_2 – кількість досліджуваних після проведення тренінгу.

В даному випадку $\phi^* = (1,875 - 1,159) \cdot \sqrt{10} = 0,716 \cdot 3,162 = 2,26$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$, які відповідають прийнятим в психології рівням статистичної значимості. $\phi^*_{кр} = 1,64 (p \leq 0,05); 2,31 (p \leq 0,01)$.

$$\varphi^*_{\text{емп}} = 2,26.$$

Отримане емпіричне значення φ^* більше за максимальне значення $\varphi^*_{\text{кр}}$. Отже, приймається H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психологічної корекції більша, ніж до її проведення.

Відповідним чином порівнюємо показники тривожності:

Підрахуємо розподіл показників тривожності за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.8.

Розподіл показників тривожності за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Низький рівень (0-30)	1	9	10
Помірний рівень тривожності (31-44)	4	6	10
Високий рівень тривожності (45 і більше)	15	5	20
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями тривожності двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.9.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями тривожності до та після корекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	$f^*_{в1}$	$f^*_{в2}$	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-30	1	9	0,05	0,45	0,05	0,45	0,4
2. 31-44	4	6	0,2	0,3	0,25	0,75	0,5

3. 45 і вище	15	5	0,75	0,25	1	1	0
---------------------	----	---	------	------	---	---	---

Як бачимо з таблиці 3.9. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,5 і припадає на 2 показник тривожності зі значенням 31-44, що відповідає помірному рівневі тривожності, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники тривожності за першими двома значеннями (низький та помірний рівень тривожності) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники тривожності залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.10.

**Розподіл показників тривожності до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 44	5	15	20
2. 45 і вище	15	5	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники тривожності до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

До проведення психологічного тренінгу у 5 жінок з 20, спостерігаються низькі показники тривожності, після проведеного тренінгу з цих же 20 жінок у 15 відмічаються низькі показники тривоги. Процентна доля жінок з низькими показниками тривоги до корекційної роботи становить $5/20 \cdot 100\% = 25\%$, після – $15/20 \cdot 100\% = 75\%$. Хоча наочно ї видно

суттєву різницю між 25% і 75%, перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 . Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з низькими показниками тривожності після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – зниження тривожності після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників тривожності після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низькими показниками тривожності після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.11.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з низькими показниками тривожності	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками тривожності	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	5	(25%)	15	(75%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	15	(75%)	5	(25%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці ХІЙ Додатку 1 [15], визначаємо величину χ^2 , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\varphi_1 (75\%) = 2,094$$

$$\varphi_2 (25\%) = 1,047$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.1., яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатках (додаток 11).

В даному випадку $\phi^* = (2,094 - 1,047) \cdot \sqrt{10} = 1,047 \cdot 3,162 = 3,31$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$1,64 \quad (p \leq 0,05)$$

$$\phi^*_{кр} = 2,31 \quad (p \leq 0,01)$$

$$\phi^*_{емп} = 3,31. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за максимальне значення $\phi^*_{кр}$, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Аналогічно порівняємо показники зміни рівня астенічного стану під впливом психологічної корекції: підрахуємо розподіл показників астенічного стану за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції

Таблиця 3.12.

Розподіл показників астенічного стану за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність астенії (30-50)	3	5	8
Слабка астенія (51-75)	5	8	13
Помірна астенія (76-100)	7	5	12
Виражена астенія (101-120)	5	2	7
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями астенічного

стану двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.13.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями астенічного стану до та після корекційної роботи

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 30- 50	3	5	0,15	0,25	0,15	0,25	0,1
2. 51-75	5	8	0,25	0,4	0,4	0,65	0,25
3. 76-100	7	5	0,35	0,25	0,75	0,9	0,15
4. 101-120	5	2	0,25	0,1	1	1	0
сума	20	20					

Як бачимо з таблиці 3.13. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,25 і припадає на 2 показник рівнів астенічного стану зі значенням 51-75, що відповідає слабкому рівневі астенії, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії, і після психокорекції найбільше досліджуваних підвищилось саме за цією категорією. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники астенічного стану за першими двома значеннями (відсутність астенії та слабка астенія) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники астенічного стану залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.14.

**Розподіл показників астенічного стану до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 30-75	8	13	20
2. 76 -120	12	7	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники астенічного стану до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера: до проведення психологічного тренінгу у 8 жінок з 20, відмічається відсутність астенії, після проведеної корекційної роботи у 13 з 20 відмічається відсутність астенії. Процентна доля жінок з відсутністю астенії до тренінгу – $8/20 \cdot 100\% = 40\%$, після корекційної роботи – $13/20 \cdot 100\% = 65\%$.

Перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 .

Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з відсутністю астенії після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – відсутність астенії після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників астенічного стану після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з відсутністю астенічного стану після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з відсутністю астенічного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.15.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з відсутністю астенії	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками астенічного стану	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	8	(40%)	12	(60%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	13	(65%)	7	(35%)	20
Суми	26		21		40

Опреділяємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,982$$

$$\phi_2 (40\%) = 1,369$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою, яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатку 11.

$$\text{В даному випадку } \phi^* = (1,982 - 1,369) \cdot \sqrt{10} = 0,613 \cdot 3,162 = 1,93.$$

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$\phi^*_{емп} = 1,93. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за значення ϕ критичного, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з відсутністю астенічного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Як бачимо, показник тривожності, депресії та астенічного стану зменшилися внаслідок психокорекційної роботи, що підтверджено методами

математичної статистики, які використовуються в психології (критерій Фішера та критерій Колмагорова – Смирнова).

Отже, розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Висновки до третього розділу

1). Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астенічного стану після проведення психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

2). Результати порівняльного дослідження з допомогою методів математичної статистики дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом у вигляді зменшення тривожності, депресії та астенічного стану. Особливо це стосувалося тих жінок, які переживали розчарування в дітях, були незадоволені окремими предметами, незацікавлені у трудовій діяльності, проявили сумніви у правильності своїх минулих вчинках, та боязнь помилок.

3). Розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

ВИСНОВКИ

1). Проаналізувавши наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому зокрема ми дійшли висновку, що психічні наслідки абортів – закрита та важка тема. Вивчати її складно по причині великої кількості абортів. Всі жінки, які перервали вагітність з різних причин, соціальних, сімейних, знаходяться в депресивному стані. Дослідження доводять [5],[7], що в 80% випадків у жінок, які зробили аборт, спостерігаються різноманітні психічні і психологічні порушення. На перше місце виступають афективні розлади, переважно тривожного і депресивного кола. На жаль, не дивлячись на значну поширеність цього явища, на сьогоднішній день у всьому світі не існує ефективних способів вплинути на кризову ситуацію і зупинити розпад життєво-необхідних зв'язків між матір'ю і її немовлям. Тому необхідно розробити стратегію психотерапевтичної роботи з жінками, які планують аборт.

Дослідженням даного питання займаються багато дослідників по всьому світі. Ряд наукових досліджень, проведені в останні роки, дозволив по-новому поглянути на проблему абортів. Це насамперед роботи В.І. Брутман, М.Г. Панкратова, С.М. Єніколопова, М.Ю. Колпакової, М.С. Радіонової та ін. Автори дійшли висновку, що однією з найголовніших складових постабортного синдрому є депресія, вивченням якої займалися такі автори як В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлисеєв, В.Н. Синицький. З проведених досліджень відомо, що депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію. В ході проведеного нами дослідження була розроблена модель депресії як однієї з ознак постабортного синдрому, яка розкриває головні її ознаки та

характеризує її складові.

2). З метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборт, було проведене експериментальне дослідження, яке полягало у застосуванні методу клінічної бесіди, дослідженні тривожності, депресії, та ступені вираження астеничного стану. В ході бесіди було встановлено, що на даний час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому. Було встановлено, що у жінок, які зробили аборт, виникає ряд порушень в емоційній сфері, які описані в психології, як постабортний синдром. Результати нашого дослідження, отримані внаслідок застосування шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали депресії В. Зунга показують, що всі жінки емоційно незрілі особистості, яких відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, та наявність депресивного стану та астеничного стану. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття спустошення навколо себе.

3). Результати проведеного експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності. У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;

- корекція самооцінки;

- зниження тривожності;

- формування мотиваційних диспозицій;

- побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астеничного стану після проведення

психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

Результати експериментального дослідження дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом, покращення їх стосунків в сім'ї. На цьому етапі криза безперспективності, розпачу та розчарування зміною задоволенням майбутнім та пов'язаними з ним позитивними емоціями. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Отже, проведене дослідження свідчить про підтвердження гіпотези, що рівень тривожності та депресії у жінок, які зробили аборт вищий ніж у тих, які прийняли рішення виховувати дитину попри важкі життєві обставини, крім того було встановлено, що емоційні розлади, які виникають в постабортний період можуть змінюватись під впливом психокорекції.

Подальших досліджень потребують пошук нових засобів психокорекції, а також розробка програм по актуалізації ціннісних установок по відношенню до майбутньої дитини у жінок, які переживають труднощі в адаптації до стану материнства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Неврозы и невротические реакции. – М.: Центр. Научно – исслед. Институт с-го просвещения Министерства здравоохранения СССР, 1971. – 64с.
2. Акимова М. К., Гуревич К. М. Психологическая диагностика. – М.:ФИС, 2003. – 656 с.
3. Бакулева Л. П., Гатина Г. А., Кузьмина Т. И., Соловьева А. Д. Состояние вегетативной НС после искусственного прерывания беременности в I триместре // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 4. – С.60 – 64.
4. Бернард Н. Натансон. Обирай життя. – К.: МБФ “Східно – Європейський екуменічний культурно– просвітницький центр”, 2002. – 24с.
5. Брусиловский Л. Я., Бруханский Н. П., Сегалов Т. Е. Землетрясение в Крыму и нервно – психический травматизм. – М.: Изд-во. Наркомздрава здравоохранения РСФСР, 1928. – 277с.
6. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности. // Вопросы психологии. – 1997. - № 6. – С. 38 – 47.
7. Бурлачук Л. Ф., Манцева Н. В. Международная конференция по психологии травматического стресса // Вопросы психологии. – 1992.- № 5. – С. 55-59.
8. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Пост травматичний стрес: шляхи подолання. – К.: Знання, 1998. – 289с.
9. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи 1 // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 9. – С. 43 – 50.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К.: ВТФ “Перун”, 2001. – 1440 с.
11. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордський посібник з психіатрії : Пер. з англ.: У 2 т. – К.: Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

- 12.Гофман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 177с.
- 13.Гольдштейн А.П. Тренінг контролю гніву // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - №4. – С.61-76.
- 14.Горбатов Д. С. Практикум по психологическому исследованию : Учеб. Пособие. – Самара : Издательский Дом « БАХРАХ– М», 2000. – 248 с.
- 15.Гининг Т. Посттравматический стресс с позиции экзистенциально – гуманистической психологии // Вопросы психологии. – 1994. - № 1. – С. 92 – 96.
- 16.Гусак П. Аборти, евтназія, допоміжні репродуктивні технології // Психолог. – 2002. - № 3. – С. 113 - 127.
- 17.Данн Х. П. Христианский брак глазами врача. – Житомир, 1997. – 176с.
- 18.Димова Л. А. Каждая женщина должна знать о вреде аборта // Фельдшер и акушерка. – 1986. - № 8. – С. 39 – 42.
- 19.Занюк С.С. Мотиваційний тренінг. // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - №8. – С.31 – 42.
- 20.Занюк С.С. Психологія мотивації. Навч. посібник. – К.: Либідь, 2002. – 310с.
- 21.Зинькевич – Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – М.: «Речь», 2002. – 310с.
- 22.Зимовец С. Молчание Герасима. Психоаналитические и философские эссе о русской культуре - М.: Гнозис, 1996. - 168 с.
- 23.Капелюшник Н. Л., Осипов Р. А., Тухватуллина Л. М., Мальцева Л. И., Черновская Р. Ц. Анализ последствий искусственного аборта (по материалам клиник Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина) // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С.52 – 53.
- 24.Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Из синописа по психиатрии. – Москва: «Медицина», 1994. – 463 с.
- 25.Каткова И. П., Кошовская Т. В. Социально – гигиенические аспекты

- проведения мини – аборт в женской консультации // Советское здравоохранение. – 1989. - № 9. – С. 53 – 57.
26. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М.: Педагогика, 1995. – 50с.
27. Коридзе М. Н. Влияние искусственного прерывания беременности на функциональное состояние стероид – продуцирующих эндокринных желез и на симпатико – адреналиновую систему // Акушерство и гинекология. – 1988. - №2. – С.62 – 64.
28. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000.– 460с.
29. Кокс Т. Стресс. – М.: Медицина, 1981. – 213 с.
30. Лисец Антуан. За жизнь. – К.:Ваклер, 1994. – 160 с.
31. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи патопсихології Навчальний посібник. – К.: Перун, 1996. – 464с.
32. Малкина – Пых И.Г. Кризисы подросткового возраста. – М.: Изд-во «Эксмо», 2004. – 2004. – 384с.
33. Митина Л.М., Кузьменкова О.В. Психологические особенности внутриличностных противоречий учителя // Вопросы психологии. – 1998. - №5. – С.3-15.
34. Максименко С. Д., Папуча М. В., Максименко К. С. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 8. – С. 1 – 4.
35. Музика О. Л. Курсові роботи з психології : методичні рекомендації. – 2-е вид., вип.. та доп. – Житомир. 2001. – 40 с.
36. Мухін М.Т. Міріам...чому ти плачеш? : Страждання жінок після аборту. – Львів : Місіонер, 1999. – 140 с.
37. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. – С-Пб.: „Речь”, 2001. – 256с.
38. Молохов А. Н. Психогении. – М.: Мысль, 1962. – 299с.
39. Мюллер В. Хай живе серце твоє (Як вийти з депресії). – Київ: КАЙРОС,

2005. – 100с.

40. Ней Філіп, Петерс Марі. Шлях центуріона / Пер. з англ. З. Городенчук – Львів: Свічадо, 2001. – 112 с.
41. Основы практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: Підручник. – Вид. 2-ге, стереотип. – К.: Либідь, 2001. – 536 с.
42. Основы психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов, обуч. по спец. „Психология”/ Бурлачук Л.Ф., Габская И.А., Кочарян А.С. – К.: „Ника – Центр”; М.: „Алтейя”, 1999. – 320 с.
43. Падун М. Тарабрика Н. Когнитивно – личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2004. - № 5. – С. 5 – 16.
44. Парафейник Г. П., Целкович Л. С., Кабакова Л. Д. Влияние искусственного аборта на здоровье женщины // Казанский медицинский журнал. – 1987. –Т. 68. - № 1. – С. 25 – 27.
45. Пашукова Т. І., Допіра А. І., Дьяконов Г. В. Практикум із загальної психології/ За ред. Т. І. Пашукової. – К.: Т-во “Знання”, КОО, 2000. – 204 с.
46. Підлісний Ю. Етико – антропологічні аспекти абортів. Аборт: заперечення права на життя. – Київ: Освіта, 2006. – 113 с.
47. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования /Пер. с англ. М.С. Жамкочьян/ Под ред. В.С. Магуна – М.: Аспект Пресс, 2000. – 607 с.
48. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально – психологического тренинга. – М.: Из-во Моск. ун-та, 1982. – 168 с.
49. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: „Прогресс”, - 1979. – 392с.
50. Роджерс К. О групповой психотерапии. / Пер. с англ. – М.: Гиоь – Стель, 1993. – 224 с.
51. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика; / Пер. с англ./ Общ. ред. и вступ. ст.. Л.А. Петровской. – М.:

- Прогресс, 1990. – 368 с.
- 52.Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожанова. – Москва: «Медицина», 1974. – 316 с.
- 53.Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982. – 124 с.
- 54.Семиченко В.А. Психические состояния. – К.: Магистр – S, 1998. – 208 с.
- 55.Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. – К.: Наукова думка, 1986. – 276с.
- 56.Сироткин С. Ф., Данилова М. А. Выворачивание мира: к психоаналитике аборта / Женщины и общество: вопросы теории, методологии и социальных исследований. Мат. III Междунар. науч. - практ. конф. - Ижевск, 1997, С.134-136.
- 57.Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г. А. Обухова. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 496 с.
- 58.Фанти С. Микropsихоанализ: Пер. с итал. - М.: Просвещение, 1995. – 352 с.
- 59.Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - № 2. – С. 22 – 36.
- 60.Фрейд З. Некоторые психологические следствия анатомического различия полов: психоаналитические этюды. - Минск: Беларусь, 1991, С. 549 - 558.
- 61.Хорни К. О происхождении комплекса кастрации у женщин (1924): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.:Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С. 6 - 25.
62. Хорни К. Уход от женственности (Комплекс маскулинности у женщин глазами мужчин и женщин) (1926): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С.26 - 40.
63. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
64. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования

и применения – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.

- 65.Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно – рейтинговий курс: Навчальний посібник. – К: ВД “Професіонал”, 2005. – 656 с.
- 66.Шаллан І. В., Діагностика посттравматичного стресового розладу як ускладнення після перенесеної хвороби та пологів // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. - № 4. – С. 5 – 9.
- 67.Шаллан І. В. Психометрическое оценивание посттравматического стрессового расстройства // Материалы III Харьковских Международных психологических чтений. – Вестник ХГУ № 439, часть 4, 5, 1999, с. 301–304.
- 68.Яценко Т.С. Інтеграція та дезінтеграція як механізми психокорекції // Педагогіка і психологія. – 1996. - №1. – С. 3-10.
69. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник. – К.: Либідь, 1996. – 264 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Дані Держкомстату України в одиницях :

	Усього включн о зміні абортам и	У тому числі у жінок віком			Нажіно квікомр оків	Надітей народж енихжи вими	Наполог іввключн озмертво народже ними
		До 14 років включн о	15 – 17 років включн о	18 – 34 роки включн о			
Україна	434 223	185	10 338	346 214	34,1	112,7	112,9
Вінницька	15 148	7	230	12 432	35,3	100,4	100,4
Волинська	6 814	1	90	5 466	26,0	57,1	57,4
Дніпропетровськ	39 158	29	857	31 951	40,2	152,1	152,2
Донецька	41 676	25	1429	32 685	32,4	138,7	138,9
Житомирська	8 949	4	158	7 278	26,2	71,1	71,1
Закарпатська	7 085	5	153	5 594	21,0	48,9	49,0
Запорізька	23 375	2	638	19 095	44,1	168,2	168,2
Ів-Франківська	6 714	-	103	6 102	18,3	45,9	46,0
Київська	14 669	-	238	11 373	31,7	108,8	108,8
Кіровоградська	11 576	5	292	9 105	40,9	127,1	127,3
Крим	19 794	10	570	15 436	35,6	130,6	130,7
Луганська	28 297	14	951	21 879	41,4	176,2	176,1
Львівська	15 486	-	120	12 946	22,5	64,0	64,1
Миколаївська	13 115	4	303	10 600	38,6	127,8	128,3
Одеська	22 676	9	595	18 408	34,6	113,1	113,0
Полтавська	18 878	5	426	15 124	45,9	162,2	162,5
Рівненська	6 325	-	89	4 963	21,3	45,5	45,6
Сумська	9 938	2	238	8 166	30,0	106,6	106,8
Тернопільська	4 522	1	60	3 875	16,1	42,8	42,8
Харківська	35 071	20	945	27 429	44,9	175,9	176,3

Херсонська	14 255	5	375	11 187	44,4	140,0	140,0
Хмельницька	8 633	5	117	6 707	24,7	69,9	70,1
Черкаська	9 016	2	203	7 152	25,6	84,5	84,6
Чернівецька	7 503	3	168	6 048	31,1	80,2	80,1
Чернігівська	13 163	3	269	10 115	43,7	149,3	149,6
м. Київ	26 100	21	548	20 305	34,3	137,7	138,2
м. Севастополь	6 287	3	173	4 793	60,0	233,2	233,5

Додаток 2.

**Декларації Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт
(Осло, 1970) звучить наступним чином :**

1.Головний моральний обов'язок лікаря, сформульований в Женевській декларації, - повага до людського життя : “Я буду дотримуватись виняткової поваги до людського життя з моменту його зачаття”.

2.Обставини, що приводять життєві інтереси матері в протиріччя з життєвими інтересами дитини, створюють дилему : може вагітність бути навмисно перервана чи ні ?

3.Різне відношення до цієї проблеми виникає з різного відношення до життя новонародженого та стосується особистих переконань і совісті, які потрібно поважати.

4.В прерогативи медиків не входить диктувати якій-небудь державі чи спільноті відношення до цієї проблеми. Наш обов'язок – спробувати забезпечити захист наших пацієнтів і права лікаря в суспільстві.

5.Отже, там, де закон дозволяє проводити терапевтичний аборт чи законодавство по цьому питанню обговорюється, і якщо це не суперечить політиці національної медичної асоціації, а влада готова прийняти позицію медиків, необхідно дотримуватись слідуючи принципів :

8 аборт потрібно проводити тільки як терапевтичну процедуру ;

9 рішення про переривання вагітності повинно виноситись по можливості в письмовій формі по меншій мірі 2 лікарями, що мають відповідну професійну компетенцію ;

10 процедуру проводить лікар, що має достатню кваліфікацію і в спеціально відведеному приміщенні.

6.Якщо лікар рахує, що його переконання не дозволяють йому рекомендувати чи проводити аборт, він може усунутися, забезпечивши пацієнтці медичну допомогу кваліфікованого колеги.

7.Ця заява, хоч її і схвалює Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації, не може розглядатися як обов'язкова для виконання тими членами асоціації, які її не приймають [18].

Додаток 3.

Фізіологічні наслідки абортів.

Види ускладнень	Всього на лікуванні в стаціонарі	
	абс	%
Кровотеча під час операції	16	0,52
Розрив шийки матки під час операції	27	0,88
Перфорація матки	2	0,06
Субінволюції матки	3	0,1
Затримка частин плідного яйця	39	1,27
Гематометра	11	0,36
Метроендометрит	93	3,0
Загострення хроніч запальних процесів придатків матки	12	0,39
Параметрит	41	1,34
Піосальпінкс	3	0,1
Сальпінгофорит	108	3,53
Піометра	3	0,1
Розлад менструальної функції	137	4,47
Плацентарний поліп	34	1,11

Внутрішньоматочне зрощення	5	0,16
Аденоміоз	18	0,59
Самовільні аборти	23	0,75
Істміко-цервікальна недостатність	4	0,13
Поза маточна вагітність	3	0,1
Звичне не виношування	64	2,09
Вторинне безпліддя	17	0,55
Всього з ускладненням	663	21,67
Не було ускладнень	2396	78,32
Всього абортів	3059	100,0

Додаток 4.

Клінічні симптоми постабортного синдрому

<i>№</i>	<i>Симптоми</i>	<i>Види проявів</i>
1	Невмотивована пильність	Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, немов їй постійно загрожує небезпека
2	”Вибухова” реакція	При найменшій несподіванці людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці низько пролітаючого вертольота, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї ззаду)
3	Притупленість емоцій	Буває, що людина цілком чи частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі і дружні стосунки з навколишніми, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато пацієнтів скаржаться, що з часу важких подій, їм стало набагато важче відчувати ці почуття
4	Агресивність	Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту говорячи, людина схильна застосовувати силовий тиск на навколишніх всякий раз, коли хоче домогтися свого, навіть якщо ціль не є життєво важливою.
5	Порушення пам’яті і	Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися чи щось згадати, принаймні, такі

	концентрації уваги	труднощі виникають при визначених обставинах. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якому-небудь стресовому фактору, як людина вже не в силах зосередитися.
6	Депресія	Почуття депресії супроводжують нервові виснаження, апатія і негативне відношення до життя.
7	Загальна тривожність	Тривожність є дифузним, дуже неприємним, часто неясним відчуттям побоювання чогось. Вона супроводжується одним чи декількома соматичними відчуттями, наприклад почуттям порожнечі або стиснення в грудях, серцебиттям, пітливістю, головним болем чи раптовим спонуканням спорожнити кишечник. Типовими є також занепокоєння і неможливість залишатися на одному місці.
8	Пристипи люті	Не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті, по силі подібні до виверження вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі приступи частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак бувають і під час відсутності алкоголю чи наркотиків, так що було б невірно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.
9	Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами	
10	Непрошені спогади	Мабуть, це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, зв'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як у сні, так і під час пильнування. Непрошені спогади, що приходять у сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) зв'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису, передають подію, що травмує, так, як вона запам'яталося в пам'яті цієї людини; у снах другого типу – обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (обличчя, ситуація, відчуття) подібні тим, що мали місце в травмуючій події. Людина пробуджується від такого сну зовсім розбита; її м'язи напружені, вона покрита липким потом. У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом, на тій підставі, що багато

		пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося.
11	Безсоння (труднощі з засипанням і переривчастий сон)	Коли в людини виникають нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засинанню, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів постабортного синдрому. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також не минаючим почуттям фізичного чи душевного болю.
12	Думки про самогубство	Пацієнт постійно думає про самогубство планує які-небудь дії, що в остаточному підсумку повинні привести його до смерті. Коли життя представляється більш лякаючим і хворобливим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може здаватися привабливою. Коли людина доходить до тієї грані розпачу, де не видно ніяких способів поправити своє положення, вона починає міркувати про самогубство.

Додаток 5.

ПРОТОКОЛИ БЕСІД З ЖІНКАМИ, ЯКІ ЗРОБИЛИ АБОРТ:

1. **Бесіда з Оксаною.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 22 роки, другий через 6 місяців, третій знов через пів року, а четвертий в 30 років. Аборт був 2, 3, 4 та 6 вагітністю за рахунком. На час абортів була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та сестра, але рішення приймала самотійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та алкоголізм чоловіка. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів плаксивість не проходила, з'явилась злість, відчуття пустоти, не хотілось жити. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але не виходило. Лікувалась

в психоневрологічному диспансері. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент незаміжня і має 2 дітей.

2. **Бесіда з Валентиною.** Всі свої аборти пам'ятає, але сумно. Перший аборт був в 24 роки, другий – 26 років, третій - 27 років, а четвертий в 31 рік. Аборт був 2, 3, 4 та 5 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були бажаними для чоловіка, але його алкоголізм, постійні сімейні конфлікти та важке матеріальне становище вплинуло на рішення перервати вагітність. Про вагітності чоловік знав, але рішення приймала самостійно. Йдучи на аборт відчувала страх. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, а фізичні недуги лікувала амбулаторно. На теперішній час шкодує, що не залишила ще хоча б одну вагітність. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
3. **Бесіда з Коломієць О.М.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 24 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітності знав чоловік та мама і рішення приймали разом. На нього вплинула мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та сімейні конфлікти. Йдучи на аборт переживала, нервувалась. Після аборту було неприємне відчуття, ніби зробила щось гидке. З негативними відчуттями допомагала справлятися мама, їздила до ворожок і знахарів. Про аборт шкодує. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
4. **Бесіда з Оленою.** Аборти, крім першого, не пам'ятає. Перший аборт був в 18 років, а останній в 36 років. Аборт був 1, 3, 4, 5 та 6 вагітністю за рахунком. На час першого аборту була не заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про першу вагітність знав тільки хлопець, від якого завагітніла. Він відмовився женитись і рішення

про аборт приймала самостійно. На інші рішення вплинула мала різниця між вагітностями, алкоголізм чоловіка та сімейні конфлікти. Йдучи на перший аборт відчувала зраду, переживання, бажання щоб все скоріше скінчилося. Після абортів відчувала полегшення, що нарешті проблеми вирішилися. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але в останній час чомусь відчуває потяг до релігії. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

5. **Бесіда з Тетяною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітність знав лише чоловік і рішення про аборт приймали разом. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість першої дитини. Йдучи на аборт думала тільки одне : щоб швидше все скінчилося. Після аборту хоч і відчула полегшення, але разом з тим був якийсь жаль за скоєне і розкаяння. Про те, що аборт це вбивство – не думала. З негативним станом допомагав справлятися чоловік. Про аборт шкодує і вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
6. **Бесіда з Поліною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 19 років першою вагітністю за рахунком. На час аборту не була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав хлопець, від якого завагітніла і подруга. Хлопець відмовився женитись і рішення про аборт підтримала подруга. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після аборту з хлопцем розлучилась. Про те, що аборт це вбивство – думала, тому й не змогла йому простити зраду. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але виходило погано. Заспокоєння знайшла лише після того, як навернулася до релігії. Шкодує не тільки про аборт, але й про те, що не розповіла все мамі. На даний момент не замужем і дітей не має.

7. **Бесіда з О.Р.К.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 25 років, а другий в 30 років. Аборт був 2 та 3 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та невістка і вони вплинули на рішення про аборт. Йдучи на аборт почувала себе дуже погано. Після абортів була сердита на весь світ. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо була дуже агресивна. Про аборти шкодує і залишила б хоч одну вагітність. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
8. **Бесіда з Марією.** Добре пам'ятає лише перший і останній аборт. Перший був в 22 роки, а останній в 31 рік. Аборт був 2, 4, 5, 6, 7, 8 та 10 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знали всі (чоловік, мама, свекруха). Відносини в сім'ї були складні і ніхто не хотів дітей. Крім негативного ставлення чоловіка і свекрухи (бо мама говорила : сама вирішуй) на аборт вплинуло тяжке матеріальне становище та мала різниця між вагітностями. Коли йшла на аборти було відчуття ніби навкруги ніч. Ніби просто йшла темним тунелем. Після абортів сильно переживала, був жаль за скоєне. Чоловіка ненавиділа, не хотіла вступати з ним в сексуальні стосунки. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо соромно було комусь в них признатись, але справжнє заспокоєння в душі знайшла лише тоді, коли почала ходити до костелу. На даний момент не замужем і має 3 дітей.
9. **Бесіда з В.Л.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав чоловік та мама і на аборті настояли вони разом. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів почувала на душі “рану”. Про те, що аборт це вбивство знала, але не могла протистояти матері та чоловікові. Душевний біль

переборювати допомагали мама і чоловік. Про аборт шкодує. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

10. **Бесіда з К.Р.В.** Свій аборт пам'ятає уривками. Він був в 26 років 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітності знав лише чоловік і хоч питання аборту з ним обговорювалось, але рішення приймала самостійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хвороби першої дитини та важкість догляду за нею, хворобливий стан самої жінки. Йдучи на аборт ні про що не думала. Після аборту з'явилась злість та ненависть до чоловіка, агресивність до всіх людей, усвідомлення, що зробила помилку, думала про самогубство. Допомоги шукала у психіатра, але дійсно вийти з такого стану змогла лише після того, як повернулася до релігії. Про аборт шкодує і якщо б на той час їй би хтось допоміг вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

11. **Бесіда з Тамарою.** Свої аборти пам'ятає, особливо перший, оскільки він був першою вагітністю, про другий аборт в ході розмови намагається не говорити. На час першого аборту була студенткою педуніверситету, навчалася на 4-му курсі. Розповідаючи про перший аборт жінка говорить впевнено, дивлячись в очі. Каже, що, мабуть, вчинила вірно, закінчила навчання, вийшла заміж, одразу народила доньку. Другий аборт жінка зробила місяць тому, розповідаючи про цей аборт говорить тихо, весь час опускає очі, каже, що дуже шкодує, виникли проблеми з чоловіком. Плаче. Більше не хоче розмовляти.

12. **Бесіда з Д.К.Ю.** Аборт був першою вагітністю. Намагаюсь поговорити з дівчиною про аборт, що відчувала напередодні. Жінка постійно уникає моїх питань, починає розповідати, що живе з бабусею, до університету вступала двічі, бубуся хворіє, залишити навчання не може. Намагаючись повернутися до аборту ставлю питання, чи знав хтось про вагітність, жінка знову починає

розповідати про хвору бабусю, університет, питаю чи вона знала про вагітність, жінка починає плакати. Після пауза говорить що відчула полегшення, іноді турбують погані сни, нудота, хоч ці розлади виникли після аборту, з ним їх жінка не пов'язує.

13. **Бесіда з Ольгою.** Аборт Ольги був першою вагітністю, 2 місяці тому. Жінка не заміжня, проживає разом з мамою, яка про вагітність нічого не знала. В консультацію прийшла разом з другом, каже, що всі довго відмовляли: лікарі, подруги, хлопець з яким зустрічалася 1 рік. Рішення зробити аборт приймала сама, навіть не вагаючись. В день аборту прокинулась з нудотою, яка тривала весь час, коли прокинулась після наркозу, поруч був друг, намагався втішити, казав, що все переживеться. Постійно уникала зустрічі з хлопцем, відчувала неприємні відчуття від поцілунків. На даний час жінка відмічає плаксивість, роздратованість, вразливість.
14. **Бесіда з Ольгою Д.** Аборт перша вагітність жінки. Бесіда з жінкою проводилась на третій день після аборту. Жінка студентка проживає разом з чоловіком у незареєстрованому шлюбі. Про вагітність дізналася пізно. Рішення зробити аборт приймалося разом з чоловіком, оскільки будучи вагітною жінка приймала протизаплідні таблетки. Розповідаючи про аборт жінка постійно плаче, каже що дуже хвилюється що не зможе більше завагітніти. Вчора бачила як на дворі гуляє сусідка з коляскою. Сьогодні не могла встати з ліжка, весь час думаю, що не потрібно було цього робити.
15. **Бесіда з К.** Жінка не заміжня, проживає разом з батьками в селі. Рішення зробити аборт приймали всі крім дівчини, коли сказала батькам, довго кричали, ці слів К. вона студентка, її хлопець молодший на рік, в селі б не зрозуміли. На аборт йти не хотіла, до лікарні приїхала з матір'ю. Протягом двох тижнів ні з ким не розмовляє, скаржиться на порушення сну, дратівливість, вразливість.
16. **Бесіда з А.Р.С.** Говорити з А. важко, на питання чітких відповідей не

дає, розпочати бесіду погодилась, але після першого питання: „В якому віці був перший аборт”, розмовляти відмовилась, зіслалась на погане самопочуття.

17. **Бесіда з Інгою.** Жінка проживає разом з чоловіком та донькою від першого шлюбу. Перший аборт зробила 3 роки тому, оскільки з чоловіком жила погано, від зловживав алкоголем. Другий аборт зробила, як каже, через важке матеріальне становище. Жінка плаче, каже, що дитині виповнився б вже один рік, каже, що постійно думає про останній аборт, чоловік часто дорікає їй скоєним.
18. **Бесіда з А.К.В** Жінка виглядає в'ялою, байдужою до розмови, про аборти шкодує, хоча говорить, що іншого виходу на той час не було. Всі вагітності, які закінчилися абортами, жінка розпізнавала пізно, (аборти були в пізніх термінах), на всі аборти ходили з чоловіком. Аборти були 3, 4, 6 вагітностями. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано.
19. **Бесіда з Лідією.** Аборт був першою вагітністю жінки. Не знаючи, що вагітна, жінка лікувала грип, приймала антибактеріальні засоби, коли зрозуміла, що вагітна лікар порадив зробити аборт, оскільки прийом антибіотиків може пагубно вплинути на плід. Коли сказала чоловікові, що вагітна, той довго вмовляв залишити дитину, запевняв, що все буде добре. Зараз дуже шкодує, хоча після абарту пройшло вже більше року. Жінка весь час рахує скільки б її дитина мала місяців. Скаржиться на поганий сон, зниження настрою, байдужість.
20. **Бесіда з Т.М.Ю.** Аборт був другою та третьою вагітностями. Жінка в розмову вступає не охоче, каже, що про це говорити вже пізно, що не краще було б, якщо вона народила і не змогла прогодувати дітей, що якщо знову станеться так, що завагітніє, народжуватиме не буде. На питання чи не погіршився загальний стан після абортів, відповідає, що її турбують загальна втоми, порушення сну, дратівливість,

вразливість, плаксивість, хоча з абортами вона це не пов'язує.

Додаток 6.

Бланк тесту

Шкала ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	Відповідь			
		ніколи	іноді	часто	завжди
1	я спокійна				
2	мені нічого не загрожує				
3	я напружена				
4	я неспокійна				
5	я відчуваю вільною				
6	я розгублена				
7	мене хвилюють можливі невдачі				
8	я відчуваю душевний спокій				
9	я схвильована				
10	я відчуваю внутрішнє задоволення				
11	я впевнена в собі				
12	я нервую				
13	я не знаходжу собі місця				
14	мене все дратує				
15	я не відчуваю напруги і хвилювання				
16	я задоволена				
17	я стурбована				
18	я надто збуджена, і мені не по собі				
19	я радію				
20	мені приємно				

Бланк тесту

Шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС)

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	я почуваю подавленість і смуток				
2	вранці я почуваюся краще				
3	у мене близько сльози				
4	я погано сплю				
5	у мене апетит не гірший ніж завжди				
6	мене приємно спілкуватись з привабливим чоловіком				
7	останнім часом я худну				
8	у мене бувають розлади травлення				
9	останнім часом я відчуваю прискорене серцебиття				
10	я втомлююсь без особливої причини				
11	мій розум такий само ясний, як і раніше				
12	зараз мені легше робити те, що я вмію				
13	я відчуваю тривогу				
14	я сподіваюсь на майбутнє				
15	зараз я більш дратівлива ніж завжди				
16	я легко приймаю рішення				
17	я відчуваю, що потрібна і корисна				
18	я живу достатньо повноцінним життям				
19	я думаю, що іншим людям краще без мене				
20	я й зараз радію від того, від чого й раніше				

Бланк тесту.

Шкала астеничного стану.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	Я працюю зі значним напруженням.				
2	Мені важко сконцентруватися на будь – чому.				
3	Моє статеве життя не задовольняє мене.				
4	Очікування мене дратують.				
5	Я відчуваю м'язову слабкість.				
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи театр.				
7	Я забудькувата				
8	Я почуваюся втомленою.				
9	Мої очі втомлюються при тривалому читання.				
10	Мої руки тремтять.				
11	В мене поганий апетит.				
12	Мені важко бути на вечірці чи шумній компанії				
13	Я не так добре розумію прочитане.				
14	Мої руки та ноги холодні.				
15	Мене легко образити.				
16	В мене болить голова.				
17	Вранці я прокидаюсь втомленою, не відпочилою.				
18	В мене бувають головокружіння.				
19	В мене бувають сіпання м'язів.				
20	В мене шумить у вухах				
21	Мене хвилюють статеві питання				
22	Я відчуваю важкість в голові.				
23	Я відчуваю загальну слабкість.				
24	Я почуваюсь погано в темряві.				
25	Життя для мене пов'язане з напруженням.				
26	Моя голова ніби стягнута обручем.				
27	Я легко прокидаюсь від шуму.				
28	Мене втомлюють люди.				
29	Коли я хвилююсь я покриваюся потом.				
30	Мені не дають заснути думки та хвилювання.				

Характеристика основних психокорекційних вправ групового тренінгу з жінками, що зробили аборт

Підготовчий етап

1. Вправа „Знайомство” (10 – 15 хв.).

Мета: створення дружньої атмосфери у групі.

Інструкція: Учасникам тренінгу по черзі пропонується назвати своє ім'я, яким вони хочуть називатися в групі. Кожен послідовний учасник, перш, ніж назвати своє ім'я, називає всі попередні.

2. Вправа „Самопрезентація” (20 – 30 хв.)

Мета: вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.

Інструкція: учасники групи повідомляють про свої три самі найбільш позитивні та три негативні риси. Завдяки цій вправі створюються умови для саморозкриття та формуються установки про значення своєї особистості.

3. Вправа „Радість” (20 – 25 хв.)

Мета: створення дружньої атмосфери у групі, переживання учасниками групи найприємніших подій життя.

Інструкція: учасникам групи пропонується згадати в своєму житті найприємніші події, поділитися своїми переживаннями один за одним. Дана вправа розкриває довірливі відносини між членами групи.

4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” (30 – 40 хв.).

Мета: організувати арттерапевтичну роботу в групі та спрямувати групу на спільне рішення проблем в дружній атмосфері.

Інструкція: учасника тренінгу пропонується намалювати колективний малюнок, після чого арттерапевтична робота обговорюється в групі: - Що зображено на малюнку? – Що Ви відчували, коли малювали? – Чи можна по малюнку зробити висновок про настрої і думки групи?

Основний етап

1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” (20 – 25 хв.)

Мета: виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч. Дана вправа допомагає учасникам виявити і змінити життєві цінності, потреби та внутрішні протиріччя, внести корективи в життєві цінності.

Інструкція: всім жінкам пропонується на окремих аркушах паперу записати 10 своїх життєвих цінностей, відповівши на питання: - Що для Вас найбільш важливе у житті? Далі життєві цінності обговорюються в групі на предмет того, які з них є домінуючими, як змінювалися вони під час переживання різних періодів вікових та психологічних криз. Після обговорення кожен з учасників вносить певні корективи, якщо є необхідність.

2. Вправа „Психодрама субособистостей” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів, потреб.

Інструкція: учасникам групи пропонується уявити, що за кожною з них стоїть ніби самостійна частина їх особистості, потрібно дати їй назву. Учасники виконують наступні завдання: 1). намалювати на окремому аркуші коло на всю сторінку, а всередині ще одне, діаметром 1 – 2 см., яке і буде Вашим „Я”. Оточуюче коло розбите на сегменти і розмістити в них 5 – 6 субособистостей, які є виразником Ваших бажань. Після цього пропонується розмалювати субособистості в різні кольори, порівняти свої бажання зі списком цінностей, які вони склали в попередній вправі. 2). Учасники кожен по черзі демонструє спілкування субособистостей і „Я”, розповідають про те за що вони цінують один одного, чому ображають і чого хочуть. На завершальному етапі вправи „головний учасник” розповідає своїй субособистості, яке місце вона буде займати в його подальшому житті.

3. Вправа „Сліпий і поводитир” (25 – 30 хв.).

Мета: підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.

Інструкція: учасники поділяються на пари, після чого один гравець із пари закриває очі (сліпець), а інший (поводир) бере його за руку і водить за собою, після чого партнери міняються місцями. Після чого учасники обговорюють почуття, які в них виникали.

4. Вправа „Коло впевненості” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, підсилення почуття впевненості в собі.

Інструкція: уявіть собі коло діаметром 60 см, увійдіть в нього і згадайте той прекрасний час, коли Ви були на „гребені успіху”. В тій ситуації максимально проявлялися всі ваші здібності. Все було добре, Ви переживали удачу. Якщо важко згадати історію, можна використати історію героя кінофільму. Фантазуйте сміливо!

5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” (20 – 40 хв.)

Мета: обговорення найбільш важливих цілей.

Інструкція: Накресліть в уяві а потім опишіть план реальних досягнень у вашому особистому житті. Якщо Ви вважаєте, що для досягнення цих цілей заважають якісь проблеми, , спробуйте знайти шляхи для їх подолання.

6. Вправа „Моделювання сценаріїв життя”.

Мета: обговорення індивідуальних способів вирішення проблем, розвиток самоповаги, гнучкості поведінки.

Інструкція: „Намалюйте” в уяві прогноз бажаних досягнень в картинках, зміст яких наповнений сценаріями майбутнього життя. Групі ставились питання: - Яка назва у Вашого життєвого сценарію? – Він веселий чи сумний? – Чим закінчується сценарій? – Хто герої сценарію – реальні люди, чи герої кінофільмів, книг?

7. Вправа „Мій успіх у діяльності” (25 – 30 хв.)

Мета: використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулим.

Інструкція: згадайте випадок зі свого минулого життя, коли Ви переживали значний успіх; закрийте очі та сотворіть яскраву картинку в уяві; зверніть увагу на розмір, форму, якість картинки, на рухи, звуки, які її створюють; далі поміркуйте про мету, якої Ви прагнете досягти, уявіть її чітко, уявіть її чітко, прокрутіть в думках картинку – досягнення мети; розмістіть цю картинку туди ж де була попередня; завдання полягає в тому, щоб ці дві картинки накласти одна на одну, прагніть пережити радість, задоволення від майбутнього

успішного завершення справи так, як ви відчували це в минулому.

8. Вправа „Втримати рівновагу”. (15 – 20 хв.)

Мета: формування впевненості в собі, вияв внутрішніх конфліктів. Вправа є однією з форм ефективної роботи з тілом. Якщо людина втримує рівновагу тіла, вона внутрішньо врівноважена, впевнена в собі.

Інструкція: встаньте рівно. Зосередьтесь на своїх внутрішніх відчуттях і відчуйте в своєму тілі свою внутрішню опору, центр тяжіння, відчуйте себе ширяючою над землею, як птах опирається крилами на повітряний потік. Після цього підніміть зігнуту в коліні праву ногу, закрийте очі і відчуйте опору на землю. Відкрийте очі і повторіть це з лівою ногою. – На якій нозі стояти було легше – на правій, чи лівій? (Примітка: ліва сторона тіла відповідає за соціальні відносини, права – за особисті відносини із близькими людьми.

9. Вправа „Уникнення невдач” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдачі, пояснення механізмів психологічного захисту.

Інструкція: з групою розглядаються кілька форм поведінки, спрямованої на уникнення невдач, пояснюються прояви механізмів психологічного захисту. Потім перед групою ставились завдання: 1). Поміркуйте над тим, якою б ви хотіли себе бачити „достатньо здібною, але неорганізованою (тобто, яка боїться поразки), чи не достатньо здібною, але організованою, наполегливою, яка не боїться невдач. 2). Поміркуйте невдача визначається саме відсутністю здібностей. 3). Запишіть позитивні моменти пов'язані з невдачею. 4). Поміркуйте і запишіть, що б ви сказали іншій людині, яка зазнала невдачі. 5). Запишіть, що б ви сказали самій собі у хвилини розпачу.

10. Вправа „Місто впевненості” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз поведінки невпевненої в собі людини.

Інструкція: давайте складемо розповідь про місто, в якому зібралися і живуть самі впевнені люди з усіх.

11. Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” (25 – 35 хв.).

Мета: ознайомлення з техніками подолання тривоги, страхів, хвилювання.

Інструкція: кожен із учасників розповідає про свій позитивний і негативний спосіб подолання тривожності, намагається визначити найприємніше та найбільш негативне. Надалі акцентувалась увага досліджуваних на тому, що дуже важливо для зниження тривожності: 1). навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття, настрої; 2). набути навичок і вмінь контролювати й керувати своїми психологічними станами; 3). розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення. Після описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши програму свого розвитку і самовдосконалення”.

12. Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” (25 – 40 хв.).

Мета: навчання адекватному вибору завдання, реальних і конкретних цілей.

Інструкція: сплануйте досягнення певної мети середньої складності. Докладіть усіх зусиль для її досягнення. Похваліть себе навіть за те, що досягли навіть незначного успіху, „нагородіть” себе чимось за цей успіх.

13. Вправа „Я господар” (20 – 30 хв.)

Мета: ознайомлення із особливостями поведінки впевненої в собі людини.

Інструкція: - Яке Ваше уявлення про господаря? Встаньте ті, хто вважає себе впевненою. Привітайте того, хто встав першим. – „Виконай що-небудь, щоб всі зрозуміли, що ти керівник, після цього передай свої повноваження іншому”.

14. Вправ „Емоції у моєму тілі” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз особливостей сприйняття власних емоцій з тілесними переживаннями. Матеріал: для кожного біли підготовлені схеми людського тіла та олівці.

Інструкція: Намалюйте емоції у вигляді ліній на тих частинах тіла ,які ви відчуваєте напруженими. В залежності від типу емоцій (радощі, злості, суму....), що ви переживаєте, намалюйте лінії різними кольорами: сумні лінії, злі, втомлені. Уявіть, що ви розсердилися, в якій частині тіла зосереджена злість? Намалюйте її. Тепер подумайте що вас може злякати? де на тілі локалізується ваш страх? Замалюйте його чорним олівцем. Де в тілі ви

відчуваєте радість? Яке відчуття вам було легше за інші уявити? Чи є в когось з групи схожі відчуття? Якщо людині вдається скоротити тонус м'язів тієї частини тіла, яка є найбільш напруженою, розслаблення поширюється на всю нервову систему. Так спрацьовує ефект зниження нервового напруження. Для цього учасникам пропонуються використовувати вдома деякі прийоми аутогенного тренування та релаксації, гімнастики зранку і перед сном.

15. Вправа „Позбався образу невдахи”. (20 – 25 хв.).

Мета: аналіз причин послаблення успіху і досягнень.

Інструкція: Сприйняття себе як невдахи відображається на нашій мотивації. Кожна людини здатна досягти успіху, якщо дотримуватиметься таких принципів: 1). Ви повинні дуже прагнути досягти мети, і сама мета буде вести вас до успіху. 2). Міркуйте постійно про кінцевий результат, про свою мету, і засоби її досягнення. 3). Не бійтеся помилкових або тимчасових невдач.

16. Вправа „Скривджена людина” (15 – 25 хв.).

Мета: аналіз групою реагування на кривду впевненої у собі людини.

Інструкція: Кожному учаснику тренінгу пропонується закінчити речення: „Я відчуваю себе скривдженим коли...” Намалуйте вираз обличчя скривдженої людини.

17. Вправа „Моє відображення” (10 – 30 хв.).

Мета: аналіз само відношення учасниками групи.

Інструкція: Пограємо в гру, яка допоможе нам виявити ставлення до самого себе. Задача кожного – уважно подивитися на себе у дзеркало як на незнайому людину і відповісти на такі питання: - Що привабливого ви бачите в цій людині? – За що її можна любити? – Що в ній викликає повагу?

18. Вправа „Мої цінності” (25 – 30 хв.)

Мета: аналіз групою виявлених інструментальних цінностей. *Інструкція:* згадайте свої невдачі. – Які із якостей були тоді відсутні? – Чи спроможні ви змінити цю поведінку на іншу? – Які цінності можуть вплинути на ваші досягнення? – Які цінності із минулого життя ви могли б забрати для того, щоб зробити теперішнє життя більш кращим?

19. „Точка опори” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління у розкритті сильних сторін особистості.

Інструкція: Поміркуйте над тим, які сильні сторони у вас є, тобто над тим, що ви найбільш цінуєте і любите у собі, що надає вам впевненості. Саме ці якості допомагають нам подолати труднощі і успішно завершити свої справи. Кожному дається дві хвилини для аналізу своїх сильних сторін.

20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” (25 – 35 хв.).

Мета: аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.

Інструкція: опишіть свої найхарактерніші для вас емоції і почуття під час переживання змін у вашому житті. У процесі виконання цієї вправи група приходить до висновку, що будь – які кризові зміни в житті можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя.

21. Вправа „Подолання звинувачення” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: вправа виконується в парах. Один з учасників звинувачує інших, а інший аналізує чи є звинувачення оправданими.

22. Вправа „Що я відчуваю” (15 – 25 хв.).

Мета: вправління в самоаналізі учасниками тренінгу своїх психічних станів.

Інструкція: Опишіть, що ви відчуваєте, коли переживаєте ситуацію життєвих змін.

23. Вправа „Подолання” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного рішення проблем.

Інструкція: Згадайте перешкоди у своєму житті і знайдіть те загальне, що допомагає вам долати труднощі. Таким чином у кожного із нас буде під рукою наш загальний досвід успішного подолання перешкод.

24. Вправа „Прийняття критики” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: - Чи згодні ви з тим, що людина, яка не вміє адекватно сприймати критику і реагувати на неї, схожа на людину з довгими пальцями на ногах, на

які легко наступити. Опишіть реакції „тривожного” партнера на критичні зауваження інших.

25. Вправа „Відстоювання своєї думки” (25 – 30 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: подумайте про способи, з допомогою яких ви зможете відстояти свої права і виберіть самий кращий. Висловіть свої думки, уникаючи давати оцінку.

26. Вправа „Подарунок” (15 – 20 хв.).

Інструкція: учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття , участь у тренінгу, зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця).

27. Підведення підсумків психологічної роботи з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

Завершальний етап.

1. Вправа „Казка” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.

Інструкція: учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смислового просторі кожної жінки.

Творче завдання – придумування казки відноситься до проєктивних методів у психології. В інтерпретації результатів використаного методу творення казки учасниками тренінгу використовувались принципи роботи із казками та загальні закономірності цієї роботи, описані Т.Д. Зінкевич – Євстігнеєвою [5,с.16-19.]. Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10).

2. Вправа „Зворотній зв’язок” (10 – 15 хв.).

Мета: груповий аналіз вражень від тренінгу.

Інструкція: учасниками групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”.

Додаток 10.

**Схема роздумів над змістовно – динамічними особливостями
мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасниками
тренінгу, спроектованими ними на вигадану казку**

Характеристика поведінки героя казки.	Коментарій.
Герой казки самостійно вирішує проблему.	Прояв інтровертного локусу контролю у вирішенні професійних і життєвих проблем, що вказують на продуктивність у діяльності.
Герой казки вирішує всі, або практично всі, проблеми, сподіваючись на допомогу інших героїв.	Прояв екстравертного локусу контролю у рішенні професійних і життєвих проблем, що впливає на зниження продуктивності діяльності.
Спосіб вирішення проблеми героєм казки активний – використання ним чарівних предметів, прямий напад на ворога тощо.	Важливо оцінити, в яких ситуаціях реального життя герой казки схильний використовувати той чи інший спосіб вирішення труднощів.
Уникнення вирішення проблем – пасивний спосіб подолання труднощів.	Пасивне підкорення соціальним вимогам, вибір занадто легких або складних завдань, цілей; суб’єктивна готовність до гострого переживання невдачі, прояв психологічних захисних механізмів.
Герой казки прикидається слабким, нерозумним.	Погляд на ситуацію з іншого боку, обернення ситуації в гумор.
Герої казки розподіляють обов’язки між собою.	Готовність до взаємодії, вміння ефективно розподіляти обов’язки, прояв організаторських здібностей.
Герой казки передає права вирішувати важливе завдання іншому героєві.	Передача відповідальності іншому як прояв – екстравертного рівня контролю – з одного боку, з іншого – в ситуаціях, які неможливо

	вирішувати самостійно, важливо продумати, хто б міг допомогти.
Здійснення героєм казки тих чи інших вчинків.	Аналіз видимої і скритої мотивації.
Прояв емоційних реакцій героя казки на певну ситуацію.	Роздуми над казкою з позицій почуттів, що дає можливість проаналізувати почуття – мотиви, інтереси, потреби, бажання.
Герой використовує чарівні предмети.	Самонавіювання почуттів захищеності.
Герой дарує або йому дарують подарунки.	Прояв гнучкості у вирішенні нових важливих ситуацій.
Герой виступає творцем або руйнівником, по відношенню до себе, інших героїв казки, оточуючого світу.	Прояв базової тенденції: конструктивної (що сприяє особистісному розвитку) та деструктивної (перешкоджає розвитку).
Використання героєм казки помічників, чарівних предметів, які оживляють тіло, загоюють рани; елемент нового народження у казці.	Вміння протистояти психологічній кризі, орієнтація на конструктивне вирішення життєвих проблем.

[21]

Додаток 11.

Алгоритм розрахунку критерію Фішера (χ^2)

1. Визначити ті значення ознак, які будуть критеріями для розділу досліджуваних на тих, у кого „є ефект” і тих, у кого „немає ефекту”.
2. Накреслити таблицю з двох стовпчиків і двох рядків. Перший стовпчик – „є ефект”; другий – „немає ефекту”; перший рядок зверху – 1 група; другий – 2 група.
3. Підрахувати кількість досліджуваних в першій групі, у яких „є ефект”, і занести це значення в лівий стовпчик таблиці.
4. Підрахувати кількість досліджуваних в першій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий верхній стовпчик таблиці. Підрахувати суму за двома верхніми стовпчиками таблиці. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних в першій групі.
5. Підрахувати кількість досліджуваних в другій групі, у яких „є ефект” і занести це число в лівий нижній стовпчик таблиці.

6. Підрахувати кількість досліджуваних в другій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий нижній стовпчик таблиці. Підрахувати суму в двох нижніх стовпчиках. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних у другій групі.
7. Визначити процентні долі досліджуваних, у яких „є ефект”, шляхом віднесення їх кількості до загальної кількості досліджуваних в даній групі. Записати отримані процентні долі відповідно в лівий верхній і лівий нижній стовпчик таблиці в дужках, щоб не сплутати з абсолютним значенням.
8. Перевірити чи не являється одна з процентних долей нулю.
9. Визначити за таблицею XII Додатку 1 [15] величини кутів φ для кожної з процентних долей.
10. Підрахувати емпіричне значення φ^* за формулою:

$$\varphi^* = (\varphi_1 - \varphi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

де φ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

φ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних в першій групі;

n_2 – кількість досліджуваних в другій групі.

11. Порівняти отримані значення φ^* з критичними значеннями:

$\varphi^* \leq 1,64$ ($p \leq 0,05$) та $\varphi^* \leq 2,31$ ($p \leq 0,01$).

Якщо $\varphi^*_{\text{емп}} > \varphi^*_{\text{кр}}$, H_0 заперечується.

Міністерство освіти і науки України
Житомирський державний університет імені Івана Франка
Кафедра соціальної і практичної психології

Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях

Курсова робота

студентки 54 групи з/ф навчання
соціально- психологічного факультету
спеціальності «Практична психологія»
Ференець Анжела В'ячеславівна

Науковий керівник:

Косарева З.П.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ.....	6
1.1.Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів.....	6
1.2.Постабортна психічна травма та її наслідки.....	11
1.3.Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”.....	19
1.4.Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період.....	27
Висновки до першого розділу	34
 РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД).....	35
2.1. Методики дослідження тривожності та депресії.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	45
Висновки до другого розділу	56
 РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ.....	58
3.1. Проведення психокорекційного тренінгу по усуненню постабортних наслідків.....	58
3.2. Дослідження психологічного стану жінок після психокорекції...	74
Висновки до третього розділу.....	91
ВИСНОВКИ.....	92

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	95
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Важливого значення нині набувають соціально-психологічні чинники впливу на особистість. Людина, вступаючи у численні соціальні взаємини, формує не тільки сукупність уявлень про світ, а й про себе, мисленнєво виокремлює ставлення до власного внутрішнього світу та його окремих характеристик, тобто породжує та утверджує установки, напівусвідомлені й емоційно забарвлені, готовності суб'єкта сприймати навколишній світ і себе в ньому певним чином (позитивно чи негативно, конструктивно або деконструктивно). На фоні постійно зростаючих стресових ситуацій, в які особистість часто попадає і незалежно від самої себе, це має велике значення.

Аборт – це завжди протиприродний процес, який супроводжується розвитком ускладнень для жінки як фізичних, так і моральних. У жінок, які перенесли аборт, нерідко відмічається підвищена нервозність, дратівливість, плаксивість, спустошеність, а інколи – апатія й пригніченість. Потрібен час, щоб самопочуття жінки покращилося. Тому вивчення емоційного стану жінки в такій стресовій ситуації як аборт є надзвичайно актуальним.

Складність вивчення даної проблеми полягає в тому, що вона певний час не набувала гласності і чинники, які спонукали жінку до такого стресового стану також замовчувалися. Тому ми й вибрали темою нашого дослідження «Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях»

Мета й завдання дослідження полягають у розробці й теоретичному обґрунтуванні психологічного аналізу динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання таких завдань дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому.
2. Провести експериментальне дослідження виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборти.

3. Розробити систему роботи з корекції поведінки жінки, яка попала в стресову ситуацію, а саме зробила аборт.

Об'єктом нашого дослідження є емоційний стан жінок в стресових ситуаціях (аборт)

Предмет дослідження: психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в постабортний період.

Практичне значення одержаних результатів полягає в впровадженні в практику роботи медичних закладів психокорекційних тренінгів.

Структура роботи: курсова робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел, найменувань та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів

Сучасне життя є дуже складним і ніхто з нас не застрахований від помилок. Але існують помилки, які виправляти дуже важко і про які пам'ятають все життя – мова йде про аборти. Аборт – це передчасне переривання вагітності [5, 139].

Ю.О. Підлісний, розглядаючи аборт як психотравмуючу ситуацію звернув увагу на те, що предметом аналізу є не просто факт медичної операції (підручники медицини та словники називають різні терміни: вишкрібання плідного яйця, регулювання місячного циклу та ін.), а перед нами багатогранна і складна антропологічна проблематика, складна морально – психологічна дилема конкретних живих людей. Кожна жива людина це не просто біологічна істота, це завжди цілий всесвіт зі своїм світоглядом, ціннісними орієнтаціями, переживаннями, радощами і смутком, надіями, планами на життя... Жінка яка приходить на аборт, приходить як цілий світоглядний комплекс, як мікрокосмос, який постав перед життєвим вибором: народжувати дитину, чи здійснити аборт. Цей вибір дуже часто є вибором цілого подальшого життєвого плану: стати матір'ю, чи продовжити навчання і ступити на вищий щабель. Стати матір'ю одиначкою зі всіма наслідками, які з цього випливають, чи народити і відмовитися від дитини [21].

С.Ф.Сіроткін та М.А.Данилова [12],[19] пропонують відзначити, що психологічні аспекти проблеми абортів повинні бути розглянуті в контексті проблеми психологічного статусу жінки, вони нерозривно зв'язані з амбівалентністю жіночності, особливостями її становлення і прояву. С.Фанті,

З.Фрейд, К.Хорні у своїх психоаналітичних дослідженнях становлення жіночності дозволяють підійти до проблеми абортів в її внутрішньому змісті, розглянути неусвідомлювані механізми, що керують поведінкою жінки, що зважається на аборт [26],[34],[39].

Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непередбачене рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна. Душевні та психічні порушення у жінок після абортів особливо зросли в наш час. Іноді відчуття провини переростає в дійсну скорботу.

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, лікар Сьюзен Стенфорд з США, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [13, 151] .

Аборт є однією з найактуальніших проблем репродуктивного здоров’я жінки внаслідок не тільки медичного, але психологічного і суспільного звучання. Відомо, що на 100 пологів в Україні припадає майже стільки ж штучних переривань вагітності, тобто абортів. На превеликий жаль, дуже високий рівень абортів щорічно реєструється серед молодих жінок і навіть дівчат – підлітків. Дані держкомстату України в одиницях по областях представлені в додатках (додаток 1).

Психічні травми на ранніх стадіях онтогенезу можуть зумовлювати не тільки тимчасові функціональні порушення, але й викривлений розвиток мозку, а також вади розвитку інших органів і систем.

Аборт деякі автори [22],[15] відносять до стресу, який завдає не лише важких фізіологічних а й психологічних порушень. Людина зі здоровою нервовою системою здатна витримувати великі навантаження, виявляти високу стійкість стосовно складної життєвої ситуації чи психічної травматизації. Проте існують і межі її навантаження. При перевищенні, або

відсутності допомоги може виникнути позамежне охоронне гальмування в корі великих півкуль з виключенням свідомості і розвитком психічного захворювання. Цьому можуть сприяти різноманітні соматичні (які виснажують нервову систему) ушкодження, що зумовлюють неповноцінність біологічного “ґрунту”, на який впливає надсильний подразник, а також надмірне емоційне потрясіння, яке перевищує поріг фізіологічної тривалості коркових процесів. Психогенні захворювання не супроводжуються деструктивними змінами в тканинах мозку, тому більшість випадків зворотні.

Аборт постійно супроводжував людство, тому, що завжди для деяких жінок вагітність була тягарем, чи приносила багато проблем, чи була небезпечною. Найдавніша система законів, що карала громадян які роблять аборт, був Шумерський Кодекс (приблизно 2000 до Р. Х.). В Ассірійському кодексі (приблизно 1500 до Р. Х.) плід залишається людським життям і в ньому (кодексі) передбачалось покарання за те, що його віднімали. Великий грецький лікар Гіппократ (377 до Р. Х.) сформулював свою знамениту Клятву, яка на протязі 24 століть приймалась критерієм медичної етики. Частина Клятви Гіппократа, яку давали всі випускники медичних учбових закладів, проголошує: “...Я не дам нікому, хто б не просив у мене смертельного засобу і не покажу шляху до цього задуму; так само я не дам ніякій жінці абортивного пессарія...” [6, 23]. Декларація Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт (Осло, 1970) представлена в додатках (додаток 2).

Велике значення набуває питання про визначення початку і кінця життя. Конфлікт “прав”, “принципів”, “цінностей”, а, насправді, людських життів та долі культури – реальність сучасного світу. Конфлікт “право плоду на життя” і “право жінки на аборт” вступає в протиріччя з правом лікаря виконати не тільки професійне правило “не нашкодь”, але і заповідь – “не вбий”. У відношенні абортів, як знищення того, що може стати особистістю, існує три моральні позиції:

5 консервативна – аборти завжди аморальні і можуть бути дозволені

лише при загрозі життю жінки ;

6 ліберальна – абсолютне право жінки на аборт, безвідносно до віку плоду ;

7 помірна – виправдання аборту до настання певного розвитку ембріону (до 12 тижнів, коли тканина мозку стає електрично активною) [19].

Питання абортів торкається всіх граней нашого життя, тема абортів змальовується в кінофільмах, художніх творах, як вітчизняних так і зарубіжних авторів, як часто ми спостерігаємо на сторінках романів вагання жінки, її страждання.

Цей надскладний комплекс психологічних і не тільки проблем постають перед нами в художніх образах Шевченкових „Катерини” і „Наймички”. Незапланована вагітність (або як кажуть пересічно – залетіла) ставить перед жінкою проблему цілого життя: народження, виховання, несприйняття, самотність, освіта, кар’єра, тощо. Ставить проблему не лише свого майбутнього, а й майбутнього дитини. У цьому емоційно-психічному напруженні прийняття вірного раціонального рішення, яке спирається на систему і шкалу цінностей переважно не спостерігається. Тут радше прослідковується інша модель прийняття рішення. Вагітність розглядається як проблема, яку треба вирішити. Якщо це не бажана не планована вагітність, то переважно приймається рішення усунення цієї проблеми: звісно позбавленням дитини шансу побачити цей світ.

Персонажі Шевченка, роблять свій непростий вибір у дещо жорстокішому середовищі, при цьому забезпечивши дитині виховання, „незаплямований” як на той час статус. Модель вирішення цієї проблеми Наймичкою як бачимо вкладається в сократівську модель: краще самому зазнати несправедливості, ніж її вчинити. І Катерина, і Наймичка страждають самі, платять за наругу над ними, проступок, слабкість, чи що там було причиною незапланованої вагітності самі: одна покінчує життя самогубством, інша йде в найми, і стає свідком коли син називає матір’ю не її. Але ні одна ні друга не вирішує своєї проблеми життям своєї дитини.

Проте, у випадку Катерини і Наймички, як і у випадку багатьох наших жінок, які зважуються на аборт, проблема не обов'язково в жінці і її виборі. Тут діє цілий комплекс факторів, які підштовхують жінку до абортів. Це в першу чергу світоглядні установки оточуючих, суспільний етос, пануючий в регіоні її проживання. Глянувши в глиб цього етосу ми можемо погодитися з Каролем Войтилою, що основу етосу, який підштовхує до абортів і оправдовує його є споживацька настанова до світу, у тому числі і до людини як до такої.

А якщо на цю небажану вагітність накласти інші світоглядні установки, а саме: 1) часто зневажливе ставлення до матері одначки і глузливе відчужене ставлення, то звідси можна зробити висновок, що народження дитини стає проблемою; 2) перспектива недоотримання освіти освіти, неможливість здійснити кар'єру чи перспектива самозречення (зрештою в цій системі це поняття немислиме) однозначно штовхає на аборт. Критичними факторами, які штовхають на аборт окрім зазначених світоглядних установок, які панують в оточенні цієї жінки, є батько дитини, батьки батька чи цієї жінки, сама жінка. Тиск здійснюється в напрямку перекладання відповідальності на дитину. Тобто повернення до status ante quo є життя зачатої дитини.

Нажаль дискусія щодо абортів в Україні, яка час від часу виникає в різних площинах (законодавча, публіцистична, науково – медична) в переважній більшості не вирішує цієї проблеми [21]. З огляду сказаного можна зробити висновок, що аргументація „за” чи „проти” абортів ведеться в медичних колах часто з точки зору медичних показань, часом сюди влітають соціальні показання, але людини як така часто не береться до уваги.

1.2. Постабортна травма та її наслідки

“Постабортний синдром” (ПАС) – це поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після абортів [13, 58].

Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після абортів і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душеву рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після абортів потребують постійної уваги та медичної допомоги.

В Німеччині “постабортний синдром” описала Дороте Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що вперше визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [28].

Професор д-р медицини Бернارد Натансон (в минулому засновник і завідувачий найбільшою у світі клінікою абортів – New York Center for Reproductive and Sexual Health, а зараз пропагандист ідей руху “За життя”) коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль, навряд чи хтось навіть задумується про це [5].

Професор д-р Ванда Полтавська, психіатр, Краків (Польща) стверджує, що психічні наслідки абортів – закрита та складна тема. Вивчати її дуже

важко по причині великої кількості абортів. Крім того, жінки, що зробили аборт, залишаються зі своїми проблемами наодинці. Лікар, який зробив аборт, в подальшому не слідкує за станом своєї пацієнтки. Звідси – різна оцінка наслідків переривання вагітності. Об'єктивність загальної картини ускладнюється ще й суб'єктивністю лікарів, які разом із прихильниками абортів часто стверджують, що “правильно” зроблений аборт не має ніяких негативних наслідків для жінки. Але на практиці все по іншому: негативні наслідки абортів можуть проявлятися значно пізніше, іноді навіть через багато років [36].

“Постабортний синдром” (травма після абортів) відомий в усьому світі. Але в нашій країні більшу увагу приділяють фізіологічним ускладненням після абортів, ніж психологічним.

Диспансеризація жінок, що перервали вагітність, виявляє ряд ускладнень після абортів. Враховувались ускладнення, що виникли в процесі операції, в післяопераційний період і на протязі наступних місяців. Фізіологічні наслідки абортів представлені в додатках (додаток 3).

Хоча презерватив був винайдений ще древніми єгиптянами, а такий контрацептив як внутрішньоматкова спіраль, відкритий ще в минулому сторіччі, і сучасна наука вже винайшла протизаплідні пігулки під назвою „наступного ранку” для тих, хто забуває, 30% жінок в світі щорічно зазнають операції абортів.

Всі країни розбираються з цією проблемою по своєму. Теоретики медицини, здавалось знайшли шлях вирішення: менше абортів в тих країнах де протизаплідні засоби доступні та популярні. В Америці мабуть лише біг-мак доступніше та популярніше контрацептивів. Однак тут щорічно робиться 1,5 млн. абортів, і протягом десяти років цей показник зростає.

Кампанія по забороні абортів розпочалась в Польщі в 1989 р., коли до парламенту був внесений законопроект по забороні абортів, схвалений самим Папою. Відома в Польщі юрист Урсула Новаковська на сторінках жіночого журналу „Ви и Ми” свідчить: з тієї миті церква пішла в наступ, остаточний

варіант польського антиабортного закону набув сили в 1993 році, являється одним з найсуворіших законів в Європі.

Але закон – одне, а життя – інше. Щоденно з Польщі в інші країни летять, плывуть, їдуть „абортивні тури”. Вартість абортів на Заході сягає 1000 доларів, 200 доларів беруть за цю операцію в східних країнах. В самій Польщі „підпільний” аборт коштує 500 – 700 доларів.

Але, можливо, на фоні такої суворості процвітає виробництво та продаж контрацептивів? Зовсім ні. Зростає сексуальне насилля, оскільки жінки з страху завагітніти взагалі відмовляються від статевих стосунків [38],[18].

Щодня клініки фіксують певну кількість абортів, зазвичай названих “перериванням вагітності”, вакуум регуляцією менструального циклу, чи ще якимось, які вкінці стають статистичними даними, цифрами, за якими непомітно стоять непрості долі, дуже часто – трагічні.

Марія Симон на засіданні юридичного союзу “Право на життя”, оцінюючи психо – соціальні опитування жінок, довела до відому слухачів, що не буває абортів без ризику. У кожній з двох жінок із трьох опитаних після штучного переривання вагітності спостерігаються каття, відчуття провини, страх або важкі депресії. У відношеннях між партнерами часто виникає ненависть, байдужість, капризи та депресії в сексуальному плані. Жінка після абортів не відчуває себе звільненою, навпаки, довгі роки не знаходить внутрішнього спокою та стабільності. Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непередумане рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна [33].

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, Сьюзен Стенфорд, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [22, 49].

На думку І.В.Шаллан, воля жінки, що зважилася на аборт, може спонукатися багатьма зовнішніми, соціальними та психологічними причинами. Але при цьому Г.Г.Філіппова наголошує, що в рішенні зробити аборт присутнє неусвідомлюване спонукання, що пов'язане із внутрішнім змістом понять жіночність, мужність, вагітність, аборт, життя, смерть та ін. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду і виділенням при цьому крові з тіла жінки. Символічно виділення крові проводить границю між життям і смертю, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та народженням [59],[65].

У жінки розвиток жіночності протягом усього життя співвідноситься із символічним вмиранням – відродженням і виділенням крові. У своїх роботах З. Фрейд висловлює думку, що у ранньому віці “вмирання” виявляється в переорієнтації сексуальності дівчинки на батька, у розриві з матір'ю, у запереченні своєї жіночності. Це супроводжується фантазіями про біль, кров, кастрацію. Вік менархе приносить “вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю, з пожвавленням і насиченням архаїчних фантазій про кастрацію. Початок статевого життя, супроводжується переходом у новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Із свідомості витісняються біль і кров дефлорації, агресія на чоловіка – все це стає визначальними факторами розвитку дорослої жіночої сексуальності. Нарешті, ще однією “кривавою справою” у житті жінки стають пологи й аборт; народження і вбивство, що йдуть з одного джерела. І в родах, і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, співжиття жінки з плодом і відродження в іншій якості [60].

На думку С.Ф. Сіроткина, якщо для чоловіка кастрація є символічною погрозою, яку він протягом всього свого життя намагається перебороти (у випадку реальної кастрації чоловік як чоловік зникає), то для жінки кастрація здійснюється на всіх описаних ступінях як реальна, сполучена з кров'ю дія, що додає жінці її специфіку. Життя жінки – це внутрішня таємна війна, і ми періодично спостерігаємо лише криваві наслідки цієї війни. К. Хорні також

вказує на те, що у цьому змісті аборт – найбільш пряма дія, що приводить до кастрації. Якщо під час пологів жінка відокремлює від себе частину свого тіла, тобто “каструється”, то в результаті пологів вона здобуває дитину в якості фалічного заступника. В ситуації аборт “ніж, що каструє”, заходить у глибину тіла жінки, позбавляє її внутрішнього фалоса, і не залишає його зовнішнього заступника. Відбувається не просте вивертання внутрішнього в зовнішнє (як, наприклад, під час пологів), а розгладження топологічної структури жінки, розпрямлення в площину. Аборт переживається драматичніше тому, що він не тільки робить специфічну для жінки дію, але в якийсь момент “знімає” жіночність. У цьому суперечлива функція аборт для визначення жінки. І хоча, на думку авторів, після аборт можлива безплідність, у жінок, тим не менше, несвідомо “переважає” даний засіб контрацепції. Протиріччя складаються в природному прагненні жінки до ствердження жіночності (у межах вагітності – пологи) і прагненні до зняття жіночності в наслідках аборт. Складається враження про прагнення до балансування між жіночністю і маскулінізацією. Жіночність затверджується через самозаперечення [12],[61].

С.І. Зімовець вважає, що аборт також маркірує статевий час жінки. Для чоловіка час іде лінійно, а для жінки протікає навскоси, тобто вивертається. У цьому випадку розгляд проблем жінки не може бути зроблено “прямим” поглядом, а тільки таким, що ковзає по поверхні, яка вивертається. На його думку, аборт, що відновлює менструацію, це можливе повернення в будь-який “час крові”, актуалізація архаїчних переживань (травми народження, менархе, дефлорації, поранення та ін.). Так само, вагітність – це повернення в будь-який час потенційності, наприклад, з регресією до дитинства. Періоди крові маркірують нелінійний час жіночності [22].

На думку С. Фанті – амбівалентність природи жінки у своїй межі виявляється як рівновага вагітності і викидня (аборт). Модель маткової війни показує біологічне і психологічне відношення в середині співжиття матері і плоду. Прагнення до збереження плоду і відторгнення його від матки

несвідомо конкурують один з одним. Суб'єктивне прийняття жінкою визначеного рішення усвідомленого чи несвідомого визначає долю плоду. В аборті він свідомо виганяється з лона, тобто реалізуючи одну з тенденцій. У цьому змісті, жіноча амбівалентність є рівновагою життя і смерті, конструктивності і деструктивності [61].

У праці С.Ф. Сіроткина та М.А. Данілової був розглянутий аналіз пілотажного психологічного дослідження відношення до абортів. У дослідженні брали участь студенти, що не робили абортів. Вони складали розповіді по темах, які спонукають уявити переживання жінки, що зробила аборт. В результаті позначилися кілька комплексів можливих переживань. Оцінюючи результати дослідження, вчені зауважили, що насамперед відзначається переживання фізичного і душевного болю, причетності до смерті, страх смерті. Приєднується до цього і переживання порожнечі, втрати чогось важливого. Очевидно, порожнеча конституційно зв'язана з жіночністю, відповідає внутрішньому напруженню, жіночому варіанту кастраційного комплексу. Аборт, таким чином, позначає через біль і кров виняткове почуття онтологічної порожнечі. Переживання звільнення раціоналізується як звільнення від проблеми. Автори припускають, що у цьому комплексі переживань, ймовірно, відбиваються анальні аспекти жіночності. Звільнення відповідає спорожнюванню. Воля жінки, яка зважилася на аборт, може детермінуватися чисельними зовнішніми соціальними, психологічними причинами. Але необхідно відмітити, що в рішенні зробити аборт присутні неусвідомлювані детермінанти, пов'язані з глибинно психологічним змістом понять жіночність, чоловічність, вагітність, аборт, життя, смерть т.д. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду та виділенням при цьому з тіла жінки крові. Символічно виділення крові межує життя від смерті, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та відродженням. Розгортання жіночності протягом всього життя у жінки співвідноситься з символічним вмиранням – відродженням та виділенням крові. В ранньому віці „вмирання” проявляється в переорієнтації

сексуальності дівчинки на батька, розриві з матір'ю, в запереченні своєї жіночності. Вік менархе приносить „вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю. Вступ в статеве життя, супроводжується переходом в новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Нарешті ще однією „кривавою справою” в житті жінки є пологи та аборт; народження та вбивство, які виходять з одного джерела. І в пологах і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, симбіозу жінки з плодом і відродження в іншій якості [4],[56].

В.І. Брутман та М.С. Радіонова припускають, що комплекс переживань, пов'язаних з почуттям провини перед дитиною, партнером, іншими, самою собою, вибудовується очевидно, на основі витиснутої агресивності у відношенні до плоду, що по зовнішніх причинах реалізувалася в аборті. Агресія на зачатий плід співвідноситься з мазохімічними установками жінки, результатом цієї агресії є депресивність після аборту. Агресивний аспект переживань аборту реалізується також у прямій об'єктній агресії на партнера, обставини, весь світ. У даному випадку спостерігається викидання стримуваного дотепер ворожого імпульсу жінки, повна влада деструктивності. Це підтверджує тезу, що в аборті присутній виражений агресивний потенціал, реалізований як в образі на інших, так і в самому виробництві аборту [2],[6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно більше 50 млн. жінок йдуть на штучне переривання вагітності. О.К. Капелюшник [23], О.Ф. Серова [34] та Т.Н. Мельник [36], вважають, що наслідками аборту можуть бути як фізіологічні так і психологічні проблеми.

Коридзе вважав загальновідомим фактом, що не зважаючи на те, що аборт був виконаний в умовах стаціонару з застосуванням сучасних оперативних методів та анестезіологічної допомоги, він все ще нерідко приводить до важких ускладнень. На його думку найбільш часто зустрічаються ускладнення зі сторони репродуктивної системи, які можуть розвинути як в наслідок запальних процесів, так і в результаті грубих

порушень та дискоординації біосинтезу в ендокринній системі [27].

А.Н. Бакулєва доповнює, що аборт також викликає порушення стану вегетативної нервової системи, що характеризується змінами адаптивних можливостей організму. Це веде до розвитку вегето-судинної дистонії чи її прогресу [3].

А такі вчені як Л.Я. Брусиловський [5], Н.Я. Колодзін [26], А.Н. Молохов [38], Л.М. Розенштейн [51] вивчали роль, яку психічні травми грають в якості фактора, що провокують чи загострюють протікання інших психічних і соматичних розладів – в діапазоні від різних порушень діяльності внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції, обміну речовин, захворювань гінекологічних і шкірних до ендогенних психозів включно.

Таким чином, всі розглянуті комплекси переживань є психологічною моделлю переживання аборту. При проведенні подальших емпіричних досліджень, на нашу думку, можна отримати клінічні дані, які дозволять розширити представлення про психологію аборту, дозволять описати психозахисні механізми, що супроводжують рішення жінки про аборт і її психологічні втрати, що його компенсують

1.3. Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”

Згідно з П. Штессель під “постабортний синдромом” (ПАС) розуміють “поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після абортів” [42, 157]. Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після абортів і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душевну рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після абортів потребують постійної уваги та медичної допомоги.

“Постабортний синдром” вперше описала Д. Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [15].

Б. Натансон, коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, “що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль і навряд чи хтось навіть задумується про це” [17, 49].

М.Ю. Колпакова виділяє певні причини постабортного синдрому:

1. Втрата рідної істоти, яка продовжує жити у свідомості батьків.
2. У жінки з початком вагітності виникають гормональні зміни, які фізіологічно готують її до материнства. Страх, пов’язаний з

вагітністю, агресія, яка призводить до знищення своєї ж дитини, біль як наслідок втрати – все це викликає глибинно психологічні конфлікти, які важко вирішити.

3. Приймаючи до уваги втрату, жінка має її пережити. Приглушення болі не являється ефективним.
4. Не вирішені конфлікти переростають у ще більші труднощі. Засвоєні захисні механізми зникають, як тільки виникає новий конфлікт. Все це буде залежати від кількості минулих втрат, власного егоцентризму.
5. Як приглушений біль завжди викликає страх та гнів, так і депресія, обумовлена тривогою, зазвичай має місце в постабортному синдромі. Симптоми хвороби залежать від причин, які викликали аборт, терміну вагітності, чуттєвості жінки [36].

Н. Філіп рахує, що після аборту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини. Але прихильники абортів вважають, що жінці просто нав’язують почуття провини :

- 1 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 2 переконуючи жінку в його існуванні;
- 3 розвиваючи тему відчуття провини після аборту.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але на думку Н. Філіпа, ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після аборту. Вони бояться бути засудженими [33]. З ним погоджується і П.К. Гусак. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після аборту, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Крім того, автор наголошує, що аборт має негативний психологічний вплив не тільки на жінку, але й на медичних працівників, що виконують його як медичну процедуру [16].

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

А. Лісець , Д. Реардон, С. Стенфорд та інші сходяться на думці, що “постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [18],[24].

Нами було систематизовано основні симптоми постабортної травми та зведено до таблиці. Симптоми “постабортного синдрому” та їх характеристика представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика симптомів “постабортного синдрому”

№	Симптоми	Види проявів
1	Тривожність	В більшості жінки після абортів стають тривожними, боязливими, напруженими, вразливими, втомленими. Часто впадають в депресію, що знижує імунітет до різних хвороб. “Постабортний синдром” може мати всі ознаки сильної депресії доходячи до психозу
2	Почуття провини	Якщо не признати провини і не лікуватись – це приведе до надмірної інтенсивності життя, непотрібної активності, зловживання алкоголю та ліків. Якщо загнати її в глибину, тоді можна переконати більше інших ніж себе, що ніби то все нормально. Якщо взяти всю провину на себе, тоді депресія тільки збільшиться, що може привести до суїциду. Від провини можна також відмовитись, або частково позбутися, переглядаючи фільми жахів, або зайняти бойову позицію. Найчастіше почуття провини притаманне чуттєвим, релігійним людям. Іноді їх

		охоплює паніка, вони хочуть когось рятувати, допомагати іншим. Це призводить до того, що, вирішуючи чужі проблеми, вони не можуть владнати свої, і їх хворобливий стан ще більше погіршується. Відчуття провини може призвести до самопошкодження чи відмові від достойного людського життя. Якщо провину жінки спробувати заглушити гнівом, вона перенесе її на будь – кого іншого: чоловіка, коханця, абстрактно на всіх чоловіків, яких рахує винуватцями абортів та нещастям жінок.
3	Агресія	Психологічний конфлікт як результат абортів перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті знайшло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так : “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.
4	Реакція через рік	Багато симптомів “постабортного синдрому” інтенсивно розвиваються, серед них – біль в нижній частині живота.
5	Злість	Злість жінки проявляється по відношенню як до себе самої, так і до когось іншого, навіть до лікаря, який робив аборт. Це відчуття особливо загострено у молодих дівчат з неблагонадійних сімей, яких підштовхнули на аборт, посиляючись на їх молодість. Багато з них хотіли б дати своїй дитині те, чого вони не мали в дитинстві. Це ще більше загостило в них бажання мати дитину.
6	Раптові зміни гормонального	Під час вагітності гормони спонукають в

	циклу	організмі жінки великі фізіологічні зміни і швидке розмноження клітин в молочних залозах. Якщо жінка народжує дитину, годує її груддю, гормони діють в протилежному напрямку. Коли жінка робить аборт – збільшується ризик захворювання раком груді. З'являється відчуття порожнечі та безцільності, що легко приводить до депресії.
7	Реванш	Іноді жінкам здається, що вони – жертви аборту. Скорботні та озлоблені вони хочуть помститися : лікарю, що зробив аборт, людині, яка вмовила її перервати вагітність, чи чоловікові, від якого завагітніла.
8	Бути бажаним	Тема аборту в більшості випадків зводиться до питання : була дитина бажаною чи ні. Якщо це справа батьків – вирішувати: за чи проти, жити дитині чи ні, то через деякий час вони відчують прохолоду в своїх відносинах. Жінка намагається міцно триматись за чоловіка, створюючи посилену залежність, яку не всі витримують. Жінки після аборту часто запитують : “Ти мене ще любиш? ” Такі почуття нагадують почуття людей якими зловживали.
9	Відчуття нездійсненності	Виникає постійне бажання повернути втрачену дитину. Воно переплетене з уявними труднощами виховання наступної дитини. Через це жінка усіляко тягне з наступною вагітністю, але бажання мати дитину не проходить.
10	Страх перед материнством і батьківством	Разом з втратою контролю над руйнівним гнівом до дитини, наслідком якого став аборт, чоловіки

		і жінки бояться дітей , а тому не хочуть їх мати.
11	Порушення сну	Багато жінок мають великі проблеми зі сном. Їх мучать страшні сновидіння.
12	Цинізм	Жінка, що зробила аборт, схильна цинічно ставитись до себе та інших.
13	Недовіра	Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.
14	Криза жіночої ідентичності	Жінка, в біологічній природі якої закладена любов, здатність та бажання народжувати дітей, знищила в собі це нове життя. Вона вже не вірить в те, що вона ніжна, здатна любити та виховувати Її жіноча ідентичність знищена. Але вона все-таки намагається бути жінкою чи, навпаки, рахує, що це для неї неможливо – бути знову ніжною та жіночою, а тому стає войовничою феміністкою.
15	Проблеми виховання	Жінки, що зробили аборт, мають набагато більші проблеми зі своєю наступною дитиною, не готові годувати її груддю. Якщо дитина плаче, вони безпорадні, боязкі чи агресивні. Чим менше мати прив'язана до дитини, тим більше дитина наштовхується на злість та недбале ставлення до себе. Тому такі діти “чіпляються” за матір, боячись втратити її, а це викликає у неї ще більше роздратування та страх.
16	Нова інсценізація трагедії	Усвідомлюючи те, що конфлікти після абортів неможливо вирішити, жінка схильна повторити

		все знову. Також можливо, що абортom вона відтворює жорстокість та байдужість зі свого дитинства. Можливо вона успадковує свою матір в рішенні власних конфліктів, які виникають з її минулих хвилювань.
--	--	--

Розглянувши таблицю 1.1. ми бачимо, що найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок (як після нещасного випадку); розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти; послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”); постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами; тривале відчуття втрати та пустки, провини; депресія; страх перед покаранням, постійний острах за інших своїх дітей; втрата відчуття особистої значимості, самоагресія в різних формах; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду, перелік симптомів надзвичайно великий, ці симптоми можуть бути наявними як поодиночі, так і об’єднуватись у синдроми, що ускладнює процес лікування.

М.С.Гельдер приводить приклад, що Greer et al. (1976) на протязі 18 місяців спостерігав за 360 жінками після переривання вагітності в I триместрі за допомогою вакуум-аборту. З кожною пацієнткою перед операцією була проведена короткочасна консультація. Згідно отриманих даних лише через півтора року в психічному стані обстежуваних спостерігались значні позитивні зміни порівнюючи з періодом перед абортom; зокрема

зм'якшувалася психопатологічна симптоматика, зменшувалось почуття провини, покращувались міжособистісні сексуальні відносини [13].

Таким чином, “постабортний синдром” (травма після аборту) в світі науково досліджений та об’явлений громадськості С. Стенфорд, В. Руе, А. Шпекгарт, проф. . П. Петерсеном, М. Фурх, д – ром М. Сімон та багатьма ін [3],[27]. Але, на думку З. Городенчук, мусило минути декілька десятиків років з часу легалізації аборту, щоб стали помітними його наслідки для суспільства. Автор відмічає, що “з’явилась велика група жінок, які страждають від типових психологічних розладів, описаних як “постабортний стресовий розлад”. (Для порівняння – в СРСР аборт вперше легалізували 08.11.1920 р.) [14, 103].

1.4. Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період

За даними закордонних та вітчизняних досліджень основними порушеннями в постабортний період виступають порушення емоційної сфери, переважно тривожного та депресивного кола [8],[18].

Ні одна тема, що стосується абортів, не є таким сильним табу, як та, що ненароджена дитина, на якій би стадії розвитку вона не знаходилась, є від початку людиною, а також та, що після абарту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини.

Г.І. Каплан [24] до характерних ознак постабортного розладу відносить переживання подій, пов’язаних із травмою, що, незважаючи на їх витіснення із свідомості, виявляється в нічних кошмарах і сновидіннях. При зіткненні з подією, звуком, запахом, що чимось нагадує витиснуту з свідомості ситуацію, також може відбуватися раптовий прорив цієї події у свідомість. При цьому порушується контакт із реальністю, з’являється неадекватна поведінка, що може становити соціальну небезпеку як для самої людини, так і для навколишніх. Ці зміни стосуються відсутності тонкостей в нюансах емоційних реакцій і сильніше їх вираження. Жінки придушують свої емоції, можливий “вихід” яких здійснюється в брутальній формі. У повсякденному житті таких людей характеризує прагнення до мінімізації у використанні емоцій. Їм притаманний підсвідомий страх “включення” емоційної сфери в зв’язку з передбачуваною деструктивністю [24]. На думку Л.Ф.Бурлачка і Н.В.Манцевої, жінки уникають ситуацій, що здатні нагадати їм переживання, які вони випробували. Ц.П. Короленко рахує, що для таких людей характерний відхід від стратегічного планування, у зв’язку з відсутністю настроєності на довге життя [7],[27].

Особливої уваги, та психокорекційної роботи потребують жінки із підвищеною тривожністю. У ситуації постабортного розладу вони можуть

характеризуватися неадекватним (гострим або пасивним бездіяльним) реагуванням на критичні події життя, індивідуальною схильністю до переживання фрустрацій, емоційною збудливістю, подразливістю, недостатньою саморегуляцією в поведінці, зовнішньою мотивацією у виконанні професійних задач, низькою самоповагою та самооцінкою та неадекватною поведінкою у соціальній сфері, ці жінки, як правило можуть входити до груп осіб із ризиком захворювання на неврози.

У психологічній літературі термін „тривожність” є багатозначним, ним описують як певний стан індивіда в обмежений момент часу, так і стійку властивість будь – якої людини. Тому розрізняють ситуативну та особистісну тривожність як рису особистості, пов’язану з генетично детермінованими властивостями людини, які обумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження, тривоги [38].

Висока тривожність є показником дезадаптаційних переживань особистості (Я.Рейковський, О.Т. Соколова, Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Пісун) та емоційної нестійкості (Айсберг) [8],[31]. Надмірно високий рівень особистісної тривожності може спричинити розвиток неврозу(З.Фрейд, Ч.Спілбергер та інші) [1].

Типовою причиною виникнення тривоги є внутрішній конфлікт, який і пов’язаний з неправильним уявленням особистості про себе, свої досягнення або вчинки.

Психологічний конфлікт на фоні тривоги, як результат аборту перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті нашло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так: “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.

М. Вайтхед, П.Б. Ганнушкін, Є.К. Краснушкін сходяться на тому, що подібно тому, як ми здобуваємо імунітет до визначеної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, що пережила трагічну втрату близьких,

надалі підсвідомо уникає встановлювати з ким-небудь тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації він повівся безвідповідально, йому згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось чи за щось [9],[11],[42].

Прихильники абортів вважають, що жінці просто нав'язують почуття провини :

- 2 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 3 переконуючи жінку в його існуванні;
- 4 розвиваючи тему відчуття провини після абортів.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але складається враження, що ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після абортів. Вони бояться бути засудженими. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після абортів, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

Симптомами “постабортного синдрому” є :

- 1 шок (як після нещасного випадку);
- 2 розлади сну, страхітливі сновидіння ;
 - болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними ;
- 2 бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю ;
- 3 погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність ;

- 4 неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти ;
- 5 послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”) ;
- 6 постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої;
- 7 спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт;
- 8 неодноразові аборти;
- сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами;
- 9 тривале відчуття втрати та пустки, провини ;
- 10 депресія ;
- 11 страх перед покарання, постійний страх за інших своїх дітей ;
- 12 втрата відчуття особистої значимості, само агресія в різних формах;
- 13 зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками;
- 14 загроза суїциду.

Це далеко не повний список наслідків абарту, зібраний Мюнхенською консультаційною групою на основі даних американських терапевтів (Давида Реардона, Сьюзен Стенфорд та інших). Не так легко впорядкувати психосоматичні хвороби і висвітлити картину проблем після абортів. “Постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [26].

Коли в людини немає можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. На думку Г.І. Каплан і Колодзін, у цьому принципі, і складається механізм формування постабортного синдрому. Його симптоми – які в комплексі виглядають як психічне відхилення – насправді не що інше, як глибоко укорінена пам’ять про аборт. Вони виділяють основні клінічні симптоми, що представлені в додатках. (додаток 4).

Г.І. Каплан [24], цитуючи В. Аугена назвав сучасний світ “ерою тривоги”. Вона виявляється в кількох сферах, що представлені в таблиці 1.2.

Сфери тривоги

<i>№</i>	<i>Сфери тривоги</i>	<i>Види проявів</i>
1	Фізіологічний сфера	Ломота в спині, спазми шлунка, головні болі.
2	Психічна сфера	Постійне занепокоєння і заклопотаність, “параноїдальні” явища (наприклад необґрунтований страх переслідування).
3	Емоційна сфера	Постійні переживання, почуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини.

З таблиці 1.2. бачимо, що тривога проявляється в трьох сферах: фізіологічній, психічній та емоційній. Характеристику кожної зі сфер тривоги можна розширити, кожна з них може як переходити одна в одну, зустрічатися виключно однією, або об’єднуватися в синдроми. Безумовно кожна зі сфер тривоги потребує лікування та корекційної роботи.

Ще однією важливою складовою постабортного синдрому є депресія.

Депресія – це стан зниженого, пригніченого настрою зі спаданням психічної активності, песимізмом, апатією, своєрідними уявленнями, загальмуванням дій [55, 127].

Наслідком напруженого ритму роботи є відчуття втоми, сонливість чи безсоння, тривожність, погана концентрація уваги, втрата сенсу життя. Якщо такі симптоми зберігаються протягом декількох тижнів, це стає провідом для діагностування депресивного стану. Як вже відомо, після абортів у жінок порушується гормональний цикл, певний рівень гормонів знижується, певний навпаки підвищується. Спеціалісти вважають, що депресія прямо

пов'язана з падінням рівня серотоніну, завдяки якому виникає відчуття щастя. Однак, точно не відомо, чи то нестача серотоніну викликає депресію, чи депресія знижує рівень гормону [39].

Е. Шопер попереджує: різниця між людьми, нещасними через невдалі обставини, та хворими на депресію дуже велика. Адже депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію [8].

П.Б. Ганушкін поділив реактивні депресії на 2 групи:

1. Гострі депресивні реакції з надмірною силою афективних проявів у вигляді експлозивних вибухів. Такі стани в полі зору психіатрів опиняються лише, коли супроводжуються суїцидальними спробами.

2. Затримані депресії. Повільно розвиваються, лише через деякий час після психічної травми. Цей тип характерний для більшості хворих на реактивну депресію [11].

Бачимо якою багатогранною є депресія, а якщо врахувати, що вона є лише складовою постабортного синдрому, то можна зрозуміти наскільки серйозною є проблема постабортної травми. З даної схеми видно, що одним з симптомів депресії є емоційні порушення, саме вони є першою ознакою депресії, найчастіше це зміна настрою, що виявляється в журбі, печалі, смутку, тривозі, внутрішньому дискомфорті, напружені. Повсякденні задачі стають важкими не вирішуваними проблемами. Нелегко прийняти рішення, зосередитись, відповісти на питання, згадати потрібне.

Зникають бажання, ініціатива, не хочеться ні з ким розмовляти, залишаючись на самоті. Виникає хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, емоційного ставлення до навколишнього, нестача вольової активності. Крім ознак наведених у схемі 1.1., до критеріїв депресії можна

віднести: почуття нестриманості, жалю, відповідний і соматичний стан, зниження цікавості чи задоволення до всього, відсутність чи зниження енергійності, почуття особистої неповноцінності чи провини, зниження здатності зосередитись, періодичні випадкові думки „суїцид альні спроби [34].

До аналізу проблеми депресивних розладів звертались багато науковців, зокрема, В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлисеєв, В.Н. Синицький, ін. Розглядаючи депресію як один із симптомів постабортного періоду не можна залишити без уваги роботи К. Г. Юнга [52], який називав депресію “дамою в чорному”. На думку В. Мюллера та В. Н. Синицького [14],[39] вона досягає самих темних і безпросвітних глибин людського розпачу, коли здається, що все безглуздо і даремно.

Отже, зі сказаного можна зробити висновок, що основними складовими постабортного синдрому є тривожність та депресія, з якими жінки залишається наодинці, поза медичним закладом, кожен зі симптомів є надзвичайно важливим та вимагає лікування. Іноді, як то кажуть, можна „взяти себе в руки”, тобто мобілізувати резервні можливості організму й подолати депресію. Та, нажаль, далеко не завжди.

Висновки до першого розділу

1). На думку багатьох дослідників [18],[44] найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок; розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; послаблене емоційне світосприйняття; постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду.

2).У жінки виникає депресія, іноді депресія після аборту настільки важка, що може призвести до самогубства. Якщо доношування вагітності втримує жінку від незворотних кроків, дає новий імпульс до життя, то переривання вагітності лише посилює депресію. Депресивні розлади починаються безпосередньо після аборту.

3). Проблема абортів поставлена у всьому світі, вона розглядається в різних контекстах: правовому, медичному, психологічному, існує надзвичайно велика кількість досліджень стосовно проблематика абортів, причин, методах подолання цього явища, але надто мало уваги приділяється жінці, яка вже зробила аборт, хоча постабортний синдром відомий у всьому світі, і об’явлений громадськості.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД)

2.1. Методики дослідження тривожності та депресії

Дане дослідження проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева протягом 5 – ти тижнів. До дослідження було залучено 40 осіб, які належать до різних соціальних груп, (20 жінок, які мають в анамнезі один або більше абортів та 20 жінок – контрольна група, вагітні жінки, які прийняли рішення народжувати попри важкі життєві обставини). Вік досліджуваних від 17 до 42 років. Вибірка досліджуваних з зазначенням ім'я, віку, професії та кількості абортів, представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Вибірка досліджуваних (експериментальна група)

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>	<i>К-ть абортів</i>
1	Оксана	42 р	Комірник	4 аборти
2	Валентина	31 р	Не працює	4 аборти
3	Коломієць О.М.	24 р	Декр. відпустка	1 аборт
4	Олена	36 р	Підприємець	5 абортів
5	Тетяна	22 р	Декр. відпустка	1 аборт
6	Поліна	19 р	Студентка	1 аборт
7	О.Р.К.	30 р	Менеджер	2 аборти
8	Марія	31 р	Декр. відпустка	7 абортів
9	В.Л.	22 р	Студентка	1 аборт
10	К.Р.В.	26 р	Акушерка	1 аборт
11	Тамара	37 р	Вчитель	2 аборти
12	Д.К.Ю.	19 р	Студентка	1 аборт

13	Ольга	18 р	Студентка	1 аборт
14	Ольга Д.	20 р	Студентка	1 аборт
15	К.	17р	Студентка	1 аборт
16	А.Р.С.	25р	Не працює	2 аборти
17	Інга	28р	Продавець	2 аборти
18	А.К.В.	38р	Менеджер	3 аборти
19	Лідія	27р	Фармацевт	1 аборт
20	Т.М.Ю.	36р	Не працює	2 аборти

Вибірка досліджуваних (контрольна група).

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я.</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>
1	Марина	29	Еколог
2	Надія Василівна	37	Бухгалтер
3	С.Петрівна	28	Косметолог
4	Лідія Іванівна	30	Перукар
5	Ольга	19	Студентка
6	А.Д.	26	кравець
7	Вікторія	17	Не працює
8	Наталія	23	Санітарка
9	В.В	33	Не працює
10	Катерина	20	перукар
11	Н.В.	36	вчитель
12	Світлана Василівна	28	адміністратор
13	Юлія	21	студентка
14	Наталія	35	Не працює
15	Н.Р	32	вихователь
16	Ольга Миколаївна	25	продавець
17	Олена Дмитрівна	36	викладач
18	В.Д.	23	студентка

19	Аліна	19	Не працює
20	К.К.	33	лікар

Для діагностики психічного стану жінок, які зробили аборт та як початковий метод збору інформації використовувалась клінічна бесіда; для визначення та оцінки рівня тривожності використовуються шкала ситуативної тривожності Спілбергера – Ханіна; для визначення ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, оснований на опитувальнику В. Зунга та адаптовану Т.М.Балашовою; для визначення рівня депресії та астенічного стану використовувалась шкала астенічного стану (ШАС) розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою [50].

- Застосування методу клінічної бесіди у жінок.

Бесіда – це метод отримання інформації на основі вербальної (мовної) комунікації (вільний діалог між дослідником та досліджуваним). Він передбачає реєстрацію та аналіз відповідей, а також вивчення особливостей невербальної поведінки опитуваних.

Клінічна бесіда – це метод терапевтичної бесіди при наданні психологічної допомоги. В психіатрії, психоаналізі і медичній психології клінічна бесіда використовується для допомоги пацієнту в усвідомленні своїх внутрішніх конфліктів, прихованих мотивів поведінки.

На відміну від інтерв'ю, бесіда не має чіткої цілі, попереднього планування дій по збору інформації та обробку отриманих результатів. Можливість застосування даного методу в широкому діапазоні дослідницьких цілей дозволяє говорити про його універсальність.

На думку Д.С.Горбатова бесіда – один з найбільш суб'єктивних методів. В ньому дуже великий ризик отримання неправдивої, навмисно чи випадково викривленої інформації [14],[42].

З однієї сторони респондент – людина, що приймає участь в бесіді в ролі джерела інформації, - може відхилитись від істини в силу цілого комплексу причин. Серед них:

1. піддатливість реальному чи уявному тиску дослідника;
2. схильність до виявлення соціально – позитивних думок;
3. вплив на відповіді стереотипів мислення та поведінкових установок;
4. нечітке усвідомлення особистих думок, позицій та відносин;
5. незнання яких – небудь фактів, чи помилкова інформованість;
6. антипатія до дослідника;
7. сумніви в подальшому збереженні конфіденційності повідомлення;
8. усвідомлений обман чи навмисне замовчування;
9. мимовільні помилки пам'яті.

З іншої сторони, особа, що проводить бесіду також може стати суб'єктом можливих перекручувань зібраних даних [57].

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Бесіда проводилась індивідуально, окремо з кожною жінкою, протягом 2-ох днів, в окремій кімнаті, без сторонніх шумів. На початку дослідження встановлювався з досліджуваними індивідуальний контакт, для отримання щирих відповідей. Жінкам експериментальної групи в ході бесіди задавалися наступні питання: чи пам'ятає в подробицях свій (свої) аборт; який мала вік, коли його робила; чи була заміжня на той час; якою за рахунком вагітністю був аборт; чи була вагітність бажаною; кому говорила про вагітність; які відносини на час абарту мала жінка з чоловіком, матір'ю, свекрухою, їх ставлення до даної вагітності; які взаємовідносини в сім'ї; чи хто підштовхнув до абарту; який основний мотив переривання вагітності; що відчувала йдучи на аборт; які відчуття мала після абарту; як відчуває себе зараз, чи планує вагітніти в майбутньому.

Жінки контрольної групи в ході бесіди відповідали на питання про термін вагітності, бажаність вагітності, відносини в сім'ї, своє самопочуття, емоційний стан, про власні побоювання або страхи, планах пов'язаних з майбутнім життям, уявленнях про пологи та післяпологовий період. В бесіду включалися питання, направлені на виявлення особливостей протікання онтогенетичних етапів формування материнської сфери. Ставилися питання

про склад теперішньої сім'ї, про батьків, сестер та інші. Аналіз бесіди здійснювався за критеріями, направлених на виявлення трьох змінних : цінності дитини та динаміки її зміни; типів переживання вагітності та їх динаміки в період вагітності, типів материнського відношення, а також рівня тривожності у матерів. За основу взяті виділені в попередніх дослідженнях типи цінності дитини і стилі переживання вагітності і материнського відношення [6],[20].

Для аналізу психологічного стану жінки під час виношування дитини до бесіди включено ряд питань, направлених на опрацювання типу переживання вагітності. З цією ціллю включені питання про фізичні та емоційні переживання етапу дізнання про вагітність, переживання симптоматики вагітності, динаміки переживання симптоматики по триместрам вагітності, переважному фоні настрою, переживання першого ворухіння плоду, переживання ворухінь на протязі всієї вагітності. Окрім описаних вище, враховувались слідуєчі показники: дані про сприйняття жінкою змін свого самопочуття, зовнішнього вигляду, емоційного стану, інтересів, відношення до цих змін. При аналізі даних враховувалась їх динаміка по триместрам вагітності. (для жінок, які носять вагітність). На основі цих критеріїв за сукупністю показників можна виділити загальний тип переживання вагітності.

Короткі тези бесід представлені в додатках (додаток 5).

- Дослідження ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

Вимірювання тривожності, як якості особистості, особливо важливе, оскільки ця якість в багатьох випадках обумовлює поведінку суб'єкта. Відповідний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. В кожній людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні являється для неї вагомим компонентом самоконтролю та самовиховання.

Ситуативна, або реактивна, тривожність як стан характеризується

суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, хвилюванням, знервованістю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Особистості, які належать до категорії високо тривожних, схильні приймати загрозу своєї самооцінки та життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій та реагувати досить напружено, вираженим станом тривожності. На російській мові методика запропонована Ч. Спілбергером адаптована Ю.Л. Ханіним [47],[50].

Дослідження ситуативної тривожності проводилось паралельно з дослідженням ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, на базі жіночої консультації міста Бердичева, з вагітними жінками та жінками які зробили аборт. Дослідження проводилось індивідуально з кожним з учасників. Перед початком дослідження була дана слідуючи інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає” [50]. Бланк тесту ситуативної тривожності Ч.Спілбергера представлений в додатках (додаток б).

Після заповнення бланків дослідженими, результати оброблялись з допомогою ключа:

№ тверд.	н і к о л и	і н о д і	ч а с т о	з а в ж д и
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4

13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

Кінцевий показник по даній шкалі може знаходитись від 20 до 80 балів. При тому, чим вищий кінцевий показник, тим вищий рівень тривожності. При інтерпретації результатів я орієнтувалась на слідуючи оцінки тривожності : до 30 балів – низький рівень; 31-44 бали – помірний; 45 і вище – високий рівень тривожності.

- Методика виміру ступені вираження зниженого настрою – субдипресії.

Для проведення дослідження була використана шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС), яка базується на опитувальнику В.Зунга адаптованого Т.Н. Балашовою. Шкала включає 20 тверджень, які характеризують прояв зниженого настрою – субдипресії.

Тестування жінок проводилось через 3 дні після бесіди, оскільки під час проведення бесіди я помітила, що жінки виглядають в'ялими, дещо втомленими, відчувають почуття розпачу, відчаю, і це може вплинути на результати дослідження. Шкала депресії Зунга проводилась паралельно з дослідженням тривожності Ч. Спілбергера.

Дослідження проводилось індивідуально з кожною з учасниць, в окремих, добре освітлених, ізолюваних від шуму кімнаті. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації міста Бердичева.

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Для проведення дослідження були підготовлені бланки тексту. Бланк тексту представлений в додатках (Додаток 7). Кожному з досліджуваних давалася чітка інструкція : „ Уважно прочитайте кожне з приведених нижче речень і відмітьте один із чотирьох варіантів відповіді справа в залежності від того, як ви відчуваєте себе на теперішній час” [50].

Після заповнення текстового бланку проводився підрахунок балів, які

набрали досліджувани. Опитувальник нараховує 10 „прямих” (1,3,4,7,8,9,10,13,15 і 19) і 10 „зворотних” питань (2,5,6,11,12,14,16,17,18 і 20). Кожна відповідь „прямих” питань оцінюється від 1 до 4 балів (на питання „ніколи” – 1 бал, „іноді” – 2 бали, „часто” – 3 бали, „завжди” – 4 бали). „Зворотні” відповіді підраховуються окремо, і навпаки : (на питання „ніколи” – 4 бали, на питання „завжди” – 1 бал). Потім бали, які набрав досліджуваний за „прямими” ($\Sigma_{\text{пр}}$) і „зворотними” ($\Sigma_{\text{зв}}$) відповідями, сумуються, і отримується таким чином „сира” оцінка, яка переводиться в шкальну за формулою 2.1.:

$$O' = \frac{(\Sigma_{\text{пр}} + \Sigma_{\text{зв}})}{80} \times 100 \quad (2.1.)$$

Де, O' - рівень депресії, $\Sigma_{\text{пр}}$ – сума прямих відповідей, $\Sigma_{\text{зв}}$ – сума зворотних відповідей.

Нормативні дані, отримані на 200 здорових досліджуваних, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює $40,25 \pm 5,99$ бала. Весь об'єм шкальних оцінок ділиться на чотири діапазони:

Діапазон 1 – менше 50 балів – особи, які не мають в момент обстеження зниженого настрою.

Діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою.

Діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою.

Діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдипресія або депресія).

Таким чином, результати кожного досліджуваного відповідають одній із чотирьох ступенів зниження настрою.

15 Визначення ступені вираження астеничного стану

Шкала астеничного стану (ШАС) розроблена Л.Д.Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою на базі даних клініко – психологічних спостережень та відомого опитувальника ММРІ. Шкала складається з 30 пунктів – тверджень, які відображають характеристики депресивного та

астенічного станів. Для проведення дослідження для кожного досліджуваного завчасно були підготовлені бланки для визначення астенічного стану. Бланк тесту представлений в додатках (Додаток 8).

Дослідження проводилось на наступний день після дослідження з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали субдипресії Т.Н. Балашової в окремій, добре освітленій кімнаті, без сторонніх шумів, індивідуально з кожною учасницею. Кожній учасниці дослідження давалась чітка інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає [50].

Після заповнення бланків досліджуваними жінками, результати оброблялись наступним чином: за відповідь ніколи – 1 бал, відповідь іноді – 2 бали, відповідь часто – 3 бали, відповідь завжди – 4 бали.

Весь діапазон шкали, таким чином включає від 30 до 120 балів. Статистичні дані, отримані на 300 здорових досліджуваних, показали, що середня величина індексу астенії дорівнює $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо прийняти результати дослідження здорових осіб за відсутність астенії, то весь об'єм шкали можна розділити на діапазони:

16 діапазон 1 від 30 до 50 балів – Відсутність астенії, та депресивних розладів.

17 діапазон 2 від 51 до 75 балів – Слабка астенія та депресія.

18 діапазон 3 від 76 до 100 балів – Помірна астенія та депресія.

19 діапазон 4 від 101 до 120 балів – Виражена астенія та депресія.

2.2. Аналіз результатів дослідження

З метою виявлення психічних розладів, переважно емоційної сфери, а також встановлення довірливих відносин, перед застосуванням тестових методик, з усіма жінками була проведена клінічна бесіда.

Аналіз результатів бесіди проводився в два етапи:

- 1 на першому етапі були проаналізовані результати обстеження жінок, які зробили аборт, виявлені цінність дитини для матері, особливості психологічного стану жінки до та після аборту.
- 2 на другому етапі були проаналізовані матеріали психологічного обстеження вагітних жінок, які планують виховувати дитину.

Базуючись на дослідженні Г.Г. Філіпової були виділені певні типи відношення до материнства у досліджуваних нами жінок. Г.Г. Філіпова відмічає що в кожній жінки існує природний інстинкт материнства, але можуть виникати певні відхилення, так зване „девіантне материнства”, до якого автор відносить відмови від материнства, жорстоке поводження з дітьми, аборти. Крім того Г.Г. Філіпова розрізняє шість типів відношення до вагітності та материнства: адекватний тип, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний, заперечний [59].

На основі цих даних були виділені група жінок зі сформованою готовністю до материнства і група з ознаками не сформованої готовності до материнства.

Умовно розділено учасників дослідження на дві групи, до першої групи увійшли жінки, які мають в анамнезі аборт. До контрольної групи увійшли вагітні жінки, які планують виховувати дитину попри важкі життєві обставини.

Жінки, які мають в анамнезі аборт. Для 16 жінок, які належать до даної групи характерний тривожний тип материнського відношення. Дане

відношення характеризує: пізнє розпізнавання вагітності, з вираженим соматичним компонентом (відмічається виражена нудота, порушення апетиту, розлади травлення), навіть після аборт, яке супроводжується почуттям розчарування або неприємного здивування; у двох жінок був відмічений заперечний тип відношення до вагітності та материнства, для жінок даного типу характерне почуття розпачу, ідентифікація вагітності супроводжується з різкими негативними емоціями, вся симптоматика різко виражена і негативно фізично та емоційно забарвлена, переживання вагітності як покарання, перешкоди т.д. Думки про вагітність викликають неприємні фізіологічні відчуття, супроводжуються нудотою. У інших двох жінок, які зробили аборт відмічається ігноруючий тип відношення до вагітності. Жінки даного типу мали аборт в пізньому терміні, оскільки ідентифікували вагітність пізно. Інформація про вагітність викликала почуття розпачу та неприємного здивування, соматичний компонент виражений слабо, жінки не розрізняють фізіологічні відчуття до та на час вагітності. Думки про вагітність та дитину не виникають, на аборт жінки йшли як на звичайну медичну процедуру.

Всі жінки відчували напруження напередодні аборт, мали бажання, щоб все швидше закінчилося. З даних літератури відомо, що більшість жінок, які приймають рішення зробити аборт, виховувались в нестабільних сім'ях і з раннього дитинства мали негативний досвід міжособистісних взаємостосунків. Особистість багатьох „жінок, не готових до ефективного материнства”, формувалась у своєрідній субкультурі агресії, частина з них в дитинстві страждали від принижуючого гідність ставлення та холодного відношення зі сторони своїх батьків. Лише шість жінок (30%) характеризують свої відносини з матір'ю, як хороші. Крім того аналізуючи сімейну ситуацію жінок, які прийняли рішення зробити аборт, закордонні дослідники [40] виявили, що головним фактором, який призводить до аборт, являється нестабільність та загроза розпаду власної сім'ї жінки, а також неповна сім'я.

Перш ніж приступити до аналізу мотивів абортів, необхідно зупинитися на особливостях психологічного портрету жінки яка прийняла рішення його зробити. Ще в 30-ті роки при вивченні психологічного стану жінок, які йшли на аборт, були виявлені емоційна та психологічна незрілість, неготовність до шлюбу з причин емоційної нестабільності та егоцентризму. Це спостерігалось у жінок, які в дитинстві самі потерпали від психологічної агресії, або яким не вдалося вирішити свої дитячі конфлікти [16].

З того часу дуже мало нового прибавилось в наших знаннях про психологічний портрет жінок, які приймають рішення абортів. Більш пізні дослідження також підтвердили наявність у цих жінок, психологічної незрілості, емоційної нестійкості і нездатності до позитивного зв'язку з дитиною. Автори вважають, що в такій ситуації сама дитина як би демонструє матері неприйнятні для неї самої її власні ознаки [4],[6].

В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

Аналізуючи бесіди з жінками, в їхніх висловлюваннях можна виділити певні групи причин, що негативно впливають на жінок перед їхньою згодою на аборт. Кожна жінка називала їх кілька і представлені вони у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Причини, що спонукали жінок до абортів

Причини	Кількість жінок
аборт за медичними показниками	1 жінки
конфліктні ситуації в сім'ї	5 жінок
зовнішні негативні обставини	10 жінок

небажана вагітність	14 жінок
---------------------	----------

Розглянувши таблицю 2.2. бачимо, що на рішення зробити аборт впливає не одна причина, а комплекс. Вони можуть комбінуватися, але найчастіше серед причин жінки називають небажану вагітність та зовнішні обставини, які на них негативно впливають (це і важкий матеріальний стан, і малий інтервал між вагітностями, і важкі умови догляду за першою дитиною, і бажання продовжити навчання, та ін.).

Графічне зображення процентного співвідношення причин абортів представлено в Рис. 2.1.

Рис. 2.1.



Розглядаючи діаграму 1 можна бачити, що:

- зробили аборт за медичними показниками 1 жінки (5%);
 - мали конфліктні ситуації в сім'ї 3 жінок (15%);
 - зовнішні обставини вплинули на 11 жінок (55%);
- 20 вагітність була небажаною у 13 жінок (65%).

Перед абортom всі жінки відмічають тривожний стан, але не всі відмічають після нього певні негативні психологічні зміни. Для деяких жінок аборт виявляється вирішенням проблем. Крім того всі жінки зазначали, що не планують більше вагітніти. Всі жінки відмічали, що вони лишилися наодинці зі своїми проблемами, потребували допомоги та підтримки.

Контрольна група. Для всіх жінок даної групи характерний адекватний тип переживання вагітності: поступова конкретизація образу дитини, та уявлення його з позитивними емоціями; вираження динаміки психосоматичного стану, відповідає фізіологічній вагітності: на початку вагітності дані жінки відчували загальну слабкість, легку втому, зниження активності, в третьому триместрі дана група жінок мають хвилювання перед пологами, хоча й з нетерпінням очікують зустрічі з майбутньою дитиною. У даної групи вагітних можна простежити чітку динаміку змін у психологічному стані жінки. Перші рухи плоду вагітні відчують згідно з терміном, чітко їх диференціюють, рухи викликають в них позитивні відчуття.

Всі жінки даної групи відмічають, що вагітність була незапланованою, хоча й бажаною, чотири жінки з двадцяти мають нестабільний матеріальний стан, не працюють, незаміжні і планують виховувати дитину на одинці; дві жінки мають двох дітей від першого шлюбу, на даний час живуть цивільним шлюбом; дві жінки – студентки, не заміжні; три жінки мають вік старше 35 років. З огляду на сказане можна зробити висновок, що рішення залишити вагітність приймалося зважено, можливо не одразу.

Обробка результатів тестів проводилась в три етапи: спочатку було оброблено результати дослідження жінок шкалою депресії Зунга. Підрахунок результатів тесту проводився за формулою 2.1. Відповідним чином

оброблено результати дослідження рівня тривожності з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч.Спілбергера. Підрахунок проводився для кожної досліджуваної окремо згідно з ключем. Аналогічно, відповідно до ключа були оброблені результати шкали астенічного настрою Л.Д. Малкової.

Таким чином підраховувались результати для всіх досліджуваних, попередньо розділивши їх на дві групи, окремо підраховувались бали жінок, які зробили аборт, і окремо підраховуємо бали вагітних жінок. Кількісні показники окремо для кожної з жінок представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	61	60	63
2.	Валентина	68	64	78
3.	Коломієць О.М.	72	71	76
4.	Олена	68	69	104
5.	Тетяна	71	49	108
6.	Поліна	40	42	79
7.	О.Р.К.	62	62	100
8.	Марія	68	68	105
9.	В.Л.	64	45	79
10.	К.Р.В.	46	41	78
11.	Тамара	60	55	104
12.	Д.К.Ю.	65	53	78
13.	Ольга	69	61	79
14.	Ольга Д.	62	47	107
15.	К.	51	38	70
16.	А.Р.С.	37	43	73
17.	Інга	62	48	106
18.	А.К.В.	32	44	70
19.	Лідія	69	63	72
20.	Т.М.Ю.	59	49	69

Відповідно до таблиці 2.3., для подальшої роботи з отриманими результатами виведемо середнє арифметичне для кожного психологічного

стану за формулою 2.1.

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (2.1.)$$

Середній рівень депресії $O' = 62,7$. Середній рівень тривожності $= 51,3$. Середній рівень ступені вираження астенічного стану (АС) для жінок, які зробили аборт $= 81$.

Відповідним чином підрахуємо бали кожної методики для групи жінок, які носять вагітність. Кількісні показники представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для вагітних жінок (контрольна група)

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (O')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Марина	46	36	50
2.	Надія Василівна	37	38	38
3.	С. Петрівна	38	34	45
4.	Лідія Іванівна	35	30	52
5.	Ольга	40	30	38
6.	А.Д.	48	50	40
7.	Вікторія	45	30	71
8.	Наталія	52	32	39
9.	В.В.	47	33	69
10.	Катерина	39	40	62
11.	Н.В.	53	42	70
12.	Світлана Василівна	43	29	54
13.	Юлія	49	41	39
14.	В.В.	47	27	55
15.	Н.Р.	38	32	49
16.	Ольга Миколаївна	58	43	78
17.	Олена Дмитрівна	41	31	47
18.	В.Д.	49	40	57
19.	Аліна	52	47	76
20.	К.К.	40	34	53

З метою порівняння кількісних показників обох груп та проведення якісного аналізу, необхідно вивести середнє арифметичне для кожного з показників представлених в таблиці 2.4.

Середній рівень депресії для групи вагітних жінок (O') = **45,3**.

Середній рівень тривожності для даної групи жінок (СТ) = **36,7**.

Середній показник астенічного стану (АС) = **54,1**.

Дане дослідження було проведене з метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, що зробили аборт, яке полягало у дослідженні тривожності, наявності депресії та астенічного стану. Після підрахунку результатів, як можна побачити з таблиці 2.3. кількісні показники експериментальної групи дещо відрізняються від контрольної, це свідчить про те, що у вагітних жінок не спостерігається порушень в емоційній сфері. Як бачимо з таблиці 2.5. рівень депресії, який вимірювався з допомогою опитувальника В.Зунга, становить 62,7, це значить, що у всіх жінок даної групи на момент обстеження був виявлений значно знижений настрій та помірний рівень депресії, даний показник депресії характеризує стійкі зміни в емоційному стані, жінок даної групи характеризує відчуття втоми, погана концентрація уваги, апатія, незацікавленість у вподобаних раніше заняттях, відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження. Даний показник депресії свідчить про хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, почуття власної замінності та нікчемності. Показники ж контрольної групи рівня депресії (45,3) свідчать, що у жінок з даної групи не спостерігається зниженого настрою та жодних проявів депресії. Як можна простежити з таблиці 2.5., показники тривожності в жінок, що зробили аборт (51,3), також значно перевищують показники контрольної групи (36,7), таким чином можна відмітити що у жінок, у постабортний період спостерігається високий рівень тривожності, це свідчить про нестачу вольової активності, похмура оцінка свого стану переноситься на події минулого, які видаються ланцюгом суцільних помилок та невдач. З'являється хворобливе відчуття провини

перед близькими. Майбутнє здається безрадісним та безперспективним. Даний показник характеризується підвищеною вразливістю, на найменшу критику виникає відчай, плаксивість. Показники ж контрольної вказують на помірний рівень тривожності, що не приносить особливих хворобливих переживань. Тривожність проявляється в основному питань, які стосуються майбутнього. Відповідне співвідношення простежується і з показниками астенічного стану, як бачимо з таблиці 2.3., показники астенічного стану експериментальної групи (81) також значно перевищують показники контрольної (54,1), це вказує, що у досліджуваних жінок, які зробили аборт відмічається помірна астенія та депресія, у жінок контрольної групи депресивних розладів та астенії не спостерігається взагалі.

Таблиця 2.5.

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	62,7	51,3	81
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Результати даного дослідження можна порівняти з проведенням аналогічним дослідженням М.Ю. Колпакової, її дослідження було проведене серед 1000 жінок на базі однієї з жіночих консультацій Москви. Кількісні показники тривожності, депресії та вираження астенічного стану представлені в таблиці 2.6. Як бачимо з таблиці показники жінок, що зробили аборт перевищують показники контрольної групи, це значить, що жінок експериментальної групи відрізняє високий рівень тривожності, наявність депресії та незадоволеність собою.

Таблиця 2.6..

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз) за М.Ю.Колпаковою

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	56,5	52,1	78,8
Контрольна група	37,3	32,2	51,3

Отже, можна зробити висновок, що проведене дослідження та дослідження М.Ю. Колпакової вказують, що у всіх жінок, які зробили аборт спостерігається виражена тривога, наявність депресії, невпевненість в собі, незадоволення вагітністю. Дані проведених тестів у всіх випадках поєднуються з відхиленням від адекватного стилю переживання вагітності, з нестабільною сімейною ситуацією, з негативним відношенням до змін у власному організмі та незадоволенням відносин з оточуючими, з відхиленням від адекватного сприйняття цінності дитини, з відхиленням від адекватного типу материнського відношення.

Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання, хоча досліджуваних було попереджено, що інформація отримана в ході дослідження буде конфіденційною, більшість учасниць вирішили свої прізвища написати тільки у вигляді ініціалів і підписи на бланках тексту не ставились.

Висновки до другого розділу

1). Проведене дослідження показало, що після аборт у особистості жінки, в її свідомості та самосвідомості виникають певні зміни. Отримані дані підтверджують, що після аборт у жінок виникають розлади емоційної сфери. Проведення з жінками бесіди вказує, що у більшості жінок (80%) спостерігається тривожне ставлення до вагітності, у 10% жінок відмічається заперечний тип реагування на вагітність, та у 10% - ігноруюче ставлення до вагітності. В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

2). За результатами тестових методик, можна відмітити високі показники тривожності та депресії у всіх жінок, які зробили аборт. Як уже зазначалося з даних літератури, перелік як фізіологічних так і психологічних розладів в постабортний період надзвичайно широкий, наше дослідження з допомогою тестових методик це підтвердило. У всіх жінок, які зробили аборт виникає значно знижений настрій та високі показники тривожності, депресії та астеничного стану

3). Результати дослідження вказують, що жінки, які зробили аборт, емоційно незрілі особистості, яках відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, почуття спустошеності, відчай, апатія, почуття журби, смутку, наявність астеничного та депресивного станів. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття недовіри собі та оточуючим, їх відрізняє неспроможність контролювати свої імпульси. Саме тому всі жінки з експериментальної групи потребують проведення психокорекційної роботи по зниженню тривожності та усуненню постабортних розладів.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК У СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

3.1. Проведення психокорекційної роботи по усуненню постабортних наслідків

Результати експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності.

До початку комплектації групи була розроблена програма тренінгу, яка розкриває основні цілі, структурні компоненти, мету та завдання тренінгових занять а також короткі характеристики кожної з вправ. Програма проведення психокорекційного тренінгу представлена в таблиці 3.1. Більш повна характеристика з описом мети, техніки проведення вправ представлена в додатках (додаток 9). Для отримання згоди щодо проведення тренінгу програма була представлена керівництву закладу в якому проводились заняття, а також кожному з учасників тренінгу.

Таблиця 3.1..

Програма тренінгу „Актуалізація динамічних перетворень у мотиваційній сфері жінок з підвищеною тривожністю”

Основні етапи, структурні компоненти тренінгу, їх мета і основні завдання	Тривалість
<i>Підготовчий етап. Мета: сформувати мотивовану групу учасників тренінгу.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Знайомство” – створення дружньої атмосфери.	10 – 15 хв.
2. Вправа „Самопрезентація” – вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.	20 – 30 хв.
3. Вправа „Радість” – переживання учасниками групи найприємніших подій життя.	20 – 25 хв.
4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” – арттерапевтична робота в групі.	30 – 40 хв.
5. Підведення підсумків ведучим тренінгової групи	20 -25 хв.

Основний етап. Мета: формування досвіду особистісних змін.	15 – 20 хв.
1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” – виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч.	20 - 25 хв.
2. Вправа „Психодрама субособистостей” – аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів потреб.	40 – 60 хв.
3. Вправа „Сліпі і поводитир” – підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.	25 -30 хв.
4. Вправа „Коло впевненості” – вправляння і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, посилення почуття впевненості в собі.	25 – 30 хв.
5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” обговорення найбільш важливих цілей та прагнень	20 – 25 хв.
6. Вправа ”Моделювання сценаріїв життя” – обговорення індивідуальних способів рішень виникаючих проблем.	20 – 30 хв.
7. Вправа „Мій успіх в минулому” (використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулими успіхами, для формування нових мотиваційних відносин з допомогою прийому мотиваційного переключення).	25 – 30 хв.
8. Вправа „Втримати рівновагу” – вправа на формування впевненості у собі, вияв внутрішніх конфліктів	15 – 20 хв.
9. Вправа „Уникнення невдач” – аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдач, пояснення механізмів психологічного захисту.	20 – 25 хв.
10.„Місто впевненості” – вправа на аналіз поведінки невпевненої в собі людини.	25 – 30 хв.
11.Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” – ознайомлення з техніками подолання страхів, тривоги, хвилювання.	25 – 35 хв.
12.Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” – навчання адекватному вибору завдання середньої складності.	25 – 40 хв.
13.Вправа „Я – господар” – ознайомлення із особливостями поведінки впевненої у собі людини.	20 – 30 хв.
14.Вправа „Емоції у моєму тілі” – аналіз особливостей власних переживань і прояву емоцій учасниками тренінгу.	20 – 25 хв.
15.Вправа „Позбався образу невдахи” – аналіз причин виникнення депресії.	20 – 25 хв.
16.Вправа „Скривджена людини” – аналіз групою реагування на кривду впевненої і невпевненої людини.	15 – 25 хв.
17.Вправа „Моє відображення” – аналіз само відношення.	10 – 30 хв.
18.Вправа „Мої цінності” – аналіз інструментальних цінностей.	10 – 30 хв.
19.„Точка опору” – розкриття сильних сторін особистості.	25 – 30 хв.
20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” – аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.	25 – 30 хв.
21.Вправа „Подолання звинувачення” – корекція самооцінки.	25 – 30 хв.
22.Вправа „Що я відчуваю” – вправляння учасників тренінгу в	25 – 35 хв.

самоаналізі своїх психічних станів.	20 – 25 хв.
23.Вправа „Подолання” – аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного вирішення проблем.	15 – 25 хв.
24.Вправа „Прийняття критики” – корекція самооцінки.	25 – 30 хв.
25.Вправа „Відстоювання своєї думки” – Корекція самооцінки.	20 – 25 хв.
26.Вправа „Зворотній зв’язок” – навчання вмінню усвідомлювати власні переживання та переживання інших людей.	25 – 30 хв.
27.Підведення підсумків соціально – психологічної роботи по формування мотиваційного розвитку і саморозвитку.	25 – 30 хв.
	10 – 15 хв.
<i>Завершальний етап. Мета: підвести учасників групи соціально – психологічного тренінгу до усвідомлення наявності сформованих у них особистісних змін.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Казка” (жінкам пропонується скласти казку до і після тренінгу) – аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.	40 – 60 хв.
2. Вправа „Зворотній зв’язок” Учасникам групи пропонується поділити свої враженнями, щодо тренінгу.	10 – 15 хв.

[13].

Технологія проведення тренінгу:

1. Тренінг проводився ведучим.
2. Введення у проблематику тренінгу здійснювалось під час ознайомлення з програмою та отриманням згоди на участь у тренінгових заняттях;
3. Формувалась готовність до взаємного співробітництва, мотивація досягнення задач тренінгу;
4. Здійснювалась корекція деструктивних станів та засвоєння психотехнік нової поведінки.

Комплектація груп і тривалість тренінгу:

Дослідження показують, що психологічний тренінг більш ефективний тоді, коли група неоднорідна за професійним складом, захопленнями, тобто доцільно комплектувати групу з представників різних професій. В тренінговій роботі взяли участь 20 жінок експериментальної групи (які зробили аборт), із наявністю високих показників депресії, тривожності та астеничного стану, що можуть зумовлювати дезадаптивне переживання

труднощів. За соціальним статусом група є однорідною. В індивідуально – психологічному аспекті група неоднорідна, завдяки цьому індивідами з емоційно – експресивним стилем спілкування отримують досвід взаємовідносин з людьми більш раціонального складу мислення і навпаки. Програма психокорекційного тренінгу для жінок, які зробили аборт, підпорядкована меті тренінгу – формування нових особистісних конструктивних станів на протидію деструктивним; завданням – розвиток і корекція уявлень учасників групи про себе, корекція тривожної поведінки, формування емоційної стійкості в кризових умовах існування, корекція психологічних захисних механізмів, пізнання інших людей та формування гуманістичної установки по відношенню до них.

У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- 21 формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;
- 22 корекція самооцінки;
- 23 зниження тривожності;
- 24 формування мотиваційних диспозицій;
- 25 побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Формування таких особистісних змін проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева. Тривалість тренінгу була – 5 занять по 4 години і 2 заняття по 2 години (всього 24 години).

Тренінг проводився в окремому, світлому приміщенні без сторонніх шумів.

Звернемось до отриманих даних психологічного дослідження обох груп. Так на основі дослідження відмічено що середній показник тривожності групи жінок, що зробили аборт складає 52,1, показник тривожності контрольної групи становить 32,2. Це свідчить про те, що жінки контрольної групи мають якісно адаптаційний психологічний зміст, низький рівень тривожності відсутність депресії, на відсутність астеничного стану. Мета заключного етапу експериментального дослідження полягала в проведенні порівняльного аналізу якісних і кількісних результатів

експерименту в учасників основної та контрольної груп, що дозволили визначити динаміку ефективності особистісних змін жінок. З цією ціллю проаналізовано динаміку тривожності та депресії в експериментальній та контрольній групах після психологічного впливу.

Психокорекційна програма експерименту спрямована на спонукання розвитку життєвих цінностей, по відношенню до материнства, переосмислення мотивів поведінки.

**Проведення тренінгової психокорекційної роботи ґрунтується на
таких соціально – психологічних методах:**

Групова дискусія – спосіб організації спілкування учасників групи, який дозволяє спів ставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін. Зміст дискусії – біографічний, група аналізує труднощі особистісного переживання кризових та проблемних станів в процесі трансформації елементів ціннісно – смислової сфери особистості, який відбувається в її індивідуальному досвіді пізнання загальнолюдських ціннісних універсалій.

Аналіз конкретних ситуацій – цей метод сприяє формуванню та розвитку творчих здібностей особистості, які допомагають їй протистояти внутрішнім (глибинним) та зовнішнім (соціальним) регресивним тенденціям. Цей метод сприяє акумуляції досвіду подолання кризових станів.

Рольова гра – метод з допомогою якого моделюються ситуації подолання особистістю тривоги та депресії, що дозволяє актуалізувати в ціннісно – смисловій сфері зміни, пов'язані з набуттям нового досвіду суб'єктивної готовності до переживання депресії та активно протистояти кризовим ситуаціям.

Психодрама – один з активних методів групової психокорекції, при використанні якого учасники виконують ті соціальні ролі, що пов'язані з моделюванням кризових життєвих ситуацій, мають особистісний смисл. На відміну від зовнішньої рольової гри в ході псих одрами усуваються неадекватні емоційні реакції і внутрішній конфлікт учасників. Якщо в ході класичної ролевої гри її учасники діють за жорстко заданим сценарієм, то в

процесі психодрами задаються лише загальні вимоги до ролі, при цьому заохочується творчість та здатність виражати свої думки і почуття відносно життєвих ситуацій, які є найбільш кризовими, оскільки впливають на повноцінне індивідуальне втілення людського буття [48].

Основні принципи проведення психокорекційного тренінгу:

Основні принципи проведення тренінгу відповідають теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті психологічні механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу його учасниками і ведучим – тренером. Можна відмітити в них такі основні принципи згідно з якими будувався даний психокорекційний тренінг:

1. Принцип гуманістичного відношення до особистості, який виражається в ставленні один до одного з повагою, в прийнятті людей такими, якими вони є, без намагань їх „перевиховати”. Кожен учасник тренінгової групи має право говорити про те, як він сприймає іншого, які почуття в нього виникають в зв'язку з поведінкою і висловлюваннями партнерів. Група допомагає учасникам усвідомити рівень свого психологічного розвитку. Участь у тренінгу і виконання окремих тренінгових вправ є для учасників добровільним. Але якщо учасники дуже часто ним користуються вони збіднюють самих себе. Загальний принцип гуманності передбачає психологічну захищеність особистості, її впевненість в тому, що особистісно – конфіденційна інформація не стане предметом обговорення поза групою.
2. Принцип саморозкриття та самоусвідомлення. Розкриття свого „Я” (внутрішнього світу) перед іншими членами групи є ознакою сильної і здорової особистості. Як підкреслює К. Рудестам, „можливість відкрити свою душу іншому сприяє психотерапевтичному ефекту”. В умовах психологічного тренінгу між учасниками встановлюються

близькі, довірливі відносини.

3. Принцип „тут і тепер”. Учасники групи аналізують не те, що було раніше, а ті події, які є особистісно значущими для людини в даний момент. Це один з центральних принципів групової психотерапії, який сприяє вивільненню негативних переживань, розвиває психологічну чуттєвість, підвищує усвідомлення самого себе, розвиває більш позитивну Я – концепцію, допомагає здобути віру в себе.
4. Принцип „зворотного зв’язку”. Ефективність цього принципу полягає в можливості учасників психологічного тренінгу інформувати один одного про вплив їхньої поведінки на діяльність групи, допомагає більш адекватно сприймати і розуміти отриману інформацію, більш успішно контролювати неадекватну поведінку. Зворотній зв’язок є більш ефективним тоді, коли він не містить прямих оцінкових суджень: наприклад, доцільніше сказати „ти три рази мене перебив...” замість „ти нестримана людина”. Сам по собі „зворотній зв’язок” між людьми має тенденцію до розвитку тісних контактів [13].

Мета тренінгу – корекція стратегій подолання криз особистісного становлення, що реалізуються в „невротичних” способах їх подолання, а також формування особистісних змін за рахунок подолання депресії, зниження тривожності та астеничного стану.

Психотерапевтичні вправи – завдання для групи, які виконуються в довільній формі і сприяють зняттю емоційної напруги, прискорюють процес згуртованості групи, дають можливість прояву тих індивідуально – психологічних відмінностей, які потребують розвитку і корекції.

Від членів групи вимагалось виражати свої почуття, прямо просити про те чого їм хочеться, відводити час для вирішення своїх проблем, говорити оточуючим, як ті на них впливають, приймати участь у конфліктах і приймати самостійні рішення. Всіх учасників групи було попереджено, про необхідність відвідування кожного тренінгового заняття, оскільки їх відсутність впливає на роботу групи в цілому, учасникам нагадувалось, що

вони знаходяться в групі, щоб більше дізнатися про себе, покращити свій емоційний стан, а не з цілю зблизитися з будь-ким , уникнути самотності. Учасникам пояснювалось, що вони мають намагатися поводитися не інакше ніж вони звикли, на час проходження тренінгових занять всім учасникам заборонялось приймати алкоголь, наркотики та хімічні препарати. Описані правила були роздруковані та роздані всім учасникам до його початку

У психокорекційній програмі були використані вправи тренінгу С.С. Канюка, та тренінгу І.Г. Малкіної – Пих, перероблені і доповнені. М. Пилипенко [20],[32].

Розглянемо окремі варіанти групових психокорекційних вправ, спрямованих на зниження тривожності у жінок експериментальної групи.

Так, вступна бесіда – дискусія „ Я і мої проблеми” на початку одного з занять була присвячена ознайомленню жінок з формуванням тривожності, підвищенню стійкості щодо кризових ситуацій. Особлива увага зосереджувалась на необхідності усвідомлення власних особистісних характеристик, емоційних причин своїх проблем, можливих способів їх подолання та переорієнтації негативного ставлення до себе на позитивне з метою зняття емоційного напруження, позбавлення тривожності.

Після проведення і закріплення бесіди застосовувалось практичне вправляння сформованих умінь з метою зменшення рівня тривожності за допомогою арсеналу психотехнік

Звернемось до прикладу. Психотехніка „Як я долала свій стан тривоги” та „ Як я долаю свій стан тривоги зараз” дає можливість ознайомити жінок з різними способами подолання тривожності. При цьому кожен з учасників повинен був розповісти про свій позитивний та негативний досвід подолання тривожності, визначити найприємніше та найбільш негативне, дати їм аналіз і пригадати ситуації, в яких вони виявлялися в минулому і теперішньому часі. Як відомо, у добре адаптованих досліджуваних сильний розрив між „Я в минулому” та „ Я зараз”.

Надалі акцентувалася увага жінок на тому, що дуже важливо для

зниження тривожності у критичних ситуаціях:

26 навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття і настрої;

27 набути навичок і вмінь контролювати і керувати своєю поведінкою;

28 розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення [19].

У проведені психотехніки „Мої емоції і почуття” одні жінки зосереджувались на індивідуальному відтворенні у невербальній формі певних емоцій і почуттів а інші визначали, з якою емоцією чи почуттям ідентифікував себе той чи інший учасник. Наприкінці виконання завдання робився висновок про те, що тривожність, можна навчитися знижувати лише після того, коли усвідомлюєш її присутність у формі суб’єктивних емоційних відчуттів і очікуєш найнеприємніших подій, програмуючи себе на участь у вже визначених тобою життєвих сценаріях.

Тому слідом за виконанням описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши свою програму подолання тривоги”.

Жінкам була запропонована вправа „Переробка”, розроблена на основі психокорекційних вправ, запропонованих І.В. Ващенко, О.Г. Антоною [8]. Завданням вправи є „переробка” вражень від подій, зменшення індивідуальної і групової напруги власних патологічних реакцій, посилення групової підтримки, визначення засобів допомоги на випадок виникнення кризових ситуацій.

Одне із наступних занять розпочалося бесідою – дискусією „Як ти долаєш свій страх”, яка була спрямована на виявлення та усвідомлення досліджуваними власної тривоги і страхів, їх впливу на ефективність навчальної діяльності, причини виникнення.

Жінки із задоволенням виконували вправу „Продавець”, долаючи стан ситуативної та особистісної тривожності завдяки її усуненню внаслідок розповідання всім про свої емоційні стани і неприємні спогади їх переживання та подолання, тобто – продавати. Переможцем визначався той

учасник, який продав найбільше засобів подолання негативних емоційних станів і набрав найбільшу кількість балів.

Жінки прийшли до висновку, що у стані тривоги слід зосереджуватись на позитив, а не на думках і уявленнях про можливі неприємності і невдачу.

Зупинимося на характеристиці окремих психотехнік, метою проведення яких було підсилення та актуалізація мотиву досягнення успіху. З цією метою жінкам було запропоновано психотехніку „Запозичення позитивних якостей”. Спочатку перед виконанням завдання жінкам ставилось питання: „Як ви думаєте, що робить Вас впевненими?” Надалі пропонується записати 20 речень, в яких є різні способи збільшення впевненості в собі, а потім перенести вміння подолати страх у сферу невдач.

Досить дієвими виявилися малюнкові техніки „Я та мої проблеми” та „Мій автопортрет”, метою проведення яких було усвідомлення жінками своїх негативних і позитивних рис, які можуть виступати фактором поглиблення переживання труднощів у житті і професійній діяльності або можуть сприяти конструктивному їх подоланню індивідом. Для виявлення домінуючих рис з допомогою проєктивних психотехнік жінкам було запропоновано відтворити різні ситуації і бачення своєї особистості у формі малюнку через три місяці після останнього аборту.

Після проведення малюнкових психотехнік організувалася бесіда „Мій досвід у переборюванні труднощів”, у процесі якої зазначалося, що поміж людьми існують відмінності в реагуванні на різні стресові ситуації.

На заняттях було проаналізовано, що властивостями впевненої в собі особи, з низьким рівнем тривоги є схильність сильно захоплюватися роботою, потреба шукати нові шляхи вирішення проблем, готовність приймати допомогу і допомагати іншим у проблемних ситуаціях, щоб спільно пережити радість успіху

Основні етапи, та детальний опис структурних компонентів тренінгу, їх мета і завдання представлені в додатках (додаток 9).

ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ.

Підготовчий етап (2 – 3 год.).

Оскільки середовище в якому знаходяться досліджувані впливає на атмосферу в групі, для проведення тренінгу була підібрана світла, простора кімната, достатньо великих розмірів, без сторонніх шумів, всі учасники розсаджувались на стільцях по колу так, щоб забезпечувався зоровий контакт і досягалася певна близькість. На цій стадії відбувається ознайомлення учасників з цілями і завданнями тренінгу та принципами роботи групи. Учасники знайомляться один з одним. Метою даного етапу тренінгової роботи є створення дружньої і творчої атмосфери, зниження рівня психологічного захисту учасників групи, засвоєння групових норм і правил, створення в групі психологічної атмосфери, сприятливої для самопізнання і самореалізації, розвиток гуманістичної установки по відношенню до інших людей, створення атмосфери взаємної довіри, зниження емоційної напруги між учасниками, ознайомлення із основними правилами групової роботи. Цей етап дуже важливий, оскільки в ньому формується групова ідентичність. На цьому етапі тренінгової роботи групі пропонується ряд технік, які допомагають розпочати роботу і перебороти певні страхи. Під час першої сесії ми просимо членів групи оцінити для себе кожного з присутніх. Ми просимо мовчки сфокусуватися на враженнях від кожного учасника. Ми постійно підкреслюємо, що зараз не будемо просити їх розповісти про свої реакції. Нашою ціллю є дати можливість учасникам окремі ділитися з думками та почуттями, які виникають у них в новому середовищі. На цій стадії групової роботи учасники розподіляються за ролями, утворюють силові структури і альянси, виявляють свою ідентичність, перевіряють ведучого і інших учасників тренінгу. Від вдало проведеного початкового етапу залежить чи залишаться група в початковому складі до закінчення роботи, чи зможуть учасники розкрити свої проблеми, зрозуміти важливість даної проблематики. На даному етапі були проведені такі психокорекційні вправи

як: „знайомство”, „самопрезентація”, „радість”, „груповий малюнок”. Детальна характеристика вправ з описом мети, інструкції представлена в додатках (додаток 9).

Підведення підсумків підготовчого етапу. (20 – 25 хв.)

Завершенням даної роботи є глибинно аналітичний аналіз когнітивного простору учасників групи у процесі роботи. Питання ставились слідуючі: Що ви відчували у процесі роботи по відношенню до самої себе? – Що ви відчували по відношенню до інших? – Чи змінились ваші сприйняття труднощів? – В якій мірі Ви задоволені заняттям? – Ваші домінуючі емоції в даний час? – Що в роботі СПТ вам сподобалось? – Як би вам хотілося змінитися до початку наступної сесії. Даний етап тренінгу включає принципи рефлексії для покращення розуміння кожним учасником самого себе [69].

Основний етап (15 – 20 год.) Мета: формування досвіду особистісних змін під впливом психокорекції в умовах моделювання кризової ситуації. Заняття відносять до основного етапу роботи з групою. Як і попередні він включає ті вправи, які створюють „терапевтичну атмосферу в групі”, після чого група переходить до обговорення життєвих проблем, в ході чого виявляються найбільш значимі особистісні реакції кожного учасника групи, який переживає дані проблеми. До них можна віднести низький або занижений рівень самооцінки, невпевненість в собі, страхи, схильність до самозвинувачення, висока тривожність, інфантильність та незрілість особистості.

Такі індивідуальні особливості виявляються в ході виконання учасниками тренінгу завдання „опиши свій стан у кризі”. В процесі його здійснення група приходить до висновку, що поява нових здібностей щодо подолання кризових станів людиною взагалі пов’язана з депресивним розвитком, оскільки особистісний розвиток – це і є наслідок переживання стресу, інтелектуального напруження під час вирішення життєвих проблем. Часто після переживання кризи люди стають більш терплячими, уважними, тактовними, вдумливими, обережними. Тому будь – які кризові зміни в житті

можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя. Група приходить до висновку, що психологічно вигідно не впасти в депресію, а свідомо активізувати самого себе і націлити на активне вирішення виникаючої проблеми. В ході даного етапу роботи з групою проводились такі вправи як: „Виявлення життєвих цінностей” „Психодрама субособистостей”, „Сліпий і поводитир”, „Коло впевненості”, вправа „Що я хочу досягти”, „Уникнення невдач”, „Місто впевненості”, „Емоції у моєму тілі”, „Прийняття критики” [33]. Більшість проведених вправ передбачають, що в завдання тренера не входить покращення самопочуття даної групи жінок або вирішення їх проблем. Вони мають самостійно працювати над своїми проблемами, і виходити з того стану в якому вони знаходяться. Однак нами формувались умови, в яких члени групи, поглиблюючи і впорядковуючи свої думки та почуття, будуть більш спроможні до досягнення змін. Самоаналізу неможливо навчити, втішаючи та даючи поради, але учасників можна побудити дослідити їх власні проблеми – для цього їх перш за все потрібно поважати і вислухати. Проведені вправи забезпечують групі можливість викласти свої проблеми (чого може не бути в щоденному житті) і віднайти зв'язок між наявними проблемами і минулими переживаннями. На цій стадії ми зосереджені на тому, щоб створити між учасниками зв'язок, виділяючи та пропрацьовуючи в групі спільні питання. Нами слідувалось щоб кожен учасник групи однаково приймав участь у її роботі. Було відмічено що в початкових сесіях в роботу групи одразу включались лише певна кількість людей, інші на питання відповідали на зразок – „ Я не знаю що можна сказати”, - „ Я не хочу давати відповідь на це питання”. На наступних сесіях всі учасники охоче розпочинали роботу в групі або самостійно виносять на загальне питання які б вони хотіли обговорити. Крім того вони переносять проблеми з минулого в теперішнє, спілкуючись з важливими в їх житті людьми символічно так, якби ті знаходились в кімнаті. Члени групи також готові спілкуватися один з одним прямо та по суті, включаючи епізоди конфронтації . Група спроможна розпізнати конфлікт, і

учасники знають, що їм не потрібно його уникати. Така поведінка в цілому відрізняється від тої, до якої вони звикли за межами групи. Спілкування в групі характеризується вільним обміном реплік між учасниками. Роботу групи можна порівняти з оркестром, де окремі учасники прислуховуються один до одного і продуктивно працюють разом, не забуваючи слідкувати за підказками диригента. Учасники групи не бояться за те, що оточуючі не приймуть їхні висловлювання, оскільки бачили, як група приймала людей, які розкривали свої таємні сторони. Всі учасники готові спробувати інтегрувати думки, почуття і поведінку в повсякденному житті. Учасники групи спільно розробили спільноту, основу на довірі, і відносяться один до одного з повагою та піклуванням, чого не відмічалось на початковій стадії. Закінчується даний етап групової роботи вправою „Подарунок” (15 – 20 хв.). Всі учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття та участь у тренінгу”, це може бути зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця) [48].

Підведення підсумків психологічної роботи проводилось з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

III. Завершальний етап (2 – 3 год.).

Метою даного етапу роботи є: підвести учасників тренінгу до усвідомлення про наявність сформованих у них особистісних змін.

Початок роботи та її завершення являються, можливо, найголовнішими фазами в житті групи: початок – тому, що задається спільний тон, а кінець – тому, що підводяться підсумки навчання і, як правило, формується план конкретних дій. Доцільно буде підкреслити, що члени групи намагаються перенести набуте на сесіях в повсякденне життя. Коли група наближається до фіналу – на передостанньому занятті, – учасники обговорюють почуття, які в них виникають в зв'язку з закінченням тренінгу.

Учасникам було запропоновано подумати над змінами, які б вони хотіли побачити в собі через шість місяців, через рік і через п'ять років, потім їм пропонувалося уявити, що в один з перерахованих моментів група збирається в повному складі, і сказати, що їм більш за все захочеться розповість іншим. На даному етапі роботи жінки виконували наступні вправи: вправа „Казка” (40 – 60 хв.), (учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смисловому просторі кожної жінки). Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10). Та вправа „Зворотній зв'язок” (10 – 15 хв.). Метою даної вправи є груповий аналіз вражень від тренінгу. Учасникам групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”[68].

В кінці тренінгу кожний з учасників підсумовував для себе значення проведеної роботи. Всім учасникам задавались наступні питання: - Чи не могли б Ви підсумувати, що для вас значив цей тренінг? – Назвіть найголовніше, що ви зрозуміли з проведених зустрічей? – Що нового Ви дізналися про себе?

Закінчується зустріч тим, що група стає в коло, і учасники тренінгу разом з потисканням рук передають один одному свої враження: „Я вдячна тобі за те, що...”, „Я зрозуміла, що ти для мене...”.

3.2. Дослідження емоційного стану жінок після психокорекції

Після закінчення психокорекційної роботи в експериментальній та контрольних групах був проведений контрольний зріз, завдання якого полягало у виявленні динаміки тривожності та депресії. З жінками експериментальної групи після проведення тренінгу була проведена бесіда, крім того жінки досліджувались з допомогою методик: опитувальника Ч. Спілбергера, опитувальника депресії В.Зунга, та дослідження ступені вираження астеничного стану. Показники жінок порівнювались між собою до та після проведення психокорекційної роботи, а також з показниками контрольної групи.

Аналізуючи бесіду з жінками експериментальної групи, було відмічене значне покращення емоційного стану, кожна жінок чітко відповідала на виникаючі запитання, виглядала впевнено. Всі жінки відмічають, що після проведення тренінгу, для них стали більш значимими цінності кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання. На питання: - „Чи планують вагітніти надалі”, 9 жінок відповіли, що цілеспрямовано вагітніти не планують, але аборт категорично відкидають, 3 жінки відповіли, що лише після покращення матеріальних умов, 1 жінка хоче в найближчий час стати матір'ю, всі інші (7 жінок) планують більше не мати дітей.

Всі жінки відмічають, що після тренінгу в них покращився сон, налагодились стосунки в сім'ї.

Дослідження жінок з допомогою методик проводилась згідно інструкцій описаних в параграфі 2.1. Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання.

Для порівняльного аналізу кількісних показників тестових методик, через 2 дні після проведеного психологічного тренінгу всі жінки, які мають в анамнезі аборт досліджувались з допомогою тестових методик на наявність

депресії, тривожності та астенічного стану. Підрахуємо бали кожної з методик окремо для кожної з досліджуваних жінок. Кількісні показники кожної з жінок представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	57	47	56
2.	Валентина	57	35	59
3.	Коломієць О.М.	65	46	72
4.	Олена	60	40	74
5.	Тетяна	64	32	71
6.	Поліна	40	37	56
7.	О.Р.К.	50	42	70
8.	Марія	56	33	59
9.	В.Л.	55	36	76
10.	К.Р.В.	43	43	73
11.	Тамара	52	39	77
12.	Д.К.Ю.	54	37	70
13.	Ольга	53	41	51
14.	Ольга Д.	50	45	52
15.	К.	31	30	50
16.	А.Р.С.	34	29	49
17.	Інга	53	32	75
18.	А.К.В.	31	28	67
19.	Лідія	51	43	54
20.	Т.М.Ю.	50	43	67

Відповідно до таблиці 3.1. виведемо середнє арифметичне кожної з тестових методик за формулою 3.1.:

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (3.1.)$$

Середній показник рівня депресії для досліджуваних жінок = **51,2**.

Середнє арифметичне рівня тривожності = **37,9**.

Відповідним чином підрахуємо показники шкали астенічного стану.

Середнє арифметичне рівня астенічного стану та депресії = **63,9**.

Динаміка кількісних показників тривожності та депресії жінок експериментальної та контрольної груп представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка показників тривожності, депресії та астенії (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт (до проведення корекції)	62,7	51,3	81
Жінки, що зробили аборт (після проведення корекції).	51,2	37,9	63,9
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Як видно з таблиці 3.2. показники жінок, які мають в анамнезі аборт перевищують показники контрольної, але можна простежити значну позитивну динаміку між показниками експериментальної групи до та після експерименту. Як бачимо з таблиці після проведення з жінками психологічного тренінгу рівень тривожності у жінок експериментальної групи знизився від 51,3 (що відповідало високому рівневі тривожності) до 45,3 (що відповідає помірному рівневі тривожності). Відповідним чином знизились рівень депресії від значного зниженого настрою до відсутності депресивних розладів та степінь астенічного стану від помірної астенії до повної її відсутності. Таким чином, після проведеної корекційної роботи не вдалося усунути тривожність взагалі, але можна простежити виражену позитивну динаміку в емоційному стані до та після психокорекції.

Більш повно динаміку кількісних показників тестових методик можна побачити на діаграмі 3.1.

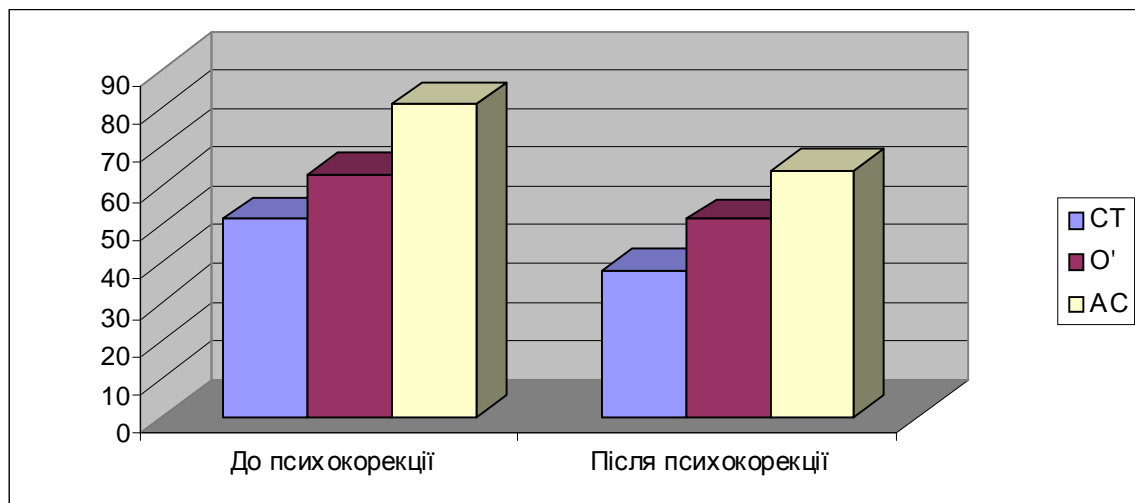
На Рис. 3.1. містяться дані про ефективні адаптаційні зміни до та після проведення психологічної корекції. Як видно на діаграмі 3.1., після

проведеної психокорекційної роботи спостерігається значне зниження показників в експериментальній групі (середні показники СТ до експерименту – 51,3, після корекції – 37,9; показники рівня депресії до корекції – 62,7, після – 51,2; середні показники рівня астенії до корекції – 81, після – 63,9).

Для більшої достовірності відмінності результатів до проведення психокорекційного тренінгу та після його проведення з ціллю досягнення максимально точного результату, скористаємося методами математичної статистики: дослідимо рівень тривожності, депресії та астенічного стану до та після корекційної роботи з допомогою χ^2 – критерію Фішера в поєднанні з χ^2 – критерієм Колмагорова – Смірнова. Алгоритм розрахунку критерію представлений в додатках (додаток 11).

Рис. 3.1.

Динаміка особистісних змін до і після психокорекції в експериментальній групі



Критерій Фішера описаний та розроблений Е.В. Гублером, він застосовується для співставлення вибірок за змістом досліджуваної ознаки. χ^2 – критерій Колмагорова – Смирнова застосовується для порівняння двох емпіричних даних. Критерій допомагає знайти точку, в якій сума

накопичених розходжень між двома даними являється найбільшою, та оцінити достовірність цього розходження.

В даному варіанті застосування критеріїв ми порівнюємо процент досліджуваних з низьким рівнем депресії, тривожності та астенічного стану до проведення корекційної роботи та після її проведення.

Спочатку порівняємо показники депресії:

Підрахуємо розподіл показників депресії за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.4.

Розподіл показників депресії за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність депресії (0-50)	4	8	12
Незначне зниження настрою (51-59)	2	5	7
Значне зниження настрою (60-69)	12	7	19
Виражена депресія (70 і більше)	2	0	2
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями депресії двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.5.

**Розрахунок максимальної різниці між рівнями депресії до та після
корекційної роботи**

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-50	4	8	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2
2. 51-59	2	5	0,1	0,25	0,3	0,65	0,35
3. 60-69	12	7	0,6	0,35	0,9	1	0,1
4. 70 і вище	2	0	0,1	0	1	1	0

Як бачимо з таблиці 3.5. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,35 і припадає на 2 показник депресії зі значенням 51-59, що відповідає незначному зниженню настрою. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники депресії за першими двома значеннями (відсутність депресії, та незначне зниження настрою) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники депресії залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.6.

**Розподіл показників депресії до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні депресивного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 59	6	13	19
2. 60 і вище	14	7	21
Суми	20	20	40

Отриману таблицю ми можемо використовувати, перевіряючи різноманітні гіпотези. В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники депресії до та після корекційної роботи. Тому ми умовно вважаємо „ефектом” – зниження депресії після проведення корекційної роботи, а „відсутність ефекту” – високі показники депресії після проведення тренінгу.

Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

На початку дослідження, до проведення психокорекційного тренінгу, з 20 жінок, які зробили аборт у 6 відмічається низькі показники депресії, у другому випадку, у цих самих жінок, але після корекційної роботи, з 20 у 13 спостерігаються низькі показники депресії. Процентна доля жінок з низькими показниками депресії до корекційної роботи становить $6/20 \cdot 100\% = 30\%$, після психокорекційної роботи $13/20 \cdot 100\% = 65\%$. Зрозуміло, що 65% значно вище ніж 30%, перевіримо, чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 і n_2 .

Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного тренінгу не більше ніж до його проведення;

H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного

тренінгу більша ніж на початку дослідження.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот по двом значенням „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.7.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею відсутності депресії

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних з низькими показниками депресії	% доля жінок з низькими показниками депресії	Кількість досліджуваних з високими показниками депресії	% доля жінок з високими показниками депресії	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	6	(30%)	13	(65%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	14	(65%)	7	(35%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці XII Додатку 1 [15], визначаємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,875$$

$$\phi_2 (30\%) = 1,159$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.2.:

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}} \quad (3.2.)$$

де ϕ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

ϕ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних до проведення корекційного тренінгу;

n_2 – кількість досліджуваних після проведення тренінгу.

В даному випадку $\phi^* = (1,875 - 1,159) \cdot \sqrt{10} = 0,716 \cdot 3,162 = 2,26$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$, які відповідають прийнятним в психології рівням статистичної значимості. $\phi^*_{кр} = 1,64 (p \leq 0,05); 2,31 (p \leq 0,01)$.

$$\varphi^*_{\text{емп}} = 2,26.$$

Отримане емпіричне значення φ^* більше за максимальне значення $\varphi^*_{\text{кр}}$. Отже, приймається H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психологічної корекції більша, ніж до її проведення.

Відповідним чином порівнюємо показники тривожності:

Підрахуємо розподіл показників тривожності за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.8.

Розподіл показників тривожності за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Низький рівень (0-30)	1	9	10
Помірний рівень тривожності (31-44)	4	6	10
Високий рівень тривожності (45 і більше)	15	5	20
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями тривожності двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.9.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями тривожності до та після корекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	$f^*_{в1}$	$f^*_{в2}$	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-30	1	9	0,05	0,45	0,05	0,45	0,4
2. 31-44	4	6	0,2	0,3	0,25	0,75	0,5

3. 45 і вище	15	5	0,75	0,25	1	1	0
---------------------	----	---	------	------	---	---	---

Як бачимо з таблиці 3.9. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,5 і припадає на 2 показник тривожності зі значенням 31-44, що відповідає помірного рівневі тривожності, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники тривожності за першими двома значеннями (низький та помірний рівень тривожності) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники тривожності залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.10.

**Розподіл показників тривожності до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 44	5	15	20
2. 45 і вище	15	5	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники тривожності до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

До проведення психологічного тренінгу у 5 жінок з 20, спостерігаються низькі показники тривожності, після проведеного тренінгу з цих же 20 жінок у 15 відмічаються низькі показники тривоги. Процентна доля жінок з низькими показниками тривоги до корекційної роботи становить $5/20 \cdot 100\% = 25\%$, після – $15/20 \cdot 100\% = 75\%$. Хоча наочно ї видно

суттєву різницю між 25% і 75%, перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 . Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з низькими показниками тривожності після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – зниження тривожності після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників тривожності після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низькими показниками тривожності після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.11.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з низькими показниками тривожності	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками тривожності	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	5	(25%)	15	(75%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	15	(75%)	5	(25%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці ХІЙ Додатку 1 [15], визначаємо величину χ^2 , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\varphi_1 (75\%) = 2,094$$

$$\varphi_2 (25\%) = 1,047$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.1., яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатках (додаток 11).

В даному випадку $\phi^* = (2,094 - 1,047) \cdot \sqrt{10} = 1,047 \cdot 3,162 = 3,31$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$1,64 \quad (p \leq 0,05)$$

$$\phi^*_{кр} = 2,31 \quad (p \leq 0,01)$$

$$\phi^*_{емп} = 3,31. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за максимальне значення $\phi^*_{кр}$, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Аналогічно порівняємо показники зміни рівня астеничного стану під впливом психологічної корекції: підрахуємо розподіл показників астеничного стану за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції

Таблиця 3.12.

Розподіл показників астеничного стану за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні астеничного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність астенії (30-50)	3	5	8
Слабка астенія (51-75)	5	8	13
Помірна астенія (76-100)	7	5	12
Виражена астенія (101-120)	5	2	7
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями астеничного

стану двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.13.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями астенічного стану до та після корекційної роботи

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 30- 50	3	5	0,15	0,25	0,15	0,25	0,1
2. 51-75	5	8	0,25	0,4	0,4	0,65	0,25
3. 76-100	7	5	0,35	0,25	0,75	0,9	0,15
4. 101-120	5	2	0,25	0,1	1	1	0
сума	20	20					

Як бачимо з таблиці 3.13. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,25 і припадає на 2 показник рівнів астенічного стану зі значенням 51-75, що відповідає слабкому рівневі астенії, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії, і після психокорекції найбільше досліджуваних підвищилось саме за цією категорією. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники астенічного стану за першими двома значеннями (відсутність астенії та слабка астенія) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники астенічного стану залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.14.

**Розподіл показників астенічного стану до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 30-75	8	13	20
2. 76 -120	12	7	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники астенічного стану до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера: до проведення психологічного тренінгу у 8 жінок з 20, відмічається відсутність астенії, після проведеної корекційної роботи у 13 з 20 відмічається відсутність астенії. Процентна доля жінок з відсутністю астенії до тренінгу – $8/20 \cdot 100\% = 40\%$, після корекційної роботи – $13/20 \cdot 100\% = 65\%$.

Перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 .

Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з відсутністю астенії після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – відсутність астенії після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників астенічного стану після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з відсутністю астенічного стану після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з відсутністю астенічного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.15.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з відсутністю астенії	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками астенічного стану	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	8	(40%)	12	(60%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	13	(65%)	7	(35%)	20
Суми	26		21		40

Опреділяємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,982$$

$$\phi_2 (40\%) = 1,369$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою, яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатку 11.

$$\text{В даному випадку } \phi^* = (1,982 - 1,369) \cdot \sqrt{10} = 0,613 \cdot 3,162 = 1,93.$$

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$\phi^*_{емп} = 1,93. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за значення ϕ критичного, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з відсутністю астенічного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Як бачимо, показник тривожності, депресії та астенічного стану зменшилися внаслідок психокорекційної роботи, що підтверджено методами

математичної статистики, які використовуються в психології (критерій Фішера та критерій Колмагорова – Смирнова).

Отже, розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Висновки до третього розділу

1). Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астенічного стану після проведення психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

2). Результати порівняльного дослідження з допомогою методів математичної статистики дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом у вигляді зменшення тривожності, депресії та астенічного стану. Особливо це стосувалося тих жінок, які переживали розчарування в дітях, були незадоволені окремими предметами, незацікавлені у трудовій діяльності, проявили сумніви у правильності своїх минулих вчинках, та боязнь помилок.

3). Розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

ВИСНОВКИ

1). Проаналізувавши наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому зокрема ми дійшли висновку, що психічні наслідки абортів – закрита та важка тема. Вивчати її складно по причині великої кількості абортів. Всі жінки, які перервали вагітність з різних причин, соціальних, сімейних, знаходяться в депресивному стані. Дослідження доводять [5],[7], що в 80% випадків у жінок, які зробили аборт, спостерігаються різноманітні психічні і психологічні порушення. На перше місце виступають афективні розлади, переважно тривожного і депресивного кола. На жаль, не дивлячись на значну поширеність цього явища, на сьогоднішній день у всьому світі не існує ефективних способів вплинути на кризову ситуацію і зупинити розпад життєво-необхідних зв'язків між матір'ю і її немовлям. Тому необхідно розробити стратегію психотерапевтичної роботи з жінками, які планують аборт.

Дослідженням даного питання займаються багато дослідників по всьому світі. Ряд наукових досліджень, проведені в останні роки, дозволив по-новому поглянути на проблему абортів. Це насамперед роботи В.І. Брутман, М.Г. Панкратова, С.М. Єніколопова, М.Ю. Колпакової, М.С. Радіонової та ін. Автори дійшли висновку, що однією з найголовніших складових постабортного синдрому є депресія, вивченням якої займалися такі автори як В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлісеєв, В.Н. Синицький. З проведених досліджень відомо, що депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію. В ході проведеного нами дослідження була розроблена модель депресії як однієї з ознак постабортного синдрому, яка розкриває головні її ознаки та

характеризує її складові.

2). З метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборт, було проведене експериментальне дослідження, яке полягало у застосуванні методу клінічної бесіди, дослідженні тривожності, депресії, та ступені вираження астеничного стану. В ході бесіди було встановлено, що на даний час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому. Було встановлено, що у жінок, які зробили аборт, виникає ряд порушень в емоційній сфері, які описані в психології, як постабортний синдром. Результати нашого дослідження, отримані внаслідок застосування шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали депресії В. Зунга показують, що всі жінки емоційно незрілі особистості, яких відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, та наявність депресивного стану та астеничного стану. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття спустошення навколо себе.

3). Результати проведеного експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності. У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;

- корекція самооцінки;

- зниження тривожності;

- формування мотиваційних диспозицій;

- побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астеничного стану після проведення

психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

Результати експериментального дослідження дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом, покращення їх стосунків в сім'ї. На цьому етапі криза безперспективності, розпачу та розчарування зміною задоволенням майбутнім та пов'язаними з ним позитивними емоціями. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Отже, проведене дослідження свідчить про підтвердження гіпотези, що рівень тривожності та депресії у жінок, які зробили аборт вищий ніж у тих, які прийняли рішення виховувати дитину попри важкі життєві обставини, крім того було встановлено, що емоційні розлади, які виникають в постабортний період можуть змінюватись під впливом психокорекції.

Подальших досліджень потребують пошук нових засобів психокорекції, а також розробка програм по актуалізації ціннісних установок по відношенню до майбутньої дитини у жінок, які переживають труднощі в адаптації до стану материнства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Неврозы и невротические реакции. – М.: Центр. Научно – исслед. Институт с-го просвещения Министерства здравоохранения СССР, 1971. – 64с.
2. Акимова М. К., Гуревич К. М. Психологическая диагностика. – М.:ФИС, 2003. – 656 с.
3. Бакулева Л. П., Гатина Г. А., Кузьмина Т. И., Соловьева А. Д. Состояние вегетативной НС после искусственного прерывания беременности в I триместре // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 4. – С.60 – 64.
4. Бернард Н. Натансон. Обирай життя. – К.: МБФ “Східно – Європейський екуменічний культурно– просвітницький центр”, 2002. – 24с.
5. Брусиловский Л. Я., Бруханский Н. П., Сегалов Т. Е. Землетрясение в Крыму и нервно – психический травматизм. – М.: Изд-во. Наркомздрава здравоохранения РСФСР, 1928. – 277с.
6. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности. // Вопросы психологии. – 1997. - № 6. – С. 38 – 47.
7. Бурлачук Л. Ф., Манцева Н. В. Международная конференция по психологии травматического стресса // Вопросы психологии. – 1992.- № 5. – С. 55-59.
8. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Пост травматичний стрес: шляхи подолання. – К.: Знання, 1998. – 289с.
9. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи 1 // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 9. – С. 43 – 50.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К.: ВТФ “Перун”, 2001. – 1440 с.
11. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордський посібник з психіатрії : Пер. з англ.: У 2 т. – К.: Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

- 12.Гофман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 177с.
- 13.Гольдштейн А.П. Тренінг контролю гніву // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - №4. – С.61-76.
- 14.Горбатов Д. С. Практикум по психологическому исследованию : Учеб. Пособие. – Самара : Издательский Дом « БАХРАХ– М», 2000. – 248 с.
- 15.Гининг Т. Посттравматический стресс с позиции экзистенциально – гуманистической психологии // Вопросы психологии. – 1994. - № 1. – С. 92 – 96.
- 16.Гусак П. Аборти, евтназія, допоміжні репродуктивні технології // Психолог. – 2002. - № 3. – С. 113 - 127.
- 17.Данн Х. П. Христианский брак глазами врача. – Житомир, 1997. – 176с.
- 18.Димова Л. А. Каждая женщина должна знать о вреде аборта // Фельдшер и акушерка. – 1986. - № 8. – С. 39 – 42.
- 19.Занюк С.С. Мотиваційний тренінг. // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - №8. – С.31 – 42.
- 20.Занюк С.С. Психологія мотивації. Навч. посібник. – К.: Либідь, 2002. – 310с.
- 21.Зинькевич – Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – М.: «Речь», 2002. – 310с.
- 22.Зимовец С. Молчание Герасима. Психоаналитические и философские эссе о русской культуре - М.: Гнозис, 1996. - 168 с.
- 23.Капелюшник Н. Л., Осипов Р. А., Тухватуллина Л. М., Мальцева Л. И., Черновская Р. Ц. Анализ последствий искусственного аборта (по материалам клиник Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина) // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С.52 – 53.
- 24.Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Из синописа по психиатрии. – Москва: «Медицина», 1994. – 463 с.
- 25.Каткова И. П., Кошовская Т. В. Социально – гигиенические аспекты

- проведения мини – аборт в женской консультации // Советское здравоохранение. – 1989. - № 9. – С. 53 – 57.
26. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М.: Педагогика, 1995. – 50с.
27. Коридзе М. Н. Влияние искусственного прерывания беременности на функциональное состояние стероид – продуцирующих эндокринных желез и на симпатико – адреналиновую систему // Акушерство и гинекология. – 1988. - №2. – С.62 – 64.
28. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000.– 460с.
29. Кокс Т. Стресс. – М.: Медицина, 1981. – 213 с.
30. Лисец Антуан. За жизнь. – К.:Ваклер, 1994. – 160 с.
31. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи патопсихології Навчальний посібник. – К.: Перун, 1996. – 464с.
32. Малкина – Пых И.Г. Кризисы подросткового возраста. – М.: Изд-во «Эксмо», 2004. – 2004. – 384с.
33. Митина Л.М., Кузьменкова О.В. Психологические особенности внутриличностных противоречий учителя // Вопросы психологии. – 1998. - №5. – С.3-15.
34. Максименко С. Д., Папуча М. В., Максименко К. С. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 8. – С. 1 – 4.
35. Музика О. Л. Курсові роботи з психології : методичні рекомендації. – 2-е вид., вип.. та доп. – Житомир. 2001. – 40 с.
36. Мухін М.Т. Міріам...чому ти плачеш? : Страждання жінок після аборту. – Львів : Місіонер, 1999. – 140 с.
37. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. – С-Пб.: „Речь”, 2001. – 256с.
38. Молохов А. Н. Психогении. – М.: Мысль, 1962. – 299с.
39. Мюллер В. Хай живе серце твоє (Як вийти з депресії). – Київ: КАЙРОС,

2005. – 100с.

40. Ней Філіп, Петерс Марі. Шлях центуріона / Пер. з англ. З. Городенчук – Львів: Свічадо, 2001. – 112 с.
41. Основы практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: Підручник. – Вид. 2-ге, стереотип. – К.: Либідь, 2001. – 536 с.
42. Основы психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов, обуч. по спец. „Психология”/ Бурлачук Л.Ф., Габская И.А., Кочарян А.С. – К.: „Ника – Центр”; М.: „Алетейя”, 1999. – 320 с.
43. Падун М. Тарабрика Н. Когнитивно – личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2004. - № 5. – С. 5 – 16.
44. Парафейник Г. П., Целкович Л. С., Кабакова Л. Д. Влияние искусственного аборта на здоровье женщины // Казанский медицинский журнал. – 1987. –Т. 68. - № 1. – С. 25 – 27.
45. Пашукова Т. І., Допіра А. І., Дьяконов Г. В. Практикум із загальної психології/ За ред. Т. І. Пашукової. – К.: Т-во “Знання”, КОО, 2000. – 204 с.
46. Підлісний Ю. Етико – антропологічні аспекти абортів. Аборт: заперечення права на життя. – Київ: Освіта, 2006. – 113 с.
47. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования /Пер. с англ. М.С. Жамкочьян/ Под ред. В.С. Магуна – М.: Аспект Пресс, 2000. – 607 с.
48. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально – психологического тренинга. – М.: Из-во Моск. ун-та, 1982. – 168 с.
49. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: „Прогресс”, - 1979. – 392с.
50. Роджерс К. О групповой психотерапии. / Пер. с англ. – М.: Гиоь – Стель, 1993. – 224 с.
51. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика; / Пер. с англ./ Общ. ред. и вступ. ст.. Л.А. Петровской. – М.:

- Прогресс, 1990. – 368 с.
- 52.Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожанова. – Москва: «Медицина», 1974. – 316 с.
- 53.Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982. – 124 с.
- 54.Семиченко В.А. Психические состояния. – К.: Магистр – S, 1998. – 208 с.
- 55.Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. – К.: Наукова думка, 1986. – 276с.
- 56.Сироткин С. Ф., Данилова М. А. Выворачивание мира: к психоаналитике аборта / Женщины и общество: вопросы теории, методологии и социальных исследований. Мат. III Междунар. науч. - практ. конф. - Ижевск, 1997, С.134-136.
- 57.Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г. А. Обухова. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 496 с.
- 58.Фанти С. Микropsихоанализ: Пер. с итал. - М.: Просвещение, 1995. – 352 с.
- 59.Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - № 2. – С. 22 – 36.
- 60.Фрейд З. Некоторые психологические следствия анатомического различия полов: психоаналитические этюды. - Минск: Беларусь, 1991, С. 549 - 558.
- 61.Хорни К. О происхождении комплекса кастрации у женщин (1924): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.:Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С. 6 - 25.
62. Хорни К. Уход от женственности (Комплекс маскулинности у женщин глазами мужчин и женщин) (1926): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С.26 - 40.
63. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
64. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования

и применения – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.

- 65.Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно – рейтинговий курс: Навчальний посібник. – К: ВД “Професіонал”, 2005. – 656 с.
- 66.Шаллан І. В., Діагностика посттравматичного стресового розладу як ускладнення після перенесеної хвороби та пологів // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. - № 4. – С. 5 – 9.
- 67.Шаллан І. В. Психометрическое оценивание посттравматического стрессового расстройства // Материалы III Харьковских Международных психологических чтений. – Вестник ХГУ № 439, часть 4, 5, 1999, с. 301–304.
- 68.Яценко Т.С. Інтеграція та дезінтеграція як механізми психокорекції // Педагогіка і психологія. – 1996. - №1. – С. 3-10.
69. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник. – К.: Либідь, 1996. – 264 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Дані Держкомстату України в одиницях :

	Усього включн о зміні абортам и	У тому числі у жінок віком			Нажіно квікомр оків	Надітей народж енихжи вими	Наполог іввключн озмертво народже ними
		До 14 років включн о	15 – 17 років включн о	18 – 34 роки включн о			
<i>Україна</i>	434 223	185	10 338	346 214	34,1	112,7	112,9
Вінницька	15 148	7	230	12 432	35,3	100,4	100,4
Волинська	6 814	1	90	5 466	26,0	57,1	57,4
Дніпропетровськ	39 158	29	857	31 951	40,2	152,1	152,2
Донецька	41 676	25	1429	32 685	32,4	138,7	138,9
Житомирська	8 949	4	158	7 278	26,2	71,1	71,1
Закарпатська	7 085	5	153	5 594	21,0	48,9	49,0
Запорізька	23 375	2	638	19 095	44,1	168,2	168,2
Ів-Франківська	6 714	-	103	6 102	18,3	45,9	46,0
Київська	14 669	-	238	11 373	31,7	108,8	108,8
Кіровоградська	11 576	5	292	9 105	40,9	127,1	127,3
Крим	19 794	10	570	15 436	35,6	130,6	130,7
Луганська	28 297	14	951	21 879	41,4	176,2	176,1
Львівська	15 486	-	120	12 946	22,5	64,0	64,1
Миколаївська	13 115	4	303	10 600	38,6	127,8	128,3
Одеська	22 676	9	595	18 408	34,6	113,1	113,0
Полтавська	18 878	5	426	15 124	45,9	162,2	162,5
Рівненська	6 325	-	89	4 963	21,3	45,5	45,6
Сумська	9 938	2	238	8 166	30,0	106,6	106,8
Тернопільська	4 522	1	60	3 875	16,1	42,8	42,8
Харківська	35 071	20	945	27 429	44,9	175,9	176,3

Херсонська	14 255	5	375	11 187	44,4	140,0	140,0
Хмельницька	8 633	5	117	6 707	24,7	69,9	70,1
Черкаська	9 016	2	203	7 152	25,6	84,5	84,6
Чернівецька	7 503	3	168	6 048	31,1	80,2	80,1
Чернігівська	13 163	3	269	10 115	43,7	149,3	149,6
м. Київ	26 100	21	548	20 305	34,3	137,7	138,2
м. Севастополь	6 287	3	173	4 793	60,0	233,2	233,5

Додаток 2.

**Декларації Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт
(Осло, 1970) звучить наступним чином :**

1.Головний моральний обов'язок лікаря, сформульований в Женевській декларації, - повага до людського життя : “Я буду дотримуватись виняткової поваги до людського життя з моменту його зачаття”.

2.Обставини, що приводять життєві інтереси матері в протиріччя з життєвими інтересами дитини, створюють дилему : може вагітність бути навмисно перервана чи ні ?

3.Різне відношення до цієї проблеми виникає з різного відношення до життя новонародженого та стосується особистих переконань і совісті, які потрібно поважати.

4.В прерогативи медиків не входить диктувати якій-небудь державі чи спільноті відношення до цієї проблеми. Наш обов'язок – спробувати забезпечити захист наших пацієнтів і права лікаря в суспільстві.

5.Отже, там, де закон дозволяє проводити терапевтичний аборт чи законодавство по цьому питанню обговорюється, і якщо це не суперечить політиці національної медичної асоціації, а влада готова прийняти позицію медиків, необхідно дотримуватись слідуючи принципів :

8 аборт потрібно проводити тільки як терапевтичну процедуру ;

9 рішення про переривання вагітності повинно виноситись по можливості в письмовій формі по меншій мірі 2 лікарями, що мають відповідну професійну компетенцію ;

10 процедуру проводить лікар, що має достатню кваліфікацію і в спеціально відведеному приміщенні.

6.Якщо лікар рахує, що його переконання не дозволяють йому рекомендувати чи проводити аборт, він може усунутися, забезпечивши пацієнтці медичну допомогу кваліфікованого колеги.

7.Ця заява, хоч її і схвалює Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації, не може розглядатися як обов'язкова для виконання тими членами асоціації, які її не приймають [18].

Додаток 3.

Фізіологічні наслідки абортів.

Види ускладнень	Всього на лікуванні в стаціонарі	
	абс	%
Кровотеча під час операції	16	0,52
Розрив шийки матки під час операції	27	0,88
Перфорація матки	2	0,06
Субінволюції матки	3	0,1
Затримка частин плідного яйця	39	1,27
Гематометра	11	0,36
Метроендометрит	93	3,0
Загострення хроніч запальних процесів придатків матки	12	0,39
Параметрит	41	1,34
Піосальпінкс	3	0,1
Сальпінгофорит	108	3,53
Піометра	3	0,1
Розлад менструальної функції	137	4,47
Плацентарний поліп	34	1,11

Внутрішньоматочне зрощення	5	0,16
Аденоміоз	18	0,59
Самовільні аборти	23	0,75
Істміко-цервікальна недостатність	4	0,13
Поза маточна вагітність	3	0,1
Звичне не виношування	64	2,09
Вторинне безпліддя	17	0,55
Всього з ускладненням	663	21,67
Не було ускладнень	2396	78,32
Всього абортів	3059	100,0

Додаток 4.

Клінічні симптоми постабортного синдрому

<i>№</i>	<i>Симптоми</i>	<i>Види проявів</i>
1	Невмотивована пильність	Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, немов їй постійно загрожує небезпека
2	”Вибухова” реакція	При найменшій несподіванці людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці низько пролітаючого вертольота, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї ззаду)
3	Притупленість емоцій	Буває, що людина цілком чи частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі і дружні стосунки з навколишніми, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато пацієнтів скаржаться, що з часу важких подій, їм стало набагато важче відчувати ці почуття
4	Агресивність	Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту говорячи, людина схильна застосовувати силовий тиск на навколишніх всякий раз, коли хоче домогтися свого, навіть якщо ціль не є життєво важливою.
5	Порушення пам’яті і	Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися чи щось згадати, принаймні, такі

	концентрації уваги	труднощі виникають при визначених обставинах. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якому-небудь стресовому фактору, як людина вже не в силах зосередитися.
6	Депресія	Почуття депресії супроводжують нервові виснаження, апатія і негативне відношення до життя.
7	Загальна тривожність	Тривожність є дифузним, дуже неприємним, часто неясним відчуттям побоювання чогось. Вона супроводжується одним чи декількома соматичними відчуттями, наприклад почуттям порожнечі або стиснення в грудях, серцебиттям, пітливістю, головним болем чи раптовим спонуканням спорожнити кишечник. Типовими є також занепокоєння і неможливість залишатися на одному місці.
8	Пристипи люті	Не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті, по силі подібні до виверження вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі приступи частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак бувають і під час відсутності алкоголю чи наркотиків, так що було б невірно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.
9	Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами	
10	Непрошені спогади	Мабуть, це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, зв'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як у сні, так і під час пильнування. Непрошені спогади, що приходять у сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) зв'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису, передають подію, що травмує, так, як вона запам'яталося в пам'яті цієї людини; у снах другого типу – обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (обличчя, ситуація, відчуття) подібні тим, що мали місце в травмуючій події. Людина пробуджується від такого сну зовсім розбита; її м'язи напружені, вона покрита липким потом. У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом, на тій підставі, що багато

		пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося.
11	Безсоння (труднощі з засипанням і переривчастий сон)	Коли в людини виникають нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засинанню, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів постабортного синдрому. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також не минаючим почуттям фізичного чи душевного болю.
12	Думки про самогубство	Пацієнт постійно думає про самогубство планує які-небудь дії, що в остаточному підсумку повинні привести його до смерті. Коли життя представляється більш лякаючим і хворобливим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може здаватися привабливою. Коли людина доходить до тієї грані розпачу, де не видно ніяких способів поправити своє положення, вона починає міркувати про самогубство.

Додаток 5.

ПРОТОКОЛИ БЕСІД З ЖІНКАМИ, ЯКІ ЗРОБИЛИ АБОРТ:

1. **Бесіда з Оксаною.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 22 роки, другий через 6 місяців, третій знов через пів року, а четвертий в 30 років. Аборт був 2, 3, 4 та 6 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та сестра, але рішення приймала самостійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та алкоголізм чоловіка. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів плаксивість не проходила, з'явилась злість, відчуття пустоти, не хотілось жити. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але не виходило. Лікувалась

в психоневрологічному диспансері. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент незаміжня і має 2 дітей.

2. **Бесіда з Валентиною.** Всі свої аборти пам'ятає, але сумно. Перший аборт був в 24 роки, другий – 26 років, третій - 27 років, а четвертий в 31 рік. Аборт був 2, 3, 4 та 5 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були бажаними для чоловіка, але його алкоголізм, постійні сімейні конфлікти та важке матеріальне становище вплинуло на рішення перервати вагітність. Про вагітності чоловік знав, але рішення приймала самостійно. Йдучи на аборт відчувала страх. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, а фізичні недуги лікувала амбулаторно. На теперішній час шкодує, що не залишила ще хоча б одну вагітність. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
3. **Бесіда з Коломієць О.М.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 24 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітності знав чоловік та мама і рішення приймали разом. На нього вплинула мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та сімейні конфлікти. Йдучи на аборт переживала, нервувалась. Після аборту було неприємне відчуття, ніби зробила щось гидке. З негативними відчуттями допомагала справлятися мама, їздила до ворожок і знахарів. Про аборт шкодує. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
4. **Бесіда з Оленою.** Аборти, крім першого, не пам'ятає. Перший аборт був в 18 років, а останній в 36 років. Аборт був 1, 3, 4, 5 та 6 вагітністю за рахунком. На час першого аборту була не заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про першу вагітність знав тільки хлопець, від якого завагітніла. Він відмовився женитись і рішення

про аборт приймала самостійно. На інші рішення вплинула мала різниця між вагітностями, алкоголізм чоловіка та сімейні конфлікти. Йдучи на перший аборт відчувала зраду, переживання, бажання щоб все скоріше скінчилося. Після абортів відчувала полегшення, що нарешті проблеми вирішилися. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але в останній час чомусь відчуває потяг до релігії. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

5. **Бесіда з Тетяною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час абарту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітність знав лише чоловік і рішення про аборт приймали разом. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість першої дитини. Йдучи на аборт думала тільки одне : щоб швидше все скінчилося. Після абарту хоч і відчула полегшення, але разом з тим був якийсь жаль за скоєне і розкаяння. Про те, що аборт це вбивство – не думала. З негативним станом допомагав справлятися чоловік. Про аборт шкодує і вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
6. **Бесіда з Поліною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 19 років першою вагітністю за рахунком. На час абарту не була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав хлопець, від якого завагітніла і подруга. Хлопець відмовився женитись і рішення про аборт підтримала подруга. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абарту з хлопцем розлучилась. Про те, що аборт це вбивство – думала, тому й не змогла йому простити зраду. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але виходило погано. Заспокоєння знайшла лише після того, як на вернулася до релігії. Шкодує не тільки про аборт, але й про те, що не розповіла все мамі. На даний момент не заможем і дітей не має.

7. **Бесіда з О.Р.К.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 25 років, а другий в 30 років. Аборт був 2 та 3 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та невістка і вони вплинули на рішення про аборт. Йдучи на аборт почувала себе дуже погано. Після абортів була сердита на весь світ. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо була дуже агресивна. Про аборти шкодує і залишила б хоч одну вагітність. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
8. **Бесіда з Марією.** Добре пам'ятає лише перший і останній аборт. Перший був в 22 роки, а останній в 31 рік. Аборт був 2, 4, 5, 6, 7, 8 та 10 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знали всі (чоловік, мама, свекруха). Відносини в сім'ї були складні і ніхто не хотів дітей. Крім негативного ставлення чоловіка і свекрухи (бо мама говорила : сама вирішуй) на аборт вплинуло тяжке матеріальне становище та мала різниця між вагітностями. Коли йшла на аборти було відчуття ніби навкруги ніч. Ніби просто йшла темним тунелем. Після абортів сильно переживала, був жаль за скоєне. Чоловіка ненавиділа, не хотіла вступати з ним в сексуальні стосунки. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо соромно було комусь в них признатись, але справжнє заспокоєння в душі знайшла лише тоді, коли почала ходити до костелу. На даний момент не замужем і має 3 дітей.
9. **Бесіда з В.Л.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав чоловік та мама і на аборті настояли вони разом. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів почувала на душі “рану”. Про те, що аборт це вбивство знала, але не могла протистояти матері та чоловікові. Душевний біль

переборювати допомагали мама і чоловік. Про аборт шкодує. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

10. **Бесіда з К.Р.В.** Свій аборт пам'ятає уривками. Він був в 26 років 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітності знав лише чоловік і хоч питання аборту з ним обговорювалось, але рішення приймала самостійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хвороби першої дитини та важкість догляду за нею, хворобливий стан самої жінки. Йдучи на аборт ні про що не думала. Після аборту з'явилась злість та ненависть до чоловіка, агресивність до всіх людей, усвідомлення, що зробила помилку, думала про самогубство. Допомоги шукала у психіатра, але дійсно вийти з такого стану змогла лише після того, як на вернулася до релігії. Про аборт шкодує і якщо б на той час їй би хтось допоміг вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

11. **Бесіда з Тамарою.** Свої аборти пам'ятає, особливо перший, оскільки він був першою вагітністю, про другий аборт в ході розмови намагається не говорити. На час першого аборту була студенткою педуніверситету, навчалася на 4-му курсі. Розповідаючи про перший аборт жінка говорить впевнено, дивлячись в очі. Каже, що, мабуть, вчинила вірно, закінчила навчання, вийшла заміж, одразу народила доньку. Другий аборт жінка зробила місяць тому, розповідаючи про цей аборт говорить тихо, весь час опускає очі, каже, що дуже шкодує, виникли проблеми з чоловіком. Плаче. Більше не хоче розмовляти.

12. **Бесіда з Д.К.Ю.** Аборт був першою вагітністю. Намагаюсь поговорити з дівчиною про аборт, що відчувала напередодні. Жінка постійно уникає моїх питань, починає розповідати, що живе з бабусею, до університету вступала двічі, бубуся хворіє, залишити навчання не може. Намагаючись повернутися до аборту ставлю питання, чи знав хтось про вагітність, жінка знову починає

розповідати про хвору бабусю, університет, питаю чи вона знала про вагітність, жінка починає плакати. Після пауза говорить що відчула полегшення, іноді турбують погані сни, нудота, хоч ці розлади виникли після аборту, з ним їх жінка не пов'язує.

13. **Бесіда з Ольгою.** Аборт Ольги був першою вагітністю, 2 місяці тому. Жінка не заміжня, проживає разом з мамою, яка про вагітність нічого не знала. В консультацію прийшла разом з другом, каже, що всі довго відмовляли: лікарі, подруги, хлопець з яким зустрічалася 1 рік. Рішення зробити аборт приймала сама, навіть не вагаючись. В день аборту прокинулась з нудотою, яка тривала весь час, коли прокинулась після наркозу, поруч був друг, намагався втішити, казав, що все переживеться. Постійно уникала зустрічі з хлопцем, відчувала неприємні відчуття від поцілунків. На даний час жінка відмічає плаксивість, роздратованість, вразливість.
14. **Бесіда з Ольгою Д.** Аборт перша вагітність жінки. Бесіда з жінкою проводилась на третій день після аборту. Жінка студентка проживає разом з чоловіком у незареєстрованому шлюбі. Про вагітність дізналася пізно. Рішення зробити аборт приймалося разом з чоловіком, оскільки будучи вагітною жінка приймала протизаплідні таблетки. Розповідаючи про аборт жінка постійно плаче, каже що дуже хвилюється що не зможе більше завагітніти. Вчора бачила як на дворі гуляє сусідка з коляскою. Сьогодні не могла встати з ліжка, весь час думаю, що не потрібно було цього робити.
15. **Бесіда з К.** Жінка не заміжня, проживає разом з батьками в селі. Рішення зробити аборт приймали всі крім дівчини, коли сказала батькам, довго кричали, ці слів К. вона студентка, її хлопець молодший на рік, в селі б не зрозуміли. На аборт йти не хотіла, до лікарні приїхала з матір'ю. Протягом двох тижнів ні з ким не розмовляє, скаржиться на порушення сну, дратівливість, вразливість.
16. **Бесіда з А.Р.С.** Говорити з А. важко, на питання чітких відповідей не

дає, розпочати бесіду погодилась, але після першого питання: „В якому віці був перший аборт”, розмовляти відмовилась, зіслалась на погане самопочуття.

17. **Бесіда з Інгою.** Жінка проживає разом з чоловіком та донькою від першого шлюбу. Перший аборт зробила 3 роки тому, оскільки з чоловіком жила погано, від зловживав алкоголем. Другий аборт зробила, як каже, через важке матеріальне становище. Жінка плаче, каже, що дитині виповнився б вже один рік, каже, що постійно думає про останній аборт, чоловік часто дорікає їй скоєним.
18. **Бесіда з А.К.В** Жінка виглядає в'ялою, байдужою до розмови, про аборти шкодує, хоча говорить, що іншого виходу на той час не було. Всі вагітності, які закінчилися абортами, жінка розпізнавала пізно, (аборти були в пізніх термінах), на всі аборти ходили з чоловіком. Аборти були 3, 4, 6 вагітностями. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано.
19. **Бесіда з Лідією.** Аборт був першою вагітністю жінки. Не знаючи, що вагітна, жінка лікувала грип, приймала антибактеріальні засоби, коли зрозуміла, що вагітна лікар порадив зробити аборт, оскільки прийом антибіотиків може пагубно вплинути на плід. Коли сказала чоловікові, що вагітна, той довго вмовляв залишити дитину, запевняв, що все буде добре. Зараз дуже шкодує, хоча після абарту пройшло вже більше року. Жінка весь час рахує скільки б її дитина мала місяців. Скаржиться на поганий сон, зниження настрою, байдужість.
20. **Бесіда з Т.М.Ю.** Аборт був другою та третьою вагітностями. Жінка в розмову вступає не охоче, каже, що про це говорити вже пізно, що не краще було б, якщо вона народила і не змогла прогодувати дітей, що якщо знову станеться так, що завагітніє, народжуватиме не буде. На питання чи не погіршився загальний стан після абортів, відповідає, що її турбують загальна втома, порушення сну, дратівливість,

вразливість, плаксивість, хоча з абортами вона це не пов'язує.

Додаток 6.

Бланк тесту

Шкала ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	Відповідь			
		ніколи	іноді	часто	завжди
1	я спокійна				
2	мені нічого не загрожує				
3	я напружена				
4	я неспокійна				
5	я відчуваю вільною				
6	я розгублена				
7	мене хвилюють можливі невдачі				
8	я відчуваю душевний спокій				
9	я схвильована				
10	я відчуваю внутрішнє задоволення				
11	я впевнена в собі				
12	я нервую				
13	я не знаходжу собі місця				
14	мене все дратує				
15	я не відчуваю напруги і хвилювання				
16	я задоволена				
17	я стурбована				
18	я надто збуджена, і мені не по собі				
19	я радію				
20	мені приємно				

Бланк тесту

Шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС)

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	я почуваю подавленість і смуток				
2	вранці я почуваюся краще				
3	у мене близько сльози				
4	я погано сплю				
5	у мене апетит не гірший ніж завжди				
6	мене приємно спілкуватись з привабливим чоловіком				
7	останнім часом я худну				
8	у мене бувають розлади травлення				
9	останнім часом я відчуваю прискорене серцебиття				
10	я втомлююсь без особливої причини				
11	мій розум такий само ясний, як і раніше				
12	зараз мені легше робити те, що я вмію				
13	я відчуваю тривогу				
14	я сподіваюсь на майбутнє				
15	зараз я більш дратівлива ніж завжди				
16	я легко приймаю рішення				
17	я відчуваю, що потрібна і корисна				
18	я живу достатньо повноцінним життям				
19	я думаю, що іншим людям краще без мене				
20	я й зараз радію від того, від чого й раніше				

Бланк тесту.

Шкала астеничного стану.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	Я працюю зі значним напруженням.				
2	Мені важко сконцентруватися на будь – чому.				
3	Моє статеве життя не задовольняє мене.				
4	Очікування мене дратують.				
5	Я відчуваю м'язову слабкість.				
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи театр.				
7	Я забудькувата				
8	Я почуваюся втомленою.				
9	Мої очі втомлюються при тривалому читання.				
10	Мої руки тремтять.				
11	В мене поганий апетит.				
12	Мені важко бути на вечірці чи шумній компанії				
13	Я не так добре розумію прочитане.				
14	Мої руки та ноги холодні.				
15	Мене легко образити.				
16	В мене болить голова.				
17	Вранці я прокидаюсь втомленою, не відпочилою.				
18	В мене бувають головокружіння.				
19	В мене бувають сіпання м'язів.				
20	В мене шумить у вухах				
21	Мене хвилюють статеві питання				
22	Я відчуваю важкість в голові.				
23	Я відчуваю загальну слабкість.				
24	Я почуваюсь погано в темряві.				
25	Життя для мене пов'язане з напруженням.				
26	Моя голова ніби стягнута обручем.				
27	Я легко прокидаюсь від шуму.				
28	Мене втомлюють люди.				
29	Коли я хвилююсь я покриваюся потом.				
30	Мені не дають заснути думки та хвилювання.				

Характеристика основних психокорекційних вправ групового тренінгу з жінками, що зробили аборт

Підготовчий етап

1. Вправа „Знайомство” (10 – 15 хв.).

Мета: створення дружньої атмосфери у групі.

Інструкція: Учасникам тренінгу по черзі пропонується назвати своє ім'я, яким вони хочуть називатися в групі. Кожен послідовний учасник, перш, ніж назвати своє ім'я, називає всі попередні.

2. Вправа „Самопрезентація” (20 – 30 хв.)

Мета: вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.

Інструкція: учасники групи повідомляють про свої три самі найбільш позитивні та три негативні риси. Завдяки цій вправі створюються умови для саморозкриття та формуються установки про значення своєї особистості.

3. Вправа „Радість” (20 – 25 хв.)

Мета: створення дружньої атмосфери у групі, переживання учасниками групи найприємніших подій життя.

Інструкція: учасникам групи пропонується згадати в своєму житті найприємніші події, поділитися своїми переживаннями один за одним. Дана вправа розкриває довірливі відносини між членами групи.

4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” (30 – 40 хв.).

Мета: організувати арттерапевтичну роботу в групі та спрямувати групу на спільне рішення проблем в дружній атмосфері.

Інструкція: учасника тренінгу пропонується намалювати колективний малюнок, після чого арттерапевтична робота обговорюється в групі: - Що зображено на малюнку? – Що Ви відчували, коли малювали? – Чи можна по малюнку зробити висновок про настрої і думки групи?

Основний етап

1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” (20 – 25 хв.)

Мета: виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч. Дана вправа допомагає учасникам виявити і змінити життєві цінності, потреби та внутрішні протиріччя, внести корективи в життєві цінності.

Інструкція: всім жінкам пропонується на окремих аркушах паперу записати 10 своїх життєвих цінностей, відповівши на питання: - Що для Вас найбільш важливе у житті? Далі життєві цінності обговорюються в групі на предмет того, які з них є домінуючими, як змінювалися вони під час переживання різних періодів вікових та психологічних криз. Після обговорення кожен з учасників вносить певні корективи, якщо є необхідність.

2. Вправа „Психодрама субособистостей” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів, потреб.

Інструкція: учасникам групи пропонується уявити, що за кожною з них стоїть ніби самостійна частина їх особистості, потрібно дати їй назву. Учасники виконують наступні завдання: 1). намалювати на окремому аркуші коло на всю сторінку, а всередині ще одне, діаметром 1 – 2 см., яке і буде Вашим „Я”. Оточуюче коло розбите на сегменти і розмістити в них 5 – 6 субособистостей, які є виразником Ваших бажань. Після цього пропонується розмалювати субособистості в різні кольори, порівняти свої бажання зі списком цінностей, які вони склали в попередній вправі. 2). Учасники кожен по черзі демонструє спілкування субособистостей і „Я”, розповідають про те за що вони цінують один одного, чому ображають і чого хочуть. На завершальному етапі вправи „головний учасник” розповідає своїй субособистості, яке місце вона буде займати в його подальшому житті.

3. Вправа „Сліпий і поводитир” (25 – 30 хв.).

Мета: підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.

Інструкція: учасники поділяються на пари, після чого один гравець із пари закриває очі (сліпець), а інший (поводир) бере його за руку і водить за собою, після чого партнери міняються місцями. Після чого учасники обговорюють почуття, які в них виникали.

4. Вправа „Коло впевненості” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, підсилення почуття впевненості в собі.

Інструкція: уявіть собі коло діаметром 60 см, увійдіть в нього і згадайте той прекрасний час, коли Ви були на „гребені успіху”. В тій ситуації максимально проявлялися всі ваші здібності. Все було добре, Ви переживали удачу. Якщо важко згадати історію, можна використати історію героя кінофільму. Фантазуйте сміливо!

5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” (20 – 40 хв.)

Мета: обговорення найбільш важливих цілей.

Інструкція: Накресліть в уяві а потім опишіть план реальних досягнень у вашому особистому житті. Якщо Ви вважаєте, що для досягнення цих цілей заважають якісь проблеми, , спробуйте знайти шляхи для їх подолання.

6. Вправа „Моделювання сценаріїв життя”.

Мета: обговорення індивідуальних способів вирішення проблем, розвиток самоповаги, гнучкості поведінки.

Інструкція: „Намалюйте” в уяві прогноз бажаних досягнень в картинках, зміст яких наповнений сценаріями майбутнього життя. Групі ставились питання: - Яка назва у Вашого життєвого сценарію? – Він веселий чи сумний? – Чим закінчується сценарій? – Хто герої сценарію – реальні люди, чи герої кінофільмів, книг?

7. Вправа „Мій успіх у діяльності” (25 – 30 хв.)

Мета: використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулим.

Інструкція: згадайте випадок зі свого минулого життя, коли Ви переживали значний успіх; закрийте очі та сотворіть яскраву картинку в уяві; зверніть увагу на розмір, форму, якість картинки, на рухи, звуки, які її створюють; далі поміркуйте про мету, якої Ви прагнете досягти, уявіть її чітко, уявіть її чітко, прокрутіть в думках картинку – досягнення мети; розмістіть цю картинку туди ж де була попередня; завдання полягає в тому, щоб ці дві картинки накласти одна на одну, прагніть пережити радість, задоволення від майбутнього

успішного завершення справи так, як ви відчували це в минулому.

8. Вправа „Втримати рівновагу”. (15 – 20 хв.)

Мета: формування впевненості в собі, вияв внутрішніх конфліктів. Вправа є однією з форм ефективної роботи з тілом. Якщо людина втримує рівновагу тіла, вона внутрішньо врівноважена, впевнена в собі.

Інструкція: встаньте рівно. Зосередьтесь на своїх внутрішніх відчуттях і відчуйте в своєму тілі свою внутрішню опору, центр тяжіння, відчуйте себе ширяючою над землею, як птах опирається крилами на повітряний потік. Після цього підніміть зігнуту в коліні праву ногу, закрийте очі і відчуйте опору на землю. Відкрийте очі і повторіть це з лівою ногою. – На якій нозі стояти було легше – на правій, чи лівій? (Примітка: ліва сторона тіла відповідає за соціальні відносини, права – за особисті відносини із близькими людьми.

9. Вправа „Уникнення невдач” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдачі, пояснення механізмів психологічного захисту.

Інструкція: з групою розглядаються кілька форм поведінки, спрямованої на уникнення невдач, пояснюються прояви механізмів психологічного захисту. Потім перед групою ставились завдання: 1). Поміркуйте над тим, якою б ви хотіли себе бачити „достатньо здібною, але неорганізованою (тобто, яка боїться поразки), чи не достатньо здібною, але організованою, наполегливою, яка не боїться невдач. 2). Поміркуйте невдача визначається саме відсутністю здібностей. 3). Запишіть позитивні моменти пов'язані з невдачею. 4). Поміркуйте і запишіть, що б ви сказали іншій людині, яка зазнала невдачі. 5). Запишіть, що б ви сказали самій собі у хвилини розпачу.

10. Вправа „Місто впевненості” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз поведінки невпевненої в собі людини.

Інструкція: давайте складемо розповідь про місто, в якому зібралися і живуть самі впевнені люди з усіх.

11. Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” (25 – 35 хв.).

Мета: ознайомлення з техніками подолання тривоги, страхів, хвилювання.

Інструкція: кожен із учасників розповідає про свій позитивний і негативний спосіб подолання тривожності, намагається визначити найприємніше та найбільш негативне. Надалі акцентувалась увага досліджуваних на тому, що дуже важливо для зниження тривожності: 1). навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття, настрої; 2). набути навичок і вмінь контролювати й керувати своїми психологічними станами; 3). розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення. Після описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши програму свого розвитку і самовдосконалення”.

12. Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” (25 – 40 хв.).

Мета: навчання адекватному вибору завдання, реальних і конкретних цілей.

Інструкція: сплануйте досягнення певної мети середньої складності. Докладіть усіх зусиль для її досягнення. Похваліть себе навіть за те, що досягли навіть незначного успіху, „нагородіть” себе чимось за цей успіх.

13. Вправа „Я господар” (20 – 30 хв.)

Мета: ознайомлення із особливостями поведінки впевненої в собі людини.

Інструкція: - Яке Ваше уявлення про господаря? Встаньте ті, хто вважає себе впевненою. Привітайте того, хто встав першим. – „Виконай що-небудь, щоб всі зрозуміли, що ти керівник, після цього передай свої повноваження іншому”.

14. Вправ „Емоції у моєму тілі” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз особливостей сприйняття власних емоцій з тілесними переживаннями. Матеріал: для кожного біли підготовлені схеми людського тіла та олівці.

Інструкція: Намалюйте емоції у вигляді ліній на тих частинах тіла ,які ви відчуваєте напруженими. В залежності від типу емоцій (радощі, злості, суму....), що ви переживаєте, намалюйте лінії різними кольорами: сумні лінії, злі, втомлені. Уявіть, що ви розсердилися, в якій частині тіла зосереджена злість? Намалюйте її. Тепер подумайте що вас може злякати? де на тілі локалізується ваш страх? Замалюйте його чорним олівцем. Де в тілі ви

відчуваєте радість? Яке відчуття вам було легше за інші уявити? Чи є в когось з групи схожі відчуття? Якщо людині вдається скоротити тонус м'язів тієї частини тіла, яка є найбільш напруженою, розслаблення поширюється на всю нервову систему. Так спрацьовує ефект зниження нервового напруження. Для цього учасникам пропонуються використовувати вдома деякі прийоми аутогенного тренування та релаксації, гімнастики зранку і перед сном.

15. Вправа „Позбався образу невдахи”. (20 – 25 хв.).

Мета: аналіз причин послаблення успіху і досягнень.

Інструкція: Сприйняття себе як невдахи відображається на нашій мотивації. Кожна людини здатна досягти успіху, якщо дотримуватиметься таких принципів: 1). Ви повинні дуже прагнути досягти мети, і сама мета буде вести вас до успіху. 2). Міркуйте постійно про кінцевий результат, про свою мету, і засоби її досягнення. 3). Не бійтеся помилкових або тимчасових невдач.

16. Вправа „Скривджена людина” (15 – 25 хв.).

Мета: аналіз групою реагування на кривду впевненої у собі людини.

Інструкція: Кожному учаснику тренінгу пропонується закінчити речення: „Я відчуваю себе скривдженим коли...” Намалуйте вираз обличчя скривдженої людини.

17. Вправа „Моє відображення” (10 – 30 хв.).

Мета: аналіз само відношення учасниками групи.

Інструкція: Пограємо в гру, яка допоможе нам виявити ставлення до самого себе. Задача кожного – уважно подивитися на себе у дзеркало як на незнайому людину і відповісти на такі питання: - Що привабливого ви бачите в цій людині? – За що її можна любити? – Що в ній викликає повагу?

18. Вправа „Мої цінності” (25 – 30 хв.)

Мета: аналіз групою виявлених інструментальних цінностей. *Інструкція:* згадайте свої невдачі. – Які із якостей були тоді відсутні? – Чи спроможні ви змінити цю поведінку на іншу? – Які цінності можуть вплинути на ваші досягнення? – Які цінності із минулого життя ви могли б забрати для того, щоб зробити теперішнє життя більш кращим?

19. „Точка опори” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління у розкритті сильних сторін особистості.

Інструкція: Поміркуйте над тим, які сильні сторони у вас є, тобто над тим, що ви найбільш цінуєте і любите у собі, що надає вам впевненості. Саме ці якості допомагають нам подолати труднощі і успішно завершити свої справи. Кожному дається дві хвилини для аналізу своїх сильних сторін.

20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” (25 – 35 хв.).

Мета: аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.

Інструкція: опишіть свої найхарактерніші для вас емоції і почуття під час переживання змін у вашому житті. У процесі виконання цієї вправи група приходить до висновку, що будь – які кризові зміни в житті можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя.

21. Вправа „Подолання звинувачення” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: вправа виконується в парах. Один з учасників звинувачує інших, а інший аналізує чи є звинувачення оправданими.

22. Вправа „Що я відчуваю” (15 – 25 хв.).

Мета: вправління в самоаналізі учасниками тренінгу своїх психічних станів.

Інструкція: Опишіть, що ви відчуваєте, коли переживаєте ситуацію життєвих змін.

23. Вправа „Подолання” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного рішення проблем.

Інструкція: Згадайте перешкоди у своєму житті і знайдіть те загальне, що допомагає вам долати труднощі. Таким чином у кожного із нас буде під рукою наш загальний досвід успішного подолання перешкод.

24. Вправа „Прийняття критики” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: - Чи згодні ви з тим, що людина, яка не вміє адекватно сприймати критику і реагувати на неї, схожа на людину з довгими пальцями на ногах, на

які легко наступити. Опишіть реакції „тривожного” партнера на критичні зауваження інших.

25. Вправа „Відстоювання своєї думки” (25 – 30 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: подумайте про способи, з допомогою яких ви зможете відстояти свої права і виберіть самий кращий. Висловіть свої думки, уникаючи давати оцінку.

26. Вправа „Подарунок” (15 – 20 хв.).

Інструкція: учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття , участь у тренінгу, зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця).

27. Підведення підсумків психологічної роботи з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

Завершальний етап.

1. Вправа „Казка” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.

Інструкція: учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смисловому просторі кожної жінки.

Творче завдання – придумування казки відноситься до проєктивних методів у психології. В інтерпретації результатів використаного методу творення казки учасниками тренінгу використовувались принципи роботи із казками та загальні закономірності цієї роботи, описані Т.Д. Зінкевич – Євстігнеєвою [5,с.16-19.]. Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10).

2. Вправа „Зворотній зв’язок” (10 – 15 хв.).

Мета: груповий аналіз вражень від тренінгу.

Інструкція: учасниками групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”.

Додаток 10.

**Схема роздумів над змістовно – динамічними особливостями
мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасниками
тренінгу, спроектованими ними на вигадану казку**

Характеристика поведінки героя казки.	Коментарій.
Герой казки самостійно вирішує проблему.	Прояв інтровертного локусу контролю у вирішенні професійних і життєвих проблем, що вказують на продуктивність у діяльності.
Герой казки вирішує всі, або практично всі, проблеми, сподіваючись на допомогу інших героїв.	Прояв екстравертного локусу контролю у рішенні професійних і життєвих проблем, що впливає на зниження продуктивності діяльності.
Спосіб вирішення проблеми героєм казки активний – використання ним чарівних предметів, прямий напад на ворога тощо.	Важливо оцінити, в яких ситуаціях реального життя герой казки схильний використовувати той чи інший спосіб вирішення труднощів.
Уникнення вирішення проблем – пасивний спосіб подолання труднощів.	Пасивне підкорення соціальним вимогам, вибір занадто легких або складних завдань, цілей; суб’єктивна готовність до гострого переживання невдачі, прояв психологічних захисних механізмів.
Герой казки прикидається слабким, нерозумним.	Погляд на ситуацію з іншого боку, обернення ситуації в гумор.
Герої казки розподіляють обов’язки між собою.	Готовність до взаємодії, вміння ефективно розподіляти обов’язки, прояв організаторських здібностей.
Герой казки передає права вирішувати важливе завдання іншому героєві.	Передача відповідальності іншому як прояв – екстравертного рівня контролю – з одного боку, з іншого – в ситуаціях, які неможливо

	вирішувати самостійно, важливо продумати, хто б міг допомогти.
Здійснення героєм казки тих чи інших вчинків.	Аналіз видимої і скритої мотивації.
Прояв емоційних реакцій героя казки на певну ситуацію.	Роздуми над казкою з позицій почуттів, що дає можливість проаналізувати почуття – мотиви, інтереси, потреби, бажання.
Герой використовує чарівні предмети.	Самонавіювання почуттів захищеності.
Герой дарує або йому дарують подарунки.	Прояв гнучкості у вирішенні нових важливих ситуацій.
Герой виступає творцем або руйнівником, по відношенню до себе, інших героїв казки, оточуючого світу.	Прояв базової тенденції: конструктивної (що сприяє особистісному розвитку) та деструктивної (перешкоджає розвитку).
Використання героєм казки помічників, чарівних предметів, які оживляють тіло, загоюють рани; елемент нового народження у казці.	Вміння протистояти психологічній кризі, орієнтація на конструктивне вирішення життєвих проблем.

[21]

Додаток 11.

Алгоритм розрахунку критерію Фішера (χ^2)

1. Визначити ті значення ознак, які будуть критеріями для розділу досліджуваних на тих, у кого „є ефект” і тих, у кого „немає ефекту”.
2. Накреслити таблицю з двох стовпчиків і двох рядків. Перший стовпчик – „є ефект”; другий – „немає ефекту”; перший рядок зверху – 1 група; другий – 2 група.
3. Підрахувати кількість досліджуваних в першій групі, у яких „є ефект”, і занести це значення в лівий стовпчик таблиці.
4. Підрахувати кількість досліджуваних в першій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий верхній стовпчик таблиці. Підрахувати суму за двома верхніми стовпчиками таблиці. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних в першій групі.
5. Підрахувати кількість досліджуваних в другій групі, у яких „є ефект” і занести це число в лівий нижній стовпчик таблиці.

6. Підрахувати кількість досліджуваних в другій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий нижній стовпчик таблиці. Підрахувати суму в двох нижніх стовпчиках. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних у другій групі.
7. Визначити процентні долі досліджуваних, у яких „є ефект”, шляхом віднесення їх кількості до загальної кількості досліджуваних в даній групі. Записати отримані процентні долі відповідно в лівий верхній і лівий нижній стовпчик таблиці в дужках, щоб не сплутати з абсолютним значенням.
8. Перевірити чи не являється одна з процентних долей нулю.
9. Визначити за таблицею XII Додатку 1 [15] величини кутів ϕ для кожної з процентних долей.
10. Підрахувати емпіричне значення ϕ^* за формулою:

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

де ϕ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

ϕ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних в першій групі;

n_2 – кількість досліджуваних в другій групі.

11. Порівняти отримані значення ϕ^* з критичними значеннями:

$\phi^* \leq 1,64$ ($p \leq 0,05$) та $\phi^* \leq 2,31$ ($p \leq 0,01$).

Якщо $\phi^*_{\text{емп}} > \phi^*_{\text{кр}}$, H_0 заперечується.

Міністерство освіти і науки України
Житомирський державний університет імені Івана Франка
Кафедра соціальної і практичної психології

Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях

Курсова робота

студентки 54 групи з/ф навчання
соціально- психологічного факультету
спеціальності «Практична психологія»
Ференець Анжела В'ячеславівна

Науковий керівник:

Косарева З.П.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ.....	6
1.1.Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів.....	6
1.2.Постабортна психічна травма та її наслідки.....	11
1.3.Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”.....	19
1.4.Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період.....	27
Висновки до першого розділу	34
 РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД).....	35
2.1. Методики дослідження тривожності та депресії.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	45
Висновки до другого розділу	56
 РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ.....	58
3.1. Проведення психокорекційного тренінгу по усуненню постабортних наслідків.....	58
3.2. Дослідження психологічного стану жінок після психокорекції...	74
Висновки до третього розділу.....	91
ВИСНОВКИ.....	92

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	95
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Важливого значення нині набувають соціально-психологічні чинники впливу на особистість. Людина, вступаючи у численні соціальні взаємини, формує не тільки сукупність уявлень про світ, а й про себе, мисленнєво виокремлює ставлення до власного внутрішнього світу та його окремих характеристик, тобто породжує та утверджує установки, напівусвідомлені й емоційно забарвлені, готовності суб'єкта сприймати навколишній світ і себе в ньому певним чином (позитивно чи негативно, конструктивно або деконструктивно). На фоні постійно зростаючих стресових ситуацій, в які особистість часто попадає і незалежно від самої себе, це має велике значення.

Аборт – це завжди протиприродний процес, який супроводжується розвитком ускладнень для жінки як фізичних, так і моральних. У жінок, які перенесли аборт, нерідко відмічається підвищена нервозність, дратівливість, плаксивість, спустошеність, а інколи – апатія й пригніченість. Потрібен час, щоб самопочуття жінки покращилося. Тому вивчення емоційного стану жінки в такій стресовій ситуації як аборт є надзвичайно актуальним.

Складність вивчення даної проблеми полягає в тому, що вона певний час не набувала гласності і чинники, які спонукали жінку до такого стресового стану також замовчувалися. Тому ми й вибрали темою нашого дослідження «Психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях»

Мета й завдання дослідження полягають у розробці й теоретичному обґрунтуванні психологічного аналізу динаміки емоційних станів жінок в стресових ситуаціях.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання таких завдань дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому.
2. Провести експериментальне дослідження виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборти.

3. Розробити систему роботи з корекції поведінки жінки, яка попала в стресову ситуацію, а саме зробила аборт.

Об'єктом нашого дослідження є емоційний стан жінок в стресових ситуаціях (аборт)

Предмет дослідження: психологічний аналіз динаміки емоційних станів жінок в постабортний період.

Практичне значення одержаних результатів полягає в впровадженні в практику роботи медичних закладів психокорекційних тренінгів.

Структура роботи: курсова робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел, найменувань та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття про аборт та його вплив на виникнення постабортних психічних розладів

Сучасне життя є дуже складним і ніхто з нас не застрахований від помилок. Але існують помилки, які виправляти дуже важко і про які пам'ятають все життя – мова йде про аборти. Аборт – це передчасне переривання вагітності [5, 139].

Ю.О. Підлісний, розглядаючи аборт як психотравмуючу ситуацію звернув увагу на те, що предметом аналізу є не просто факт медичної операції (підручники медицини та словники називають різні терміни: вишкрібання плідного яйця, регулювання місячного циклу та ін.), а перед нами багатогранна і складна антропологічна проблематика, складна морально – психологічна дилема конкретних живих людей. Кожна жива людина це не просто біологічна істота, це завжди цілий всесвіт зі своїм світоглядом, ціннісними орієнтаціями, переживаннями, радощами і смутком, надіями, планами на життя... Жінка яка приходить на аборт, приходить як цілий світоглядний комплекс, як мікрокосмос, який постав перед життєвим вибором: народжувати дитину, чи здійснити аборт. Цей вибір дуже часто є вибором цілого подальшого життєвого плану: стати матір'ю, чи продовжити навчання і ступити на вищий щабель. Стати матір'ю одиначкою зі всіма наслідками, які з цього випливають, чи народити і відмовитися від дитини [21].

С.Ф.Сіроткін та М.А.Данилова [12],[19] пропонують відзначити, що психологічні аспекти проблеми абортів повинні бути розглянуті в контексті проблеми психологічного статусу жінки, вони нерозривно зв'язані з амбівалентністю жіночності, особливостями її становлення і прояву. С.Фанті,

З.Фрейд, К.Хорні у своїх психоаналітичних дослідженнях становлення жіночності дозволяють підійти до проблеми абортів в її внутрішньому змісті, розглянути неусвідомлювані механізми, що керують поведінкою жінки, що зважається на аборт [26],[34],[39].

Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непередбачене рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна. Душевні та психічні порушення у жінок після абортів особливо зросли в наш час. Іноді відчуття провини переростає в дійсну скорботу.

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, лікар Сьюзен Стенфорд з США, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [13, 151] .

Аборт є однією з найактуальніших проблем репродуктивного здоров’я жінки внаслідок не тільки медичного, але психологічного і суспільного звучання. Відомо, що на 100 пологів в Україні припадає майже стільки ж штучних переривань вагітності, тобто абортів. На превеликий жаль, дуже високий рівень абортів щорічно реєструється серед молодих жінок і навіть дівчат – підлітків. Дані держкомстату України в одиницях по областях представлені в додатках (додаток 1).

Психічні травми на ранніх стадіях онтогенезу можуть зумовлювати не тільки тимчасові функціональні порушення, але й викривлений розвиток мозку, а також вади розвитку інших органів і систем.

Аборт деякі автори [22],[15] відносять до стресу, який завдає не лише важких фізіологічних а й психологічних порушень. Людина зі здоровою нервовою системою здатна витримувати великі навантаження, виявляти високу стійкість стосовно складної життєвої ситуації чи психічної травматизації. Проте існують і межі її навантаження. При перевищенні, або

відсутності допомоги може виникнути позамежне охоронне гальмування в корі великих півкуль з виключенням свідомості і розвитком психічного захворювання. Цьому можуть сприяти різноманітні соматичні (які виснажують нервову систему) ушкодження, що зумовлюють неповноцінність біологічного “ґрунту”, на який впливає надсильний подразник, а також надмірне емоційне потрясіння, яке перевищує поріг фізіологічної тривалості коркових процесів. Психогенні захворювання не супроводжуються деструктивними змінами в тканинах мозку, тому більшість випадків зворотні.

Аборт постійно супроводжував людство, тому, що завжди для деяких жінок вагітність була тягарем, чи приносила багато проблем, чи була небезпечною. Найдавніша система законів, що карала громадян які роблять аборт, був Шумерський Кодекс (приблизно 2000 до Р. Х.). В Ассірійському кодексі (приблизно 1500 до Р. Х.) плід залишається людським життям і в ньому (кодексі) передбачалось покарання за те, що його віднімали. Великий грецький лікар Гіппократ (377 до Р. Х.) сформулював свою знамениту Клятву, яка на протязі 24 століть приймалась критерієм медичної етики. Частина Клятви Гіппократа, яку давали всі випускники медичних учбових закладів, проголошує: “...Я не дам нікому, хто б не просив у мене смертельного засобу і не покажу шляху до цього задуму; так само я не дам ніякій жінці абортивного пессарія...” [6, 23]. Декларація Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт (Осло, 1970) представлена в додатках (додаток 2).

Велике значення набуває питання про визначення початку і кінця життя. Конфлікт “прав”, “принципів”, “цінностей”, а, насправді, людських життів та долі культури – реальність сучасного світу. Конфлікт “право плоду на життя” і “право жінки на аборт” вступає в протиріччя з правом лікаря виконати не тільки професійне правило “не нашкодь”, але і заповідь – “не вбий”. У відношенні абортів, як знищення того, що може стати особистістю, існує три моральні позиції:

5 консервативна – аборти завжди аморальні і можуть бути дозволені

лише при загрозі життю жінки ;

6 ліберальна – абсолютне право жінки на аборт, безвідносно до віку плоду ;

7 помірна – виправдання аборту до настання певного розвитку ембріону (до 12 тижнів, коли тканина мозку стає електрично активною) [19].

Питання абортів торкається всіх граней нашого життя, тема абортів змальовується в кінофільмах, художніх творах, як вітчизняних так і зарубіжних авторів, як часто ми спостерігаємо на сторінках романів вагання жінки, її страждання.

Цей надскладний комплекс психологічних і не тільки проблем постають перед нами в художніх образах Шевченкових „Катерини” і „Наймички”. Незапланована вагітність (або як кажуть пересічно – залетіла) ставить перед жінкою проблему цілого життя: народження, виховання, несприйняття, самотність, освіта, кар’єра, тощо. Ставить проблему не лише свого майбутнього, а й майбутнього дитини. У цьому емоційно-психічному напруженні прийняття вірного раціонального рішення, яке спирається на систему і шкалу цінностей переважно не спостерігається. Тут радше прослідковується інша модель прийняття рішення. Вагітність розглядається як проблема, яку треба вирішити. Якщо це не бажана не планована вагітність, то переважно приймається рішення усунення цієї проблеми: звісно позбавленням дитини шансу побачити цей світ.

Персонажі Шевченка, роблять свій непростий вибір у дещо жорстокішому середовищі, при цьому забезпечивши дитині виховання, „незаплямований” як на той час статус. Модель вирішення цієї проблеми Наймичкою як бачимо вкладається в сократівську модель: краще самому зазнати несправедливості, ніж її вчинити. І Катерина, і Наймичка страждають самі, платять за наругу над ними, проступок, слабкість, чи що там було причиною незапланованої вагітності самі: одна покінчує життя самогубством, інша йде в найми, і стає свідком коли син називає матір’ю не її. Але ні одна ні друга не вирішує своєї проблеми життям своєї дитини.

Проте, у випадку Катерини і Наймички, як і у випадку багатьох наших жінок, які зважуються на аборт, проблема не обов'язково в жінці і її виборі. Тут діє цілий комплекс факторів, які підштовхують жінку до абортів. Це в першу чергу світоглядні установки оточуючих, суспільний етос, пануючий в регіоні її проживання. Глянувши в глиб цього етосу ми можемо погодитися з Каролем Войтилою, що основу етосу, який підштовхує до абортів і оправдовує його є споживацька настанова до світу, у тому числі і до людини як до такої.

А якщо на цю небажану вагітність накласти інші світоглядні установки, а саме: 1) часто зневажливе ставлення до матері одиначки і глузливе відчужене ставлення, то звідси можна зробити висновок, що народження дитини стає проблемою; 2) перспектива недоотримання освіти, неможливість здійснити кар'єру чи перспектива самозречення (зрештою в цій системі це поняття немислиме) однозначно штовхає на аборт. Критичними факторами, які штовхають на аборт окрім зазначених світоглядних установок, які панують в оточенні цієї жінки, є батько дитини, батьки батька чи цієї жінки, сама жінка. Тиск здійснюється в напрямку перекладання відповідальності на дитину. Тобто повернення до status ante quo є життя зачатої дитини.

Нажаль дискусія щодо абортів в Україні, яка час від часу виникає в різних площинах (законодавча, публіцистична, науково – медична) в переважній більшості не вирішує цієї проблеми [21]. З огляду сказаного можна зробити висновок, що аргументація „за” чи „проти” абортів ведеться в медичних колах часто з точки зору медичних показань, часом сюди влітають соціальні показання, але людини як така часто не береться до уваги.

1.2. Постабортна травма та її наслідки

“Постабортний синдром” (ПАС) – це поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після аборту [13, 58].

Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після аборту і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душевну рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після аборту потребують постійної уваги та медичної допомоги.

В Німеччині “постабортний синдром” описала Дороте Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що вперше визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [28].

Професор д-р медицини Бернард Натансон (в минулому засновник і завідуючий найбільшою у світі клінікою абортів – New York Center for Reproductive and Sexual Health, а зараз пропагандист ідей руху “За життя”) коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль, навряд чи хтось навіть задумується про це [5].

Професор д-р Ванда Полтавська, психіатр, Краків (Польща) стверджує, що психічні наслідки абортів – закрита та складна тема. Вивчати її дуже

важко по причині великої кількості абортів. Крім того, жінки, що зробили аборт, залишаються зі своїми проблемами наодинці. Лікар, який зробив аборт, в подальшому не слідкує за станом своєї пацієнтки. Звідси – різна оцінка наслідків переривання вагітності. Об'єктивність загальної картини ускладнюється ще й суб'єктивністю лікарів, які разом із прихильниками абортів часто стверджують, що “правильно” зроблений аборт не має ніяких негативних наслідків для жінки. Але на практиці все по іншому: негативні наслідки абортів можуть проявлятися значно пізніше, іноді навіть через багато років [36].

“Постабортний синдром” (травма після абортів) відомий в усьому світі. Але в нашій країні більшу увагу приділяють фізіологічним ускладненням після абортів, ніж психологічним.

Диспансеризація жінок, що перервали вагітність, виявляє ряд ускладнень після абортів. Враховувались ускладнення, що виникли в процесі операції, в післяопераційний період і на протязі наступних місяців. Фізіологічні наслідки абортів представлені в додатках (додаток 3).

Хоча презерватив був винайдений ще древніми єгиптянами, а такий контрацептив як внутрішньоматкова спіраль, відкритий ще в минулому сторіччі, і сучасна наука вже винайшла протизаплідні пігулки під назвою „наступного ранку” для тих, хто забуває, 30% жінок в світі щорічно зазнають операції абортів.

Всі країни розбираються з цією проблемою по своєму. Теоретики медицини, здавалось знайшли шлях вирішення: менше абортів в тих країнах де протизаплідні засоби доступні та популярні. В Америці мабуть лише біг-мак доступніше та популярніше контрацептивів. Однак тут щорічно робиться 1,5 млн. абортів, і протягом десяти років цей показник зростає.

Кампанія по забороні абортів розпочалась в Польщі в 1989 р., коли до парламенту був внесений законопроект по забороні абортів, схвалений самим Папою. Відома в Польщі юрист Урсула Новаковська на сторінках жіночого журналу „Ви и Ми” свідчить: з тієї миті церква пішла в наступ, остаточний

варіант польського антиабортного закону набув сили в 1993 році, являється одним з найсуворіших законів в Європі.

Але закон – одне, а життя – інше. Щоденно з Польщі в інші країни летять, плывуть, їдуть „абортивні тури”. Вартість абортів на Заході сягає 1000 доларів, 200 доларів беруть за цю операцію в східних країнах. В самій Польщі „підпільний” аборт коштує 500 – 700 доларів.

Але, можливо, на фоні такої суворості процвітає виробництво та продаж контрацептивів? Зовсім ні. Зростає сексуальне насилля, оскільки жінки з страху завагітніти взагалі відмовляються від статевих стосунків [38],[18].

Щодня клініки фіксують певну кількість абортів, зазвичай названих “перериванням вагітності”, вакуум регуляцією менструального циклу, чи ще якимось, які вкінці стають статистичними даними, цифрами, за якими непомітно стоять непрості долі, дуже часто – трагічні.

Марія Симон на засіданні юридичного союзу “Право на життя”, оцінюючи психо – соціальні опитування жінок, довела до відомо слухачів, що не буває абортів без ризику. У кожній з двох жінок із трьох опитаних після штучного переривання вагітності спостерігаються каття, відчуття провини, страх або важкі депресії. У відношеннях між партнерами часто виникає ненависть, байдужість, капризи та депресії в сексуальному плані. Жінка після абортів не відчуває себе звільненою, навпаки, довгі роки не знаходить внутрішнього спокою та стабільності. Багато жінок, що зробили аборт, страждають за своє непередумане рішення місяці, роки іноді навіть все життя. Душевні, психічні та фізичні рани швидко не заживають. Аборт – це завжди смерть, необоротна та непоправна [33].

Про тих, хто вже відчув на собі сумні наслідки абортів, Сьюзен Стенфорд, яка також пройшла через аборт, пише: “Я не знаю у кого із людей серця так зламані, як серця жінок після абортів. Їм необхідно лікування. Це необхідно робити з любов’ю, ніколи не засуджувати їх. Необхідно допомогти вилікувати хворобу їх душі, воскресити їх розбиті серця” [22, 49].

На думку І.В.Шаллан, воля жінки, що зважилася на аборт, може спонукатися багатьма зовнішніми, соціальними та психологічними причинами. Але при цьому Г.Г.Філіппова наголошує, що в рішенні зробити аборт присутнє неусвідомлюване спонукання, що пов'язане із внутрішнім змістом понять жіночність, мужність, вагітність, аборт, життя, смерть та ін. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду і виділенням при цьому крові з тіла жінки. Символічно виділення крові проводить границю між життям і смертю, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та народженням [59],[65].

У жінки розвиток жіночності протягом усього життя співвідноситься із символічним вмиранням – відродженням і виділенням крові. У своїх роботах З. Фрейд висловлює думку, що у ранньому віці “вмирання” виявляється в переорієнтації сексуальності дівчинки на батька, у розриві з матір'ю, у запереченні своєї жіночності. Це супроводжується фантазіями про біль, кров, кастрацію. Вік менархе приносить “вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю, з поживавленням і насиченням архаїчних фантазій про кастрацію. Початок статевого життя, супроводжується переходом у новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Із свідомості витісняються біль і кров дефлорації, агресія на чоловіка – все це стає визначальними факторами розвитку дорослої жіночої сексуальності. Нарешті, ще однією “кривавою справою” у житті жінки стають пологи й аборт; народження і вбивство, що йдуть з одного джерела. І в родах, і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, співжиття жінки з плодом і відродження в іншій якості [60].

На думку С.Ф. Сіроткина, якщо для чоловіка кастрація є символічною погрозою, яку він протягом всього свого життя намагається перебороти (у випадку реальної кастрації чоловік як чоловік зникає), то для жінки кастрація здійснюється на всіх описаних ступінях як реальна, сполучена з кров'ю дія, що додає жінці її специфіку. Життя жінки – це внутрішня таємна війна, і ми періодично спостерігаємо лише криваві наслідки цієї війни. К. Хорні також

вказує на те, що у цьому змісті аборт – найбільш пряма дія, що приводить до кастрації. Якщо під час пологів жінка відокремлює від себе частину свого тіла, тобто “каструється”, то в результаті пологів вона здобуває дитину в якості фалічного заступника. В ситуації аборту “ніж, що каструє”, заходить у глибину тіла жінки, позбавляє її внутрішнього фалоса, і не залишає його зовнішнього заступника. Відбувається не просте вивертання внутрішнього в зовнішнє (як, наприклад, під час пологів), а розгладження топологічної структури жінки, розпрямлення в площину. Аборт переживається драматичніше тому, що він не тільки робить специфічну для жінки дію, але в якийсь момент “знімає” жіночність. У цьому суперечлива функція абортів для визначення жінки. І хоча, на думку авторів, після абортів можлива безплідність, у жінок, тим не менше, несвідомо “переважає” даний засіб контрацепції. Протиріччя складаються в природному прагненні жінки до ствердження жіночності (у межах вагітності – пологи) і прагненні до зняття жіночності в наслідках абортів. Складається враження про прагнення до балансування між жіночністю і маскулінізацією. Жіночність затверджується через самозаперечення [12],[61].

С.І. Зімовець вважає, що аборт також маркірує статевий час жінки. Для чоловіка час іде лінійно, а для жінки протікає навскоси, тобто вивертається. У цьому випадку розгляд проблем жінки не може бути зроблено “прямим” поглядом, а тільки таким, що ковзає по поверхні, яка вивертається. На його думку, аборт, що відновлює менструацію, це можливе повернення в будь-який “час крові”, актуалізація архаїчних переживань (травми народження, менархе, дефлорації, поранення та ін.). Так само, вагітність – це повернення в будь-який час потенційності, наприклад, з регресією до дитинства. Періоди крові маркірують нелінійний час жіночності [22].

На думку С. Фанті – амбівалентність природи жінки у своїй межі виявляється як рівновага вагітності і викидня (абортів). Модель маткової війни показує біологічне і психологічне відношення в середині співжиття матері і плоду. Прагнення до збереження плоду і відторгнення його від матки

несвідомо конкурують один з одним. Суб'єктивне прийняття жінкою визначеного рішення усвідомленого чи несвідомого визначає долю плоду. В аборті він свідомо виганяється з лона, тобто реалізуючи одну з тенденцій. У цьому змісті, жіноча амбівалентність є рівновагою життя і смерті, конструктивності і деструктивності [61].

У праці С.Ф. Сіроткина та М.А. Данілової був розглянутий аналіз пілотажного психологічного дослідження відношення до абортів. У дослідженні брали участь студенти, що не робили абортів. Вони складали розповіді по темах, які спонукають уявити переживання жінки, що зробила аборт. В результаті позначилися кілька комплексів можливих переживань. Оцінюючи результати дослідження, вчені зауважили, що насамперед відзначається переживання фізичного і душевного болю, причетності до смерті, страх смерті. Приєднується до цього і переживання порожнечі, втрати чогось важливого. Очевидно, порожнеча конституційно зв'язана з жіночністю, відповідає внутрішньому напруженню, жіночому варіанту кастраційного комплексу. Аборт, таким чином, позначає через біль і кров виняткове почуття онтологічної порожнечі. Переживання звільнення раціоналізується як звільнення від проблеми. Автори припускають, що у цьому комплексі переживань, ймовірно, відбиваються анальні аспекти жіночності. Звільнення відповідає спорожнюванню. Воля жінки, яка зважилася на аборт, може детермінуватися чисельними зовнішніми соціальними, психологічними причинами. Але необхідно відмітити, що в рішенні зробити аборт присутні неусвідомлювані детермінанти, пов'язані з глибинно психологічним змістом понять жіночність, чоловічність, вагітність, аборт, життя, смерть т.д. Фізично аборт пов'язаний з вмиранням плоду та виділенням при цьому з тіла жінки крові. Символічно виділення крові межує життя від смерті, між двома тимчасовими станами, між вмиранням та відродженням. Розгортання жіночності протягом всього життя у жінки співвідноситься з символічним вмиранням – відродженням та виділенням крові. В ранньому віці „вмирання” проявляється в переорієнтації

сексуальності дівчинки на батька, розриві з матір'ю, в заперечені своєї жіночності. Вік менархе приносить „вмирання” дівчинки в дівчині, вмирання з кров'ю. Вступ в статеве життя, супроводжується переходом в новий психологічний і часто соціальний стан – вмирає дівчина, виникає жінка. Нарешті ще однією „кривавою справою” в житті жінки є пологи та аборт; народження та вбивство, які виходять з одного джерела. І в пологах і в аборті відбувається символічне вмирання цілісності тіла, симбіозу жінки з плодом і відродження в іншій якості [4],[56].

В.І. Брутман та М.С. Радіонова припускають, що комплекс переживань, пов'язаних з почуттям провини перед дитиною, партнером, іншими, самою собою, вибудовується очевидно, на основі витиснутої агресивності у відношенні до плоду, що по зовнішніх причинах реалізувалася в аборті. Агресія на зачатий плід співвідноситься з мазохімічними установками жінки, результатом цієї агресії є депресивність після аборту. Агресивний аспект переживань аборту реалізується також у прямій об'єктній агресії на партнера, обставини, весь світ. У даному випадку спостерігається викидання стримуваного дотепер ворожого імпульсу жінки, повна влада деструктивності. Це підтверджує тезу, що в аборті присутній виражений агресивний потенціал, реалізований як в образі на інших, так і в самому виробництві аборту [2],[6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно більше 50 млн. жінок йдуть на штучне переривання вагітності. О.К. Капелюшник [23], О.Ф. Серова [34] та Т.Н. Мельник [36], вважають, що наслідками аборту можуть бути як фізіологічні так і психологічні проблеми.

Коридзе вважав загальновідомим фактом, що не зважаючи на те, що аборт був виконаний в умовах стаціонару з застосуванням сучасних оперативних методів та анестезіологічної допомоги, він все ще нерідко приводить до важких ускладнень. На його думку найбільш часто зустрічаються ускладнення зі сторони репродуктивної системи, які можуть розвинутиися як в наслідок запальних процесів, так і в результаті грубих

порушень та дискоординації біосинтезу в ендокринній системі [27].

А.Н. Бакулєва доповнює, що аборт також викликає порушення стану вегетативної нервової системи, що характеризується змінами адаптивних можливостей організму. Це веде до розвитку вегето-судинної дистонії чи її прогресу [3].

А такі вчені як Л.Я. Брусиловський [5], Н.Я. Колодзін [26], А.Н. Молохов [38], Л.М. Розенштейн [51] вивчали роль, яку психічні травми грають в якості фактора, що провокують чи загострюють протікання інших психічних і соматичних розладів – в діапазоні від різних порушень діяльності внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції, обміну речовин, захворювань гінекологічних і шкірних до ендогенних психозів включно.

Таким чином, всі розглянуті комплекси переживань є психологічною моделлю переживання абортів. При проведенні подальших емпіричних досліджень, на нашу думку, можна отримати клінічні дані, які дозволять розширити представлення про психологію абортів, дозволять описати психозахисні механізми, що супроводжують рішення жінки про аборт і її психологічні втрати, що його компенсують

1.3.Характеристика та розвиток симптомів „постабортного синдрому”

Згідно з П. Штессель під “постабортний синдромом” (ПАС) розуміють “поєднання психічних симптомів чи хвороб, які можуть проявлятися в наслідок переживань після абортів” [42, 157]. Перш за все це стосується жінок що зробили аборт, а також чоловіків і медиків, що приймали в ньому участь. Основним симптомом хвороби є постійне переслідування пережитого в підсвідомості жінки. Іноді симптоми “постабортного синдрому” можна спостерігати на протязі довготривалого часу після абортів і набагато пізніше побачити їх можливі наслідки. Душевну рану “постабортного синдрому” можна прирівняти до бомби сповільненої дії, яка в кожную хвилину може зірватися. Тому жінки після абортів потребують постійної уваги та медичної допомоги.

“Постабортний синдром” вперше описала Д. Ельбрух в своїй книзі “Ризик переривання вагітності і травма після цього”. Вона відмічає, що визначення ПАС розробила в 1985 році американський психолог і сімейний терапевт, д-р Анне С. Спекгард в своїй дисертації. Інші дослідження, які відхиляють дію “постабортного синдрому”, на її думку, не можуть обґрунтовано та переконливо заперечувати наявність цього синдрому. Потрібно завжди враховувати на чому базуються результати дослідження: на анкетах чи на довготривалому психологічному спостереженні та аналізуванні [15].

Б. Натансон, коментуючи свій фільм про аборт “Німий крик” сказав, “що другою жертвою абортів є жінка, але ніхто не сприймає серйозно її біль і навряд чи хтось навіть задумується про це” [17, 49].

М.Ю. Колпакова виділяє певні причини постабортного синдрому:

1. Втрата рідної істоти, яка продовжує жити у свідомості батьків.
2. У жінки з початком вагітності виникають гормональні зміни, які фізіологічно готують її до материнства. Страх, пов’язаний з

вагітністю, агресія, яка призводить до знищення своєї ж дитини, біль як наслідок втрати – все це викликає глибинно психологічні конфлікти, які важко вирішити.

3. Приймаючи до уваги втрату, жінка має її пережити. Приглушення болі не являється ефективним.
4. Не вирішені конфлікти переростають у ще більші труднощі. Засвоєні захисні механізми зникають, як тільки виникає новий конфлікт. Все це буде залежати від кількості минулих втрат, власного егоцентризму.
5. Як приглушений біль завжди викликає страх та гнів, так і депресія, обумовлена тривогою, зазвичай має місце в постабортному синдромі. Симптоми хвороби залежать від причин, які викликали аборт, терміну вагітності, чуттєвості жінки [36].

Н. Філіп рахує, що після аборту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини. Але прихильники абортів вважають, що жінці просто нав’язують почуття провини :

- 1 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 2 переконуючи жінку в його існуванні;
- 3 розвиваючи тему відчуття провини після аборту.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але на думку Н. Філіпа, ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після аборту. Вони бояться бути засудженими [33]. З ним погоджується і П.К. Гусак. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після аборту, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Крім того, автор наголошує, що аборт має негативний психологічний вплив не тільки на жінку, але й на медичних працівників, що виконують його як медичну процедуру [16].

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

А. Лісець , Д. Реардон, С. Стенфорд та інші сходяться на думці, що “постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [18],[24].

Нами було систематизовано основні симптоми постабортної травми та зведено до таблиці. Симптоми “постабортного синдрому” та їх характеристика представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика симптомів “постабортного синдрому”

№	Симптоми	Види проявів
1	Тривожність	В більшості жінки після абортів стають тривожними, боязкими, напруженими, вразливими, втомленими. Часто впадають в депресію, що знижує імунітет до різних хвороб. “Постабортний синдром” може мати всі ознаки сильної депресії доходячи до психозу
2	Почуття провини	Якщо не признати провини і не лікуватись – це приведе до надмірної інтенсивності життя, непотрібної активності, зловживання алкоголю та ліків. Якщо загнати її в глибину, тоді можна переконати більше інших ніж себе, що ніби то все нормально. Якщо взяти всю провину на себе, тоді депресія тільки збільшиться, що може привести до суїциду. Від провини можна також відмовитись, або частково позбутися, переглядаючи фільми жахів, або зайняти бойову позицію. Найчастіше почуття провини притаманне чуттєвим, релігійним людям. Іноді їх

		охоплює паніка, вони хочуть когось рятувати, допомагати іншим. Це призводить до того, що, вирішуючи чужі проблеми, вони не можуть владнати свої, і їх хворобливий стан ще більше погіршується. Відчуття провини може призвести до самопошкодження чи відмові від достойного людського життя. Якщо провину жінки спробувати заглушити гнівом, вона перенесе її на будь – кого іншого: чоловіка, коханця, абстрактно на всіх чоловіків, яких рахує винуватцями абортів та нещастям жінок.
3	Агресія	Психологічний конфлікт як результат абортів перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті знайшло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так : “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.
4	Реакція через рік	Багато симптомів “постабортного синдрому” інтенсивно розвиваються, серед них – біль в нижній частині живота.
5	Злість	Злість жінки проявляється по відношенню як до себе самої, так і до когось іншого, навіть до лікаря, який робив аборт. Це відчуття особливо загострено у молодих дівчат з неблагонадійних сімей, яких підштовхнули на аборт, посиляючись на їх молодість. Багато з них хотіли б дати своїй дитині те, чого вони не мали в дитинстві. Це ще більше загостило в них бажання мати дитину.
6	Раптові зміни гормонального	Під час вагітності гормони спонукають в

	циклу	організмі жінки великі фізіологічні зміни і швидке розмноження клітин в молочних залозах. Якщо жінка народжує дитину, годує її груддю, гормони діють в протилежному напрямку. Коли жінка робить аборт – збільшується ризик захворювання раком груді. З'являється відчуття порожнечі та безцільності, що легко приводить до депресії.
7	Реванш	Іноді жінкам здається, що вони – жертви аборту. Скорботні та озлоблені вони хочуть помститися : лікарю, що зробив аборт, людині, яка вмовила її перервати вагітність, чи чоловікові, від якого завагітніла.
8	Бути бажаним	Тема аборту в більшості випадків зводиться до питання : була дитина бажаною чи ні. Якщо це справа батьків – вирішувати: за чи проти, жити дитині чи ні, то через деякий час вони відчують прохолоду в своїх відносинах. Жінка намагається міцно триматись за чоловіка, створюючи посилену залежність, яку не всі витримують. Жінки після аборту часто запитують : “Ти мене ще любиш? ” Такі почуття нагадують почуття людей якими зловживали.
9	Відчуття нездійсненності	Виникає постійне бажання повернути втрачену дитину. Воно переплетене з уявними труднощами виховання наступної дитини. Через це жінка усіляко тягне з наступною вагітністю, але бажання мати дитину не проходить.
10	Страх перед материнством і батьківством	Разом з втратою контролю над руйнівним гнівом до дитини, наслідком якого став аборт, чоловіки

		і жінки бояться дітей , а тому не хочуть їх мати.
11	Порушення сну	Багато жінок мають великі проблеми зі сном. Їх мучать страшні сновидіння.
12	Цинізм	Жінка, що зробила аборт, схильна цинічно ставитись до себе та інших.
13	Недовіра	Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.
14	Криза жіночої ідентичності	Жінка, в біологічній природі якої закладена любов, здатність та бажання народжувати дітей, знищила в собі це нове життя. Вона вже не вірить в те, що вона ніжна, здатна любити та виховувати Її жіноча ідентичність знищена. Але вона все-таки намагається бути жінкою чи, навпаки, рахує, що це для неї неможливо – бути знову ніжною та жіночою, а тому стає войовничою феміністкою.
15	Проблеми виховання	Жінки, що зробили аборт, мають набагато більші проблеми зі своєю наступною дитиною, не готові годувати її груддю. Якщо дитина плаче, вони безпорадні, боязкі чи агресивні. Чим менше мати прив'язана до дитини, тим більше дитина наштовхується на злість та недбале ставлення до себе. Тому такі діти “чіпляються” за матір, боячись втратити її, а це викликає у неї ще більше роздратування та страх.
16	Нова інсценізація трагедії	Усвідомлюючи те, що конфлікти після абортів неможливо вирішити, жінка схильна повторити

		все знову. Також можливо, що абортom вона відтворює жорстокість та байдужість зі свого дитинства. Можливо вона успадковує свою матір в рішенні власних конфліктів, які виникають з її минулих хвилювань.
--	--	--

Розглянувши таблицю 1.1. ми бачимо, що найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок (як після нещасного випадку); розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти; послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”); постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами; тривале відчуття втрати та пустки, провини; депресія; страх перед покаранням, постійний острах за інших своїх дітей; втрата відчуття особистої значимості, самоагресія в різних формах; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду, перелік симптомів надзвичайно великий, ці симптоми можуть бути наявними як поодиночі, так і об’єднуватись у синдроми, що ускладнює процес лікування.

М.С.Гельдер приводить приклад, що Greer et al. (1976) на протязі 18 місяців спостерігав за 360 жінками після переривання вагітності в I триместрі за допомогою вакуум-аборту. З кожною пацієнткою перед операцією була проведена короткочасна консультація. Згідно отриманих даних лише через півтора року в психічному стані обстежуваних спостерігались значні позитивні зміни порівнюючи з періодом перед абортom; зокрема

зм'якшувалася психопатологічна симптоматика, зменшувалось почуття провини, покращувались міжособистісні сексуальні відносини [13].

Таким чином, “постабортний синдром” (травма після аборту) в світі науково досліджений та об’явлений громадськості С. Стенфорд, В. Руче, А. Шпекгарт, проф. . П. Петерсеном, М. Фурх, доктором М. Сімон та багатьма ін [3],[27]. Але, на думку З. Городенчук, мусило минути декілька десяти років з часу легалізації абортів, щоб стали помітними його наслідки для суспільства. Автор відмічає, що “з’явилась велика група жінок, які страждають від типових психологічних розладів, описаних як “постабортний стресовий розлад”. (Для порівняння – в СРСР аборт вперше легалізували 08.11.1920 р.) [14, 103].

1.4. Депресія та тривожність як основні порушення емоційної сфери в постабортний період

За даними закордонних та вітчизняних досліджень основними порушеннями в постабортний період виступають порушення емоційної сфери, переважно тривожного та депресивного кола [8],[18].

Ні одна тема, що стосується абортів, не є таким сильним табу, як та, що ненароджена дитина, на якій би стадії розвитку вона не знаходилась, є від початку людиною, а також та, що після абарту настає розплата для “матері” – докори сумління та безмежне почуття провини.

Г.І. Каплан [24] до характерних ознак постабортного розладу відносить переживання подій, пов’язаних із травмою, що, незважаючи на їх витіснення із свідомості, виявляється в нічних кошмарах і сновидіннях. При зіткненні з подією, звуком, запахом, що чимось нагадує витиснуту з свідомості ситуацію, також може відбуватися раптовий прорив цієї події у свідомість. При цьому порушується контакт із реальністю, з’являється неадекватна поведінка, що може становити соціальну небезпеку як для самої людини, так і для навколишніх. Ці зміни стосуються відсутності тонкостей в нюансах емоційних реакцій і сильніше їх вираження. Жінки придушують свої емоції, можливий “вихід” яких здійснюється в брутальній формі. У повсякденному житті таких людей характеризує прагнення до мінімізації у використанні емоцій. Їм притаманний підсвідомий страх “включення” емоційної сфери в зв’язку з передбачуваною деструктивністю [24]. На думку Л.Ф.Бурлачка і Н.В.Манцевої, жінки уникають ситуацій, що здатні нагадати їм переживання, які вони випробували. Ц.П. Короленко рахує, що для таких людей характерний відхід від стратегічного планування, у зв’язку з відсутністю настроєності на довге життя [7],[27].

Особливої уваги, та психокорекційної роботи потребують жінки із підвищеною тривожністю. У ситуації постабортного розладу вони можуть

характеризуватися неадекватним (гострим або пасивним бездіяльним) реагуванням на критичні події життя, індивідуальною схильністю до переживання фрустрацій, емоційною збудливістю, подразливості, недостатньою саморегуляцією в поведінці, зовнішньою мотивацією у виконанні професійних задач, низькою самоповагою та самооцінкою та неадекватною поведінкою у соціальній сфері, ці жінки, як правило можуть входити до груп осіб із ризиком захворювання на неврози.

У психологічній літературі термін „тривожність” є багатозначним, ним описують як певний стан індивіда в обмежений момент часу, так і стійку властивість будь – якої людини. Тому розрізняють ситуативну та особистісну тривожність як рису особистості, пов’язану з генетично детермінованими властивостями людини, які обумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження, тривоги [38].

Висока тривожність є показником дезадаптаційних переживань особистості (Я.Рейковський, О.Т. Соколова, Н.Ю. Максимова, К.Л. Мілютіна, В.М. Піскун) та емоційної нестійкості (Айсберг) [8],[31]. Надмірно високий рівень особистісної тривожності може спричинити розвиток неврозу(З.Фрейд, Ч.Спілбергер та інші) [1].

Типовою причиною виникнення тривоги є внутрішній конфлікт, який і пов’язаний з неправильним уявленням особистості про себе, свої досягнення або вчинки.

Психологічний конфлікт на фоні тривоги, як результат аборту перебуває в особистій агресивності. Примітивне бажання смерті нашло своє відображення в аборті, і воно може знову проявитись. Трапляється, що агресивність перекладають на інших. Тоді говорять так: “Я цього не зробила б. Він мене заставив”.

М. Вайтхед, П.Б. Ганнушкін, Є.К. Краснушкін сходяться на тому, що подібно тому, як ми здобуваємо імунітет до визначеної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, що пережила трагічну втрату близьких,

надалі підсвідомо уникає встановлювати з ким-небудь тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації він повівся безвідповідально, йому згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось чи за щось [9],[11],[42].

Прихильники абортів вважають, що жінці просто нав'язують почуття провини :

- 2 визначаючи “постабортний синдром” як реальність;
- 3 переконуючи жінку в його існуванні;
- 4 розвиваючи тему відчуття провини після абортів.

Деякі жінки говорять, що аборт не мав для них ніякого значення, але складається враження, що ця фраза – лише маска, щоб сховати свої страждання. Небагато жінок в змозі говорити про свою біль після абортів. Вони бояться бути засудженими. Яка жінка захоче розповісти про свою поразку, слабкість, про самий сумний день в своєму житті, коли вона не знайшла іншого виходу ніж смерть дитини? Жінки, які говорять про “полегшення” після абортів, не називають речі своїми іменами. Про яке полегшення може йти мова, якщо жінка постійно відчуває провину за скоєне? Знаючи особистий руйнівний гнів, який вилився через аборт на найбільш безпомічну істоту, жінки з недовірою відносяться до людей. Вони бояться, що ними знову будуть маніпулювати, як це вже зробили, порадивши аборт.

Обов'язок обох сторін: і прихильників, і противників абортів – попередити жінок про “постабортний синдром”. Головне – зробити це.

Симптомами “постабортного синдрому” є :

- 1 шок (як після нещасного випадку);
- 2 розлади сну, страхітливі сновидіння ;
 - болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними ;
- 2 бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю ;
- 3 погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність ;

- 4 неадекватні емоційні реакції на шум пылососа, погляд немовляти ;
- 5 послаблене емоційне світосприйняття (“емоційний робот”) ;
- 6 постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої;
- 7 спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів), відповідно відмовляє чи радить іншим робити аборт;
- 8 неодноразові аборти;
- сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; співжиття з різними партнерами;
- 9 тривале відчуття втрати та пустки, провини ;
- 10 депресія ;
- 11 страх перед покарання, постійний страх за інших своїх дітей ;
- 12 втрата відчуття особистої значимості, само агресія в різних формах;
- 13 зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками;
- 14 загроза суїциду.

Це далеко не повний список наслідків абарту, зібраний Мюнхенською консультаційною групою на основі даних американських терапевтів (Давида Реардона, Сьюзен Стенфорд та інших). Не так легко впорядкувати психосоматичні хвороби і висвітлити картину проблем після абортів. “Постабортний синдром” дуже важко прослідкувати і довести [26].

Коли в людини немає можливості розрядити внутрішнє напруження, її тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. На думку Г.І. Каплан і Колодзін, у цьому принципі, і складається механізм формування постабортного синдрому. Його симптоми – які в комплексі виглядають як психічне відхилення – насправді не що інше, як глибоко укорінена пам’ять про аборт. Вони виділяють основні клінічні симптоми, що представлені в додатках. (додаток 4).

Г.І. Каплан [24], цитуючи В. Аугена назвав сучасний світ “ерою тривоги”. Вона виявляється в кількох сферах, що представлені в таблиці 1.2.

Сфери тривоги

<i>№</i>	<i>Сфери тривоги</i>	<i>Види проявів</i>
1	Фізіологічний сфера	Ломота в спині, спазми шлунка, головні болі.
2	Психічна сфера	Постійне занепокоєння і заклопотаність, “параноїдальні” явища (наприклад необґрунтований страх переслідування).
3	Емоційна сфера	Постійні переживання, почуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини.

З таблиці 1.2. бачимо, що тривога проявляється в трьох сферах: фізіологічній, психічній та емоційній. Характеристику кожної зі сфер тривоги можна розширити, кожна з них може як переходити одна в одну, зустрічатися виключно однією, або об’єднуватися в синдроми. Безумовно кожна зі сфер тривоги потребує лікування та корекційної роботи.

Ще однією важливою складовою постабортного синдрому є депресія.

Депресія – це стан зниженого, пригніченого настрою зі спаданням психічної активності, песимізмом, апатією, своєрідними уявленнями, загальмуванням дій [55, 127].

Наслідком напруженого ритму роботи є відчуття втоми, сонливість чи безсоння, тривожність, погана концентрація уваги, втрата сенсу життя. Якщо такі симптоми зберігаються протягом декількох тижнів, це стає провідом для діагностування депресивного стану. Як вже відомо, після абортів у жінок порушується гормональний цикл, певний рівень гормонів знижується, певний навпаки підвищується. Спеціалісти вважають, що депресія прямо

пов'язана з падінням рівня серотоніну, завдяки якому виникає відчуття щастя. Однак, точно не відомо, чи то нестача серотоніну викликає депресію, чи депресія знижує рівень гормону [39].

Е. Шопер попереджує: різниця між людьми, нещасними через невдалі обставини, та хворими на депресію дуже велика. Адже депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію [8].

П.Б. Ганушкін поділив реактивні депресії на 2 групи:

1. Гострі депресивні реакції з надмірною силою афективних проявів у вигляді експлозивних вибухів. Такі стани в полі зору психіатрів опиняються лише, коли супроводжуються суїцидальними спробами.

2. Затримані депресії. Повільно розвиваються, лише через деякий час після психічної травми. Цей тип характерний для більшості хворих на реактивну депресію [11].

Бачимо якою багатогранною є депресія, а якщо врахувати, що вона є лише складовою постабортного синдрому, то можна зрозуміти наскільки серйозною є проблема постабортної травми. З даної схеми видно, що одним з симптомів депресії є емоційні порушення, саме вони є першою ознакою депресії, найчастіше це зміна настрою, що виявляється в журбі, печалі, смутку, тривозі, внутрішньому дискомфорті, напружені. Повсякденні задачі стають важкими не вирішуваними проблемами. Нелегко прийняти рішення, зосередитись, відповісти на питання, згадати потрібне.

Зникають бажання, ініціатива, не хочеться ні з ким розмовляти, залишаючись на самоті. Виникає хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, емоційного ставлення до навколишнього, нестача вольової активності. Крім ознак наведених у схемі 1.1., до критеріїв депресії можна

віднести: почуття нестриманості, жалю, відповідний і соматичний стан, зниження цікавості чи задоволення до всього, відсутність чи зниження енергійності, почуття особистої неповноцінності чи провини, зниження здатності зосередитись, періодичні випадкові думки „суїцид альні спроби [34].

До аналізу проблеми депресивних розладів звертались багато науковців, зокрема, В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлисеєв, В.Н. Синицький, ін. Розглядаючи депресію як один із симптомів постабортного періоду не можна залишити без уваги роботи К. Г. Юнга [52], який називав депресію “дамою в чорному”. На думку В. Мюллера та В. Н. Синицького [14],[39] вона досягає самих темних і безпросвітних глибин людського розпачу, коли здається, що все безглуздо і даремно.

Отже, зі сказаного можна зробити висновок, що основними складовими постабортного синдрому є тривожність та депресія, з якими жінки залишається наодинці, поза медичним закладом, кожен зі симптомів є надзвичайно важливим та вимагає лікування. Іноді, як то кажуть, можна „взяти себе в руки”, тобто мобілізувати резервні можливості організму й подолати депресію. Та, нажаль, далеко не завжди.

Висновки до першого розділу

1). На думку багатьох дослідників [18],[44] найчастіше симптомами “постабортного синдрому” можуть виступати: шок; розлади сну, страхітливі сновидіння; болісне сприйняття вагітних жінок і малят чи, навпаки, панічний страх перед ними; бажання забути, “виправити” аборт повторною вагітністю; погана концентрація чи, навпаки, гіперактивність; послаблене емоційне світосприйняття; постійні думки про аборт, агресивність по відношенню до батька дитини, лікаря який робив аборт, до всіх чоловіків, до себе самої; спроба самовиправдання (стає активним противником чи, навпаки, прихильником абортів; неодноразові аборти; сексуальна байдужність чи інші сексуальні розлади; зловживання медикаментами, алкоголем, наркотиками; загроза суїциду.

2).У жінки виникає депресія, іноді депресія після аборту настільки важка, що може призвести до самогубства. Якщо доношування вагітності втримує жінку від незворотних кроків, дає новий імпульс до життя, то переривання вагітності лише посилює депресію. Депресивні розлади починаються безпосередньо після аборту.

3). Проблема абортів поставлена у всьому світі, вона розглядається в різних контекстах: правовому, медичному, психологічному, існує надзвичайно велика кількість досліджень стосовно проблематика абортів, причин, методах подолання цього явища, але надто мало уваги приділяється жінці, яка вже зробила аборт, хоча постабортний синдром відомий у всьому світі, і об’явлений громадськості.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЖІНОК В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНИЙ ПЕРІОД)

2.1. Методики дослідження тривожності та депресії

Дане дослідження проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева протягом 5 – ти тижнів. До дослідження було залучено 40 осіб, які належать до різних соціальних груп, (20 жінок, які мають в анамнезі один або більше абортів та 20 жінок – контрольна група, вагітні жінки, які прийняли рішення народжувати попри важкі життєві обставини). Вік досліджуваних від 17 до 42 років. Вибірка досліджуваних з зазначенням ім'я, віку, професії та кількості абортів, представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Вибірка досліджуваних (експериментальна група)

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>	<i>К-ть абортів</i>
1	Оксана	42 р	Комірник	4 аборти
2	Валентина	31 р	Не працює	4 аборти
3	Коломієць О.М.	24 р	Декр. відпустка	1 аборт
4	Олена	36 р	Підприємець	5 абортів
5	Тетяна	22 р	Декр. відпустка	1 аборт
6	Поліна	19 р	Студентка	1 аборт
7	О.Р.К.	30 р	Менеджер	2 аборти
8	Марія	31 р	Декр. відпустка	7 абортів
9	В.Л.	22 р	Студентка	1 аборт
10	К.Р.В.	26 р	Акушерка	1 аборт
11	Тамара	37 р	Вчитель	2 аборти
12	Д.К.Ю.	19 р	Студентка	1 аборт

13	Ольга	18 р	Студентка	1 аборт
14	Ольга Д.	20 р	Студентка	1 аборт
15	К.	17р	Студентка	1 аборт
16	А.Р.С.	25р	Не працює	2 аборти
17	Інга	28р	Продавець	2 аборти
18	А.К.В.	38р	Менеджер	3 аборти
19	Лідія	27р	Фармацевт	1 аборт
20	Т.М.Ю.	36р	Не працює	2 аборти

Вибірка досліджуваних (контрольна група).

<i>№</i>	<i>Прізвище, ім'я.</i>	<i>Вік</i>	<i>Посада</i>
1	Марина	29	Еколог
2	Надія Василівна	37	Бухгалтер
3	С.Петрівна	28	Косметолог
4	Лідія Іванівна	30	Перукар
5	Ольга	19	Студентка
6	А.Д.	26	кравець
7	Вікторія	17	Не працює
8	Наталія	23	Санітарка
9	В.В	33	Не працює
10	Катерина	20	перукар
11	Н.В.	36	вчитель
12	Світлана Василівна	28	адміністратор
13	Юлія	21	студентка
14	Наталія	35	Не працює
15	Н.Р	32	вихователь
16	Ольга Миколаївна	25	продавець
17	Олена Дмитрівна	36	викладач
18	В.Д.	23	студентка

19	Аліна	19	Не працює
20	К.К.	33	лікар

Для діагностики психічного стану жінок, які зробили аборт та як початковий метод збору інформації використовувалась клінічна бесіда; для визначення та оцінки рівня тривожності використовуються шкала ситуативної тривожності Спілбергера – Ханіна; для визначення ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, оснований на опитувальнику В. Зунга та адаптовану Т.М.Балашовою; для визначення рівня депресії та астенічного стану використовувалась шкала астенічного стану (ШАС) розроблена Л.Д. Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою [50].

- Застосування методу клінічної бесіди у жінок.

Бесіда – це метод отримання інформації на основі вербальної (мовної) комунікації (вільний діалог між дослідником та досліджуваним). Він передбачає реєстрацію та аналіз відповідей, а також вивчення особливостей невербальної поведінки опитуваних.

Клінічна бесіда – це метод терапевтичної бесіди при наданні психологічної допомоги. В психіатрії, психоаналізі і медичній психології клінічна бесіда використовується для допомоги пацієнту в усвідомленні своїх внутрішніх конфліктів, прихованих мотивів поведінки.

На відміну від інтерв'ю, бесіда не має чіткої цілі, попереднього планування дій по збору інформації та обробку отриманих результатів. Можливість застосування даного методу в широкому діапазоні дослідницьких цілей дозволяє говорити про його універсальність.

На думку Д.С.Горбатова бесіда – один з найбільш суб'єктивних методів. В ньому дуже великий ризик отримання неправдивої, навмисно чи випадково викривленої інформації [14],[42].

З однієї сторони респондент – людина, що приймає участь в бесіді в ролі джерела інформації, - може відхилитись від істини в силу цілого комплексу причин. Серед них:

1. піддатливість реальному чи уявному тиску дослідника;
2. схильність до виявлення соціально – позитивних думок;
3. вплив на відповіді стереотипів мислення та поведінкових установок;
4. нечітке усвідомлення особистих думок, позицій та відносин;
5. незнання яких – небудь фактів, чи помилкова інформованість;
6. антипатія до дослідника;
7. сумніви в подальшому збереженні конфіденційності повідомлення;
8. усвідомлений обман чи навмисне замовчування;
9. мимовільні помилки пам'яті.

З іншої сторони, особа, що проводить бесіду також може стати суб'єктом можливих перекручувань зібраних даних [57].

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Бесіда проводилась індивідуально, окремо з кожною жінкою, протягом 2-ох днів, в окремій кімнаті, без сторонніх шумів. На початку дослідження встановлювався з досліджуваними індивідуальний контакт, для отримання щирих відповідей. Жінкам експериментальної групи в ході бесіди задавалися наступні питання: чи пам'ятає в подробицях свій (свої) аборт; який мала вік, коли його робила; чи була заміжня на той час; якою за рахунком вагітністю був аборт; чи була вагітність бажаною; кому говорила про вагітність; які відносини на час абарту мала жінка з чоловіком, матір'ю, свекрухою, їх ставлення до даної вагітності; які взаємовідносини в сім'ї; чи хто підштовхнув до абарту; який основний мотив переривання вагітності; що відчувала йдучи на аборт; які відчуття мала після абарту; як відчуває себе зараз, чи планує вагітніти в майбутньому.

Жінки контрольної групи в ході бесіди відповідали на питання про термін вагітності, бажаність вагітності, відносини в сім'ї, своє самопочуття, емоційний стан, про власні побоювання або страхи, планах пов'язаних з майбутнім життям, уявленнях про пологи та післяпологовий період. В бесіду включалися питання, направлені на виявлення особливостей протікання онтогенетичних етапів формування материнської сфери. Ставилися питання

про склад теперішньої сім'ї, про батьків, сестер та інші. Аналіз бесіди здійснювався за критеріями, направлених на виявлення трьох змінних : цінності дитини та динаміки її зміни; типів переживання вагітності та їх динаміки в період вагітності, типів материнського відношення, а також рівня тривожності у матерів. За основу взяті виділені в попередніх дослідженнях типи цінності дитини і стилі переживання вагітності і материнського відношення [6],[20].

Для аналізу психологічного стану жінки під час виношування дитини до бесіди включено ряд питань, направлених на опрацювання типу переживання вагітності. З цією ціллю включені питання про фізичні та емоційні переживання етапу дізнання про вагітність, переживання симптоматики вагітності, динаміки переживання симптоматики по триместрам вагітності, переважному фоні настрою, переживання першого ворухіння плоду, переживання ворухінь на протязі всієї вагітності. Окрім описаних вище, враховувались слідуєчі показники: дані про сприйняття жінкою змін свого самопочуття, зовнішнього вигляду, емоційного стану, інтересів, відношення до цих змін. При аналізі даних враховувалась їх динаміка по триместрам вагітності. (для жінок, які носять вагітність). На основі цих критеріїв за сукупністю показників можна виділити загальний тип переживання вагітності.

Короткі тези бесід представлені в додатках (додаток 5).

- Дослідження ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

Вимірювання тривожності, як якості особистості, особливо важливе, оскільки ця якість в багатьох випадках обумовлює поведінку суб'єкта. Відповідний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. В кожній людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні являється для неї вагомим компонентом самоконтролю та самовиховання.

Ситуативна, або реактивна, тривожність як стан характеризується

суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, хвилюванням, знервованістю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Особистості, які належать до категорії високо тривожних, схильні приймати загрозу своєї самооцінки та життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій та реагувати досить напружено, вираженим станом тривожності. На російській мові методика запропонована Ч. Спілбергером адаптована Ю.Л. Ханіним [47],[50].

Дослідження ситуативної тривожності проводилось паралельно з дослідженням ступені вираження зниженого настрою – субдипресії, на базі жіночої консультації міста Бердичева, з вагітними жінками та жінками які зробили аборт. Дослідження проводилось індивідуально з кожним з учасників. Перед початком дослідження була дана слідуючи інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає” [50]. Бланк тесту ситуативної тривожності Ч.Спілбергера представлений в додатках (додаток б).

Після заповнення бланків дослідженими, результати оброблялись з допомогою ключа:

№ тверд.	н і к о л и	і н о д і	ч а с т о	з а в ж д и
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4

13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

Кінцевий показник по даній шкалі може знаходитись від 20 до 80 балів. При тому, чим вищий кінцевий показник, тим вищий рівень тривожності. При інтерпретації результатів я орієнтувалась на слідуючи оцінки тривожності : до 30 балів – низький рівень; 31-44 бали – помірний; 45 і вище – високий рівень тривожності.

- Методика виміру ступені вираження зниженого настрою – субдипресії.

Для проведення дослідження була використана шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС), яка базується на опитувальнику В.Зунга адаптованого Т.Н. Балашовою. Шкала включає 20 тверджень, які характеризують прояв зниженого настрою – субдипресії.

Тестування жінок проводилось через 3 дні після бесіди, оскільки під час проведення бесіди я помітила, що жінки виглядають в'ялими, дещо втомленими, відчувають почуття розпачу, відчаю, і це може вплинути на результати дослідження. Шкала депресії Зунга проводилась паралельно з дослідженням тривожності Ч. Спілбергера.

Дослідження проводилось індивідуально з кожною з учасниць, в окремих, добре освітлених, ізолюваних від шуму кімнаті. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації міста Бердичева.

ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.

Для проведення дослідження були підготовлені бланки тексту. Бланк тексту представлений в додатках (Додаток 7). Кожному з досліджуваних давалася чітка інструкція : „ Уважно прочитайте кожне з приведених нижче речень і відмітьте один із чотирьох варіантів відповіді справа в залежності від того, як ви відчуваєте себе на теперішній час” [50].

Після заповнення текстового бланку проводився підрахунок балів, які

набрали досліджувани. Опитувальник нараховує 10 „прямих” (1,3,4,7,8,9,10,13,15 і 19) і 10 „зворотних” питань (2,5,6,11,12,14,16,17,18 і 20). Кожна відповідь „прямих” питань оцінюється від 1 до 4 балів (на питання „ніколи” – 1 бал, „іноді” – 2 бали, „часто” – 3 бали, „завжди” – 4 бали). „Зворотні” відповіді підраховуються окремо, і навпаки : (на питання „ніколи” – 4 бали, на питання „завжди” – 1 бал). Потім бали, які набрав досліджуваний за „прямими” ($\sum_{\text{пр}}$) і „зворотними” ($\sum_{\text{зв}}$) відповідями, сумуються, і отримується таким чином „сира” оцінка, яка переводиться в шкальну за формулою 2.1.:

$$O' = \frac{(\sum_{\text{пр}} + \sum_{\text{зв}})}{80} \times 100 \quad (2.1.)$$

Де, O' - рівень депресії, $\sum_{\text{пр}}$ – сума прямих відповідей, $\sum_{\text{зв}}$ – сума зворотних відповідей.

Нормативні дані, отримані на 200 здорових досліджуваних, вказують, що середня величина індексу зниження настрою дорівнює $40,25 \pm 5,99$ бала. Весь об'єм шкальних оцінок ділиться на чотири діапазони:

Діапазон 1 – менше 50 балів – особи, які не мають в момент обстеження зниженого настрою.

Діапазон 2 – від 51 до 59 балів – незначне, але чітко виражене зниження настрою.

Діапазон 3 – від 60 до 69 балів – значне зниження настрою.

Діапазон 4 – вище 70 балів – глибоке зниження настрою (субдипресія або депресія).

Таким чином, результати кожного досліджуваного відповідають одній із чотирьох ступенів зниження настрою.

15 Визначення ступені вираження астеничного стану

Шкала астеничного стану (ШАС) розроблена Л.Д.Малковою і адаптована Т.Г. Чертовою на базі даних клініко – психологічних спостережень та відомого опитувальника ММРІ. Шкала складається з 30 пунктів – тверджень, які відображають характеристики депресивного та

астенічного станів. Для проведення дослідження для кожного досліджуваного завчасно були підготовленні бланки для визначення астенічного стану. Бланк тесту представлений в додатках (Додаток 8).

Дослідження проводилось на наступний день після дослідження з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали субдипресії Т.Н. Балашової в окремій, добре освітленій кімнаті, без сторонніх шумів, індивідуально з кожною учасницею. Кожній учасниці дослідження давалась чітка інструкція: „Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень, і поставте відмітку справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає [50].

Після заповнення бланків досліджуваними жінками, результати оброблялись наступним чином: за відповідь ніколи – 1 бал, відповідь іноді – 2 бали, відповідь часто – 3 бали, відповідь завжди – 4 бали.

Весь діапазон шкали, таким чином включає від 30 до 120 балів. Статистичні дані, отримані на 300 здорових досліджуваних, показали, що середня величина індексу астенії дорівнює $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо прийняти результати дослідження здорових осіб за відсутність астенії, то весь об'єм шкали можна розділити на діапазони:

16 діапазон 1 від 30 до 50 балів – Відсутність астенії, та депресивних розладів.

17 діапазон 2 від 51 до 75 балів – Слабка астенія та депресія.

18 діапазон 3 від 76 до 100 балів – Помірна астенія та депресія.

19 діапазон 4 від 101 до 120 балів – Виражена астенія та депресія.

2.2. Аналіз результатів дослідження

З метою виявлення психічних розладів, переважно емоційної сфери, а також встановлення довірливих відносин, перед застосуванням тестових методик, з усіма жінками була проведена клінічна бесіда.

Аналіз результатів бесіди проводився в два етапи:

- 1 на першому етапі були проаналізовані результати обстеження жінок, які зробили аборт, виявлені цінність дитини для матері, особливості психологічного стану жінки до та після аборту.
- 2 на другому етапі були проаналізовані матеріали психологічного обстеження вагітних жінок, які планують виховувати дитину.

Базуючись на дослідженні Г.Г. Філіпової були виділені певні типи відношення до материнства у досліджуваних нами жінок. Г.Г. Філіпова відмічає що в кожній жінки існує природний інстинкт материнства, але можуть виникати певні відхилення, так зване „девіантне материнства”, до якого автор відносить відмови від материнства, жорстоке поводження з дітьми, аборти. Крім того Г.Г. Філіпова розрізняє шість типів відношення до вагітності та материнства: адекватний тип, тривожний, ейфоричний, ігноруючий, амбівалентний, заперечний [59].

На основі цих даних були виділені група жінок зі сформованою готовністю до материнства і група з ознаками не сформованої готовності до материнства.

Умовно розділено учасників дослідження на дві групи, до першої групи увійшли жінки, які мають в анамнезі аборт. До контрольної групи увійшли вагітні жінки, які планують виховувати дитину попри важкі життєві обставини.

Жінки, які мають в анамнезі аборт. Для 16 жінок, які належать до даної групи характерний тривожний тип материнського відношення. Дане

відношення характеризує: пізнє розпізнавання вагітності, з вираженим соматичним компонентом (відмічається виражена нудота, порушення апетиту, розлади травлення), навіть після аборт, яке супроводжується почуттям розчарування або неприємного здивування; у двох жінок був відмічений заперечний тип відношення до вагітності та материнства, для жінок даного типу характерне почуття розпачу, ідентифікація вагітності супроводжується з різкими негативними емоціями, вся симптоматика різко виражена і негативно фізично та емоційно забарвлена, переживання вагітності як покарання, перешкоди т.д. Думки про вагітність викликають неприємні фізіологічні відчуття, супроводжуються нудотою. У інших двох жінок, які зробили аборт відмічається ігноруючий тип відношення до вагітності. Жінки даного типу мали аборт в пізньому терміні, оскільки ідентифікували вагітність пізно. Інформація про вагітність викликала почуття розпачу та неприємного здивування, соматичний компонент виражений слабо, жінки не розрізняють фізіологічні відчуття до та на час вагітності. Думки про вагітність та дитину не виникають, на аборт жінки йшли як на звичайну медичну процедуру.

Всі жінки відчували напруження напередодні аборт, мали бажання, щоб все швидше закінчилося. З даних літератури відомо, що більшість жінок, які приймають рішення зробити аборт, виховувались в нестабільних сім'ях і з раннього дитинства мали негативний досвід міжособистісних взаємостосунків. Особистість багатьох „жінок, не готових до ефективного материнства”, формувалась у своєрідній субкультурі агресії, частина з них в дитинстві страждали від принижуючого гідність ставлення та холодного відношення зі сторони своїх батьків. Лише шість жінок (30%) характеризують свої відносини з матір'ю, як хороші. Крім того аналізуючи сімейну ситуацію жінок, які прийняли рішення зробити аборт, закордонні дослідники [40] виявили, що головним фактором, який призводить до аборт, являється нестабільність та загроза розпаду власної сім'ї жінки, а також неповна сім'я.

Перш ніж приступити до аналізу мотивів абортів, необхідно зупинитися на особливостях психологічного портрету жінки яка прийняла рішення його зробити. Ще в 30-ті роки при вивченні психологічного стану жінок, які йшли на аборт, були виявлені емоційна та психологічна незрілість, неготовність до шлюбу з причин емоційної нестабільності та егоцентризму. Це спостерігалось у жінок, які в дитинстві самі потерпали від психологічної агресії, або яким не вдалося вирішити свої дитячі конфлікти [16].

З того часу дуже мало нового прибавилось в наших знаннях про психологічний портрет жінок, які приймають рішення абортів. Більш пізні дослідження також підтвердили наявність у цих жінок, психологічної незрілості, емоційної нестійкості і нездатності до позитивного зв'язку з дитиною. Автори вважають, що в такій ситуації сама дитина як би демонструє матері неприйнятні для неї самої її власні ознаки [4],[6].

В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

Аналізуючи бесіди з жінками, в їхніх висловлюваннях можна виділити певні групи причин, що негативно впливають на жінок перед їхньою згодою на аборт. Кожна жінка називала їх кілька і представлені вони у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Причини, що спонукали жінок до абортів

Причини	Кількість жінок
аборт за медичними показниками	1 жінки
конфліктні ситуації в сім'ї	5 жінок
зовнішні негативні обставини	10 жінок

небажана вагітність	14 жінок
---------------------	----------

Розглянувши таблицю 2.2. бачимо, що на рішення зробити аборт впливає не одна причина, а комплекс. Вони можуть комбінуватися, але найчастіше серед причин жінки називають небажану вагітність та зовнішні обставини, які на них негативно впливають (це і важкий матеріальний стан, і малий інтервал між вагітностями, і важкі умови догляду за першою дитиною, і бажання продовжити навчання, та ін.).

Графічне зображення процентного співвідношення причин абортів представлено в Рис. 2.1.

Рис. 2.1.



Розглядаючи діаграму 1 можна бачити, що:

- зробили аборт за медичними показниками 1 жінки (5%);
 - мали конфліктні ситуації в сім'ї 3 жінок (15%);
 - зовнішні обставини вплинули на 11 жінок (55%);
- 20 вагітність була небажаною у 13 жінок (65%).

Перед абортom всі жінки відмічають тривожний стан, але не всі відмічають після нього певні негативні психологічні зміни. Для деяких жінок аборт виявляється вирішенням проблем. Крім того всі жінки зазначали, що не планують більше вагітніти. Всі жінки відмічали, що вони лишилися наодинці зі своїми проблемами, потребували допомоги та підтримки.

Контрольна група. Для всіх жінок даної групи характерний адекватний тип переживання вагітності: поступова конкретизація образу дитини, та уявлення його з позитивними емоціями; вираження динаміки психосоматичного стану, відповідає фізіологічній вагітності: на початку вагітності дані жінки відчували загальну слабкість, легку втому, зниження активності, в третьому триместрі дана група жінок мають хвилювання перед пологами, хоча й з нетерпінням очікують зустрічі з майбутньою дитиною. У даної групи вагітних можна простежити чітку динаміку змін у психологічному стані жінки. Перші рухи плоду вагітні відчують згідно з терміном, чітко їх диференціюють, рухи викликають в них позитивні відчуття.

Всі жінки даної групи відмічають, що вагітність була незапланованою, хоча й бажаною, чотири жінки з двадцяти мають нестабільний матеріальний стан, не працюють, незаміжні і планують виховувати дитину на одинці; дві жінки мають двох дітей від першого шлюбу, на даний час живуть цивільним шлюбom; дві жінки – студентки, не заміжні; три жінки мають вік старше 35 років. З огляду на сказане можна зробити висновок, що рішення залишити вагітність приймалося зважено, можливо не одразу.

Обробка результатів тестів проводилась в три етапи: спочатку було оброблено результати дослідження жінок шкалою депресії Зунга. Підрахунок результатів тесту проводився за формулою 2.1. Відповідним чином

оброблено результати дослідження рівня тривожності з допомогою шкали ситуативної тривожності Ч.Спілбергера. Підрахунок проводився для кожної досліджуваної окремо згідно з ключем. Аналогічно, відповідно до ключа були оброблені результати шкали астенічного настрою Л.Д. Малкової.

Таким чином підраховувались результати для всіх досліджуваних, попередньо розділивши їх на дві групи, окремо підраховувались бали жінок, які зробили аборт, і окремо підраховуємо бали вагітних жінок. Кількісні показники окремо для кожної з жінок представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	61	60	63
2.	Валентина	68	64	78
3.	Коломієць О.М.	72	71	76
4.	Олена	68	69	104
5.	Тетяна	71	49	108
6.	Поліна	40	42	79
7.	О.Р.К.	62	62	100
8.	Марія	68	68	105
9.	В.Л.	64	45	79
10.	К.Р.В.	46	41	78
11.	Тамара	60	55	104
12.	Д.К.Ю.	65	53	78
13.	Ольга	69	61	79
14.	Ольга Д.	62	47	107
15.	К.	51	38	70
16.	А.Р.С.	37	43	73
17.	Інга	62	48	106
18.	А.К.В.	32	44	70
19.	Лідія	69	63	72
20.	Т.М.Ю.	59	49	69

Відповідно до таблиці 2.3., для подальшої роботи з отриманими результатами виведемо середнє арифметичне для кожного психологічного

стану за формулою 2.1.

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (2.1.)$$

Середній рівень депресії $O' = 62,7$. Середній рівень тривожності $= 51,3$. Середній рівень ступені вираження астенічного стану (АС) для жінок, які зробили аборт $= 81$.

Відповідним чином підрахуємо бали кожної методики для групи жінок, які носять вагітність. Кількісні показники представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для вагітних жінок (контрольна група)

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (O')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Марина	46	36	50
2.	Надія Василівна	37	38	38
3.	С. Петрівна	38	34	45
4.	Лідія Іванівна	35	30	52
5.	Ольга	40	30	38
6.	А.Д.	48	50	40
7.	Вікторія	45	30	71
8.	Наталія	52	32	39
9.	В.В.	47	33	69
10.	Катерина	39	40	62
11.	Н.В.	53	42	70
12.	Світлана Василівна	43	29	54
13.	Юлія	49	41	39
14.	В.В.	47	27	55
15.	Н.Р.	38	32	49
16.	Ольга Миколаївна	58	43	78
17.	Олена Дмитрівна	41	31	47
18.	В.Д.	49	40	57
19.	Аліна	52	47	76
20.	К.К.	40	34	53

З метою порівняння кількісних показників обох груп та проведення якісного аналізу, необхідно вивести середнє арифметичне для кожного з показників представлених в таблиці 2.4.

Середній рівень депресії для групи вагітних жінок (O') = **45,3**.

Середній рівень тривожності для даної групи жінок (CT) = **36,7**.

Середній показник астеничного стану (AC) = **54,1**.

Дане дослідження було проведене з метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, що зробили аборт, яке полягало у дослідженні тривожності, наявності депресії та астеничного стану. Після підрахунку результатів, як можна побачити з таблиці 2.3. кількісні показники експериментальної групи дещо відрізняються від контрольної, це свідчить про те, що у вагітних жінок не спостерігається порушень в емоційній сфері. Як бачимо з таблиці 2.5. рівень депресії, який вимірювався з допомогою опитувальника В.Зунга, становить 62,7, це значить, що у всіх жінок даної групи на момент обстеження був виявлений значно знижений настрій та помірний рівень депресії, даний показник депресії характеризує стійкі зміни в емоційному стані, жінок даної групи характеризує відчуття втоми, погана концентрація уваги, апатія, незацікавленість у вподобаних раніше заняттях, відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження. Даний показник депресії свідчить про хворобливе відчуття втрати почуттів до близьких, почуття власної замінності та нікчемності. Показники ж контрольної групи рівня депресії (45,3) свідчать, що у жінок з даної групи не спостерігається зниженого настрою та жодних проявів депресії. Як можна простежити з таблиці 2.5., показники тривожності в жінок, що зробили аборт (51,3), також значно перевищують показники контрольної групи (36,7), таким чином можна відмітити що у жінок, у постабортний період спостерігається високий рівень тривожності, це свідчить про нестачу вольової активності, похмура оцінка свого стану переноситься на події минулого, які видаються ланцюгом суцільних помилок та невдач. З'являється хворобливе відчуття провини

перед близькими. Майбутнє здається безрадісним та безперспективним. Даний показник характеризується підвищеною вразливістю, на найменшу критику виникає відчай, плаксивість. Показники ж контрольної вказують на помірний рівень тривожності, що не приносить особливих хворобливих переживань. Тривожність проявляється в основному питань, які стосуються майбутнього. Відповідне співвідношення простежується і з показниками астенічного стану, як бачимо з таблиці 2.3., показники астенічного стану експериментальної групи (81) також значно перевищують показники контрольної (54,1), це вказує, що у досліджуваних жінок, які зробили аборт відмічається помірна астенія та депресія, у жінок контрольної групи депресивних розладів та астенії не спостерігається взагалі.

Таблиця 2.5.

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	62,7	51,3	81
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Результати даного дослідження можна порівняти з проведенням аналогічним дослідженням М.Ю. Колпакової, її дослідження було проведене серед 1000 жінок на базі однієї з жіночих консультацій Москви. Кількісні показники тривожності, депресії та вираження астенічного стану представлені в таблиці 2.6. Як бачимо з таблиці показники жінок, що зробили аборт перевищують показники контрольної групи, це значить, що жінок експериментальної групи відрізняє високий рівень тривожності, наявність депресії та незадоволеність собою.

Таблиця 2.6..

Реактивна тривожність, депресія та ступінь вираження астенічного стану. (порівняльний аналіз) за М.Ю.Колпаковою

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астенічного стану
Жінки, що зробили аборт	56,5	52,1	78,8
Контрольна група	37,3	32,2	51,3

Отже, можна зробити висновок, що проведене дослідження та дослідження М.Ю. Колпакової вказують, що у всіх жінок, які зробили аборт спостерігається виражена тривога, наявність депресії, невпевненість в собі, незадоволення вагітністю. Дані проведених тестів у всіх випадках поєднуються з відхиленням від адекватного стилю переживання вагітності, з нестабільною сімейною ситуацією, з негативним відношенням до змін у власному організмі та незадоволенням відносин з оточуючими, з відхиленням від адекватного сприйняття цінності дитини, з відхиленням від адекватного типу материнського відношення.

Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання, хоча досліджуваних було попереджено, що інформація отримана в ході дослідження буде конфіденційною, більшість учасниць вирішили свої прізвища написати тільки у вигляді ініціалів і підписи на бланках тексту не ставились.

Висновки до другого розділу

1). Проведене дослідження показало, що після аборт у особистості жінки, в її свідомості та самосвідомості виникають певні зміни. Отримані дані підтверджують, що після аборт у жінок виникають розлади емоційної сфери. Проведення з жінками бесіди вказує, що у більшості жінок (80%) спостерігається тривожне ставлення до вагітності, у 10% жінок відмічається заперечний тип реагування на вагітність, та у 10% - ігноруюче ставлення до вагітності. В ході бесіди було встановлено, що прийняття рішення зробити аборт виникає не одразу, в цей час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому.

2). За результатами тестових методик, можна відмітити високі показники тривожності та депресії у всіх жінок, які зробили аборт. Як уже зазначалося з даних літератури, перелік як фізіологічних так і психологічних розладів в постабортний період надзвичайно широкий, наше дослідження з допомогою тестових методик це підтвердило. У всіх жінок, які зробили аборт виникає значно знижений настрій та високі показники тривожності, депресії та астеничного стану

3). Результати дослідження вказують, що жінки, які зробили аборт, емоційно незрілі особистості, яках відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, почуття спустошеності, відчай, апатія, почуття журби, смутку, наявність астеничного та депресивного станів. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття недовіри собі та оточуючим, їх відрізняє неспроможність контролювати свої імпульси. Саме тому всі жінки з експериментальної групи потребують проведення психокорекційної роботи по зниженню тривожності та усуненню постабортних розладів.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК У СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ (ПОСТАБОРТНА ТРАВМА) ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

3.1. Проведення психокорекційної роботи по усуненню постабортних наслідків

Результати експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності.

До початку комплектації групи була розроблена програма тренінгу, яка розкриває основні цілі, структурні компоненти, мету та завдання тренінгових занять а також короткі характеристики кожної з вправ. Програма проведення психокорекційного тренінгу представлена в таблиці 3.1. Більш повна характеристика з описом мети, техніки проведення вправ представлена в додатках (додаток 9). Для отримання згоди щодо проведення тренінгу програма була представлена керівництву закладу в якому проводились заняття, а також кожному з учасників тренінгу.

Таблиця 3.1..

Програма тренінгу „Актуалізація динамічних перетворень у мотиваційній сфері жінок з підвищеною тривожністю”

Основні етапи, структурні компоненти тренінгу, їх мета і основні завдання	Тривалість
<i>Підготовчий етап. Мета: сформувати мотивовану групу учасників тренінгу.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Знайомство” – створення дружньої атмосфери.	10 – 15 хв.
2. Вправа „Самопрезентація” – вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.	20 – 30 хв.
3. Вправа „Радість” – переживання учасниками групи найприємніших подій життя.	20 – 25 хв.
4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” – арттерапевтична робота в групі.	30 – 40 хв.
5. Підведення підсумків ведучим тренінгової групи	20 -25 хв.

Основний етап. Мета: формування досвіду особистісних змін.	15 – 20 хв.
1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” – виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч.	20 - 25 хв.
2. Вправа „Психодрама субособистостей” – аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів потреб.	40 – 60 хв.
3. Вправа „Сліпі і поводитир” – підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.	25 -30 хв.
4. Вправа „Коло впевненості” – вправляння і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, посилення почуття впевненості в собі.	25 – 30 хв.
5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” обговорення найбільш важливих цілей та прагнень	20 – 25 хв.
6. Вправа ”Моделювання сценаріїв життя” – обговорення індивідуальних способів рішень виникаючих проблем.	20 – 30 хв.
7. Вправа „Мій успіх в минулому” (використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулими успіхами, для формування нових мотиваційних відносин з допомогою прийому мотиваційного переключення).	25 – 30 хв.
8. Вправа „Втримати рівновагу” – вправа на формування впевненості у собі, вияв внутрішніх конфліктів	15 – 20 хв.
9. Вправа „Уникнення невдач” – аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдач, пояснення механізмів психологічного захисту.	20 – 25 хв.
10.„Місто впевненості” – вправа на аналіз поведінки невпевненої в собі людини.	25 – 30 хв.
11.Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” – ознайомлення з техніками подолання страхів, тривоги, хвилювання.	25 – 35 хв.
12.Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” – навчання адекватному вибору завдання середньої складності.	25 – 40 хв.
13.Вправа „Я – господар” – ознайомлення із особливостями поведінки впевненої у собі людини.	20 – 30 хв.
14.Вправа „Емоції у моєму тілі” – аналіз особливостей власних переживань і прояву емоцій учасниками тренінгу.	20 – 25 хв.
15.Вправа „Позбався образу невдахи” – аналіз причин виникнення депресії.	20 – 25 хв.
16.Вправа „Скривджена людини” – аналіз групою реагування на кривду впевненої і невпевненої людини.	15 – 25 хв.
17.Вправа „Моє відображення” – аналіз само відношення.	10 – 30 хв.
18.Вправа „Мої цінності” – аналіз інструментальних цінностей.	10 – 30 хв.
19.„Точка опору” – розкриття сильних сторін особистості.	25 – 30 хв.
20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” – аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.	25 – 30 хв.
21.Вправа „Подолання звинувачення” – корекція самооцінки.	25 – 30 хв.
22.Вправа „Що я відчуваю” – вправляння учасників тренінгу в	25 – 35 хв.

самоаналізі своїх психічних станів.	20 – 25 хв.
23.Вправа „Подолання” – аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного вирішення проблем.	15 – 25 хв.
24.Вправа „Прийняття критики” – корекція самооцінки.	25 – 30 хв.
25.Вправа „Відстоювання своєї думки” – Корекція самооцінки.	20 – 25 хв.
26.Вправа „Зворотній зв’язок” – навчання вмінню усвідомлювати власні переживання та переживання інших людей.	25 – 30 хв.
27.Підведення підсумків соціально – психологічної роботи по формування мотиваційного розвитку і саморозвитку.	25 – 30 хв.
	10 – 15 хв.
<i>Завершальний етап. Мета: підвести учасників групи соціально – психологічного тренінгу до усвідомлення наявності сформованих у них особистісних змін.</i>	2 – 3 год.
1. Вправа „Казка” (жінкам пропонується скласти казку до і після тренінгу) – аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.	40 – 60 хв.
2. Вправа „Зворотній зв’язок” Учасникам групи пропонується поділити свої враженнями, щодо тренінгу.	10 – 15 хв.

[13].

Технологія проведення тренінгу:

1. Тренінг проводився ведучим.
2. Введення у проблематику тренінгу здійснювалось під час ознайомлення з програмою та отриманням згоди на участь у тренінгових заняттях;
3. Формувалась готовність до взаємного співробітництва, мотивація досягнення задач тренінгу;
4. Здійснювалась корекція деструктивних станів та засвоєння психотехнік нової поведінки.

Комплектація груп і тривалість тренінгу:

Дослідження показують, що психологічний тренінг більш ефективний тоді, коли група неоднорідна за професійним складом, захопленнями, тобто доцільно комплектувати групу з представників різних професій. В тренінговій роботі взяли участь 20 жінок експериментальної групи (які зробили аборт), із наявністю високих показників депресії, тривожності та астеничного стану, що можуть зумовлювати дезадаптивне переживання

труднощів. За соціальним статусом група є однорідною. В індивідуально – психологічному аспекті група неоднорідна, завдяки цьому індивідами з емоційно – експресивним стилем спілкування отримують досвід взаємовідносин з людьми більш раціонального складу мислення і навпаки. Програма психокорекційного тренінгу для жінок, які зробили аборт, підпорядкована меті тренінгу – формування нових особистісних конструктивних станів на протидію деструктивним; завданням – розвиток і корекція уявлень учасників групи про себе, корекція тривожної поведінки, формування емоційної стійкості в кризових умовах існування, корекція психологічних захисних механізмів, пізнання інших людей та формування гуманістичної установки по відношенню до них.

У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- 21 формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;
- 22 корекція самооцінки;
- 23 зниження тривожності;
- 24 формування мотиваційних диспозицій;
- 25 побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Формування таких особистісних змін проводилось на базі жіночої консультації м. Бердичева. Тривалість тренінгу була – 5 занять по 4 години і 2 заняття по 2 години (всього 24 години).

Тренінг проводився в окремому, світлому приміщенні без сторонніх шумів.

Звернемось до отриманих даних психологічного дослідження обох груп. Так на основі дослідження відмічено що середній показник тривожності групи жінок, що зробили аборт складає 52,1, показник тривожності контрольної групи становить 32,2. Це свідчить про те, що жінки контрольної групи мають якісно адаптаційний психологічний зміст, низький рівень тривожності відсутність депресії, на відсутність астеничного стану. Мета заключного етапу експериментального дослідження полягала в проведенні порівняльного аналізу якісних і кількісних результатів

експерименту в учасників основної та контрольної груп, що дозволили визначити динаміку ефективності особистісних змін жінок. З цією ціллю проаналізовано динаміку тривожності та депресії в експериментальній та контрольній групах після психологічного впливу.

Психокорекційна програма експерименту спрямована на спонукання розвитку життєвих цінностей, по відношенню до материнства, переосмислення мотивів поведінки.

**Проведення тренінгової психокорекційної роботи ґрунтується на
таких соціально – психологічних методах:**

Групова дискусія – спосіб організації спілкування учасників групи, який дозволяє спів ставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін. Зміст дискусії – біографічний, група аналізує труднощі особистісного переживання кризових та проблемних станів в процесі трансформації елементів ціннісно – смислової сфери особистості, який відбувається в її індивідуальному досвіді пізнання загальнолюдських ціннісних універсалій.

Аналіз конкретних ситуацій – цей метод сприяє формуванню та розвитку творчих здібностей особистості, які допомагають їй протистояти внутрішнім (глибинним) та зовнішнім (соціальним) регресивним тенденціям. Цей метод сприяє акумуляції досвіду подолання кризових станів.

Рольова гра – метод з допомогою якого моделюються ситуації подолання особистістю тривоги та депресії, що дозволяє актуалізувати в ціннісно – смисловій сфері зміни, пов'язані з набуттям нового досвіду суб'єктивної готовності до переживання депресії та активно протистояти кризовим ситуаціям.

Психодрама – один з активних методів групової психокорекції, при використанні якого учасники виконують ті соціальні ролі, що пов'язані з моделюванням кризових життєвих ситуацій, мають особистісний смисл. На відміну від зовнішньої рольової гри в ході псих одрами усуваються неадекватні емоційні реакції і внутрішній конфлікт учасників. Якщо в ході класичної ролевої гри її учасники діють за жорстко заданим сценарієм, то в

процесі психодрами задаються лише загальні вимоги до ролі, при цьому заохочується творчість та здатність виражати свої думки і почуття відносно життєвих ситуацій, які є найбільш кризовими, оскільки впливають на повноцінне індивідуальне втілення людського буття [48].

Основні принципи проведення психокорекційного тренінгу:

Основні принципи проведення тренінгу відповідають теоретичним та методичним положенням, які лежать в основі гуманістичного напрямку психотерапії та розкривають ті психологічні механізми, які сприяють розвитку і корекції особистості і виступають основними правилами проведення тренінгу його учасниками і ведучим – тренером. Можна відмітити в них такі основні принципи згідно з якими будувався даний психокорекційний тренінг:

1. Принцип гуманістичного відношення до особистості, який виражається в ставленні один до одного з повагою, в прийнятті людей такими, якими вони є, без намагань їх „перевиховати”. Кожен учасник тренінгової групи має право говорити про те, як він сприймає іншого, які почуття в нього виникають в зв'язку з поведінкою і висловлюваннями партнерів. Група допомагає учасникам усвідомити рівень свого психологічного розвитку. Участь у тренінгу і виконання окремих тренінгових вправ є для учасників добровільним. Але якщо учасники дуже часто ним користуються вони збіднюють самих себе. Загальний принцип гуманності передбачає психологічну захищеність особистості, її впевненість в тому, що особистісно – конфіденційна інформація не стане предметом обговорення поза групою.
2. Принцип саморозкриття та самоусвідомлення. Розкриття свого „Я” (внутрішнього світу) перед іншими членами групи є ознакою сильної і здорової особистості. Як підкреслює К. Рудестам, „можливість відкрити свою душу іншому сприяє психотерапевтичному ефекту”. В умовах психологічного тренінгу між учасниками встановлюються

близькі, довірливі відносини.

3. Принцип „тут і тепер”. Учасники групи аналізують не те, що було раніше, а ті події, які є особистісно значущими для людини в даний момент. Це один з центральних принципів групової психотерапії, який сприяє вивільненню негативних переживань, розвиває психологічну чуттєвість, підвищує усвідомлення самого себе, розвиває більш позитивну Я – концепцію, допомагає здобути віру в себе.
4. Принцип „зворотного зв’язку”. Ефективність цього принципу полягає в можливості учасників психологічного тренінгу інформувати один одного про вплив їхньої поведінки на діяльність групи, допомагає більш адекватно сприймати і розуміти отриману інформацію, більш успішно контролювати неадекватну поведінку. Зворотній зв’язок є більш ефективним тоді, коли він не містить прямих оцінкових суджень: наприклад, доцільніше сказати „ти три рази мене перебив...” замість „ти нестримана людина”. Сам по собі „зворотній зв’язок” між людьми має тенденцію до розвитку тісних контактів [13].

Мета тренінгу – корекція стратегій подолання криз особистісного становлення, що реалізуються в „невротичних” способах їх подолання, а також формування особистісних змін за рахунок подолання депресії, зниження тривожності та астеничного стану.

Психотерапевтичні вправи – завдання для групи, які виконуються в довільній формі і сприяють зняттю емоційної напруги, прискорюють процес згуртованості групи, дають можливість прояву тих індивідуально – психологічних відмінностей, які потребують розвитку і корекції.

Від членів групи вимагалось виражати свої почуття, прямо просити про те чого їм хочеться, відводити час для вирішення своїх проблем, говорити оточуючим, як ті на них впливають, приймати участь у конфліктах і приймати самостійні рішення. Всіх учасників групи було попереджено, про необхідність відвідування кожного тренінгового заняття, оскільки їх відсутність впливає на роботу групи в цілому, учасникам нагадувалось, що

вони знаходяться в групі, щоб більше дізнатися про себе, покращити свій емоційний стан, а не з цілю зблизитися з будь-ким , уникнути самотності. Учасникам пояснювалось, що вони мають намагатися поводитися не інакше ніж вони звикли, на час проходження тренінгових занять всім учасникам заборонялось приймати алкоголь, наркотики та хімічні препарати. Описані правила були роздруковані та роздані всім учасникам до його початку

У психокорекційній програмі були використані вправи тренінгу С.С. Канюка, та тренінгу І.Г. Малкіної – Пих, перероблені і доповнені. М. Пилипенко [20],[32].

Розглянемо окремі варіанти групових психокорекційних вправ, спрямованих на зниження тривожності у жінок експериментальної групи.

Так, вступна бесіда – дискусія „ Я і мої проблеми” на початку одного з занять була присвячена ознайомленню жінок з формуванням тривожності, підвищенню стійкості щодо кризових ситуацій. Особлива увага зосереджувалась на необхідності усвідомлення власних особистісних характеристик, емоційних причин своїх проблем, можливих способів їх подолання та переорієнтації негативного ставлення до себе на позитивне з метою зняття емоційного напруження, позбавлення тривожності.

Після проведення і закріплення бесіди застосовувалось практичне вправляння сформованих умінь з метою зменшення рівня тривожності за допомогою арсеналу психотехнік

Звернемось до прикладу. Психотехніка „Як я долала свій стан тривоги” та „ Як я долаю свій стан тривоги зараз” дає можливість ознайомити жінок з різними способами подолання тривожності. При цьому кожен з учасників повинен був розповісти про свій позитивний та негативний досвід подолання тривожності, визначити найприємніше та найбільш негативне, дати їм аналіз і пригадати ситуації, в яких вони виявлялися в минулому і теперішньому часі. Як відомо, у добре адаптованих досліджуваних сильний розрив між „Я в минулому” та „ Я зараз”.

Надалі акцентувалася увага жінок на тому, що дуже важливо для

зниження тривожності у критичних ситуаціях:

26 навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття і настрої;

27 набути навичок і вмінь контролювати і керувати своєю поведінкою;

28 розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення [19].

У проведені психотехніки „Мої емоції і почуття” одні жінки зосереджувались на індивідуальному відтворенні у невербальній формі певних емоцій і почуттів а інші визначали, з якою емоцією чи почуттям ідентифікував себе той чи інший учасник. Наприкінці виконання завдання робився висновок про те, що тривожність, можна навчитися знижувати лише після того, коли усвідомлюєш її присутність у формі суб’єктивних емоційних відчуттів і очікуєш найнеприємніших подій, програмуючи себе на участь у вже визначених тобою життєвих сценаріях.

Тому слідом за виконанням описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши свою програму подолання тривоги”.

Жінкам була запропонована вправа „Переробка”, розроблена на основі психокорекційних вправ, запропонованих І.В. Ващенком, О.Г. Антоною [8]. Завданням вправи є „переробка” вражень від подій, зменшення індивідуальної і групової напруги власних патологічних реакцій, посилення групової підтримки, визначення засобів допомоги на випадок виникнення кризових ситуацій.

Одне із наступних занять розпочалося бесідою – дискусією „Як ти долаєш свій страх”, яка була спрямована на виявлення та усвідомлення досліджуваними власної тривоги і страхів, їх впливу на ефективність навчальної діяльності, причини виникнення.

Жінки із задоволенням виконували вправу „Продавець”, долаючи стан ситуативної та особистісної тривожності завдяки її усуненню внаслідок розповідання всім про свої емоційні стани і неприємні спогади їх переживання та подолання, тобто – продавати. Переможцем визначався той

учасник, який продав найбільше засобів подолання негативних емоційних станів і набрав найбільшу кількість балів.

Жінки прийшли до висновку, що у стані тривоги слід зосереджуватись на позитив, а не на думках і уявленнях про можливі неприємності і невдачу.

Зупинимося на характеристиці окремих психотехнік, метою проведення яких було підсилення та актуалізація мотиву досягнення успіху. З цією метою жінкам було запропоновано психотехніку „Запозичення позитивних якостей”. Спочатку перед виконанням завдання жінкам ставилось питання: „Як ви думаєте, що робить Вас впевненими?” Надалі пропонується записати 20 речень, в яких є різні способи збільшення впевненості в собі, а потім перенести вміння подолати страх у сферу невдач.

Досить дієвими виявилися малюнкові техніки „Я та мої проблеми” та „Мій автопортрет”, метою проведення яких було усвідомлення жінками своїх негативних і позитивних рис, які можуть виступати фактором поглиблення переживання труднощів у житті і професійній діяльності або можуть сприяти конструктивному їх подоланню індивідом. Для виявлення домінуючих рис з допомогою проєктивних психотехнік жінкам було запропоновано відтворити різні ситуації і бачення своєї особистості у формі малюнку через три місяці після останнього аборту.

Після проведення малюнкових психотехнік організувалася бесіда „Мій досвід у переборюванні труднощів”, у процесі якої зазначалося, що поміж людьми існують відмінності в реагуванні на різні стресові ситуації.

На заняттях було проаналізовано, що властивостями впевненої в собі особи, з низьким рівнем тривоги є схильність сильно захоплюватися роботою, потреба шукати нові шляхи вирішення проблем, готовність приймати допомогу і допомагати іншим у проблемних ситуаціях, щоб спільно пережити радість успіху

Основні етапи, та детальний опис структурних компонентів тренінгу, їх мета і завдання представлені в додатках (додаток 9).

ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ.

Підготовчий етап (2 – 3 год.).

Оскільки середовище в якому знаходяться досліджувані впливає на атмосферу в групі, для проведення тренінгу була підібрана світла, простора кімната, достатньо великих розмірів, без сторонніх шумів, всі учасники розсаджувались на стільцях по колу так, щоб забезпечувався зоровий контакт і досягалася певна близькість. На цій стадії відбувається ознайомлення учасників з цілями і завданнями тренінгу та принципами роботи групи. Учасники знайомляться один з одним. Метою даного етапу тренінгової роботи є створення дружньої і творчої атмосфери, зниження рівня психологічного захисту учасників групи, засвоєння групових норм і правил, створення в групі психологічної атмосфери, сприятливої для самопізнання і самореалізації, розвиток гуманістичної установки по відношенню до інших людей, створення атмосфери взаємної довіри, зниження емоційної напруги між учасниками, ознайомлення із основними правилами групової роботи. Цей етап дуже важливий, оскільки в ньому формується групова ідентичність. На цьому етапі тренінгової роботи групі пропонується ряд технік, які допомагають розпочати роботу і перебороти певні страхи. Під час першої сесії ми просимо членів групи оцінити для себе кожного з присутніх. Ми просимо мовчки сфокусуватися на враженнях від кожного учасника. Ми постійно підкреслюємо, що зараз не будемо просити їх розповісти про свої реакції. Нашою ціллю є дати можливість учасникам окремі ділитися з думками та почуттями, які виникають у них в новому середовищі. На цій стадії групової роботи учасники розподіляються за ролями, утворюють силові структури і альянси, виявляють свою ідентичність, перевіряють ведучого і інших учасників тренінгу. Від вдало проведеного початкового етапу залежить чи залишаться група в початковому складі до закінчення роботи, чи зможуть учасники розкрити свої проблеми, зрозуміти важливість даної проблематики. На даному етапі були проведені такі психокорекційні вправи

як: „знайомство”, „самопрезентація”, „радість”, „груповий малюнок”. Детальна характеристика вправ з описом мети, інструкції представлена в додатках (додаток 9).

Підведення підсумків підготовчого етапу. (20 – 25 хв.)

Завершенням даної роботи є глибинно аналітичний аналіз когнітивного простору учасників групи у процесі роботи. Питання ставились слідуючі: Що ви відчували у процесі роботи по відношенню до самої себе? – Що ви відчували по відношенню до інших? – Чи змінились ваші сприйняття труднощів? – В якій мірі Ви задоволені заняттям? – Ваші домінуючі емоції в даний час? – Що в роботі СПТ вам сподобалось? – Як би вам хотілося змінитися до початку наступної сесії. Даний етап тренінгу включає принципи рефлексії для покращення розуміння кожним учасником самого себе [69].

Основний етап (15 – 20 год.) Мета: формування досвіду особистісних змін під впливом психокорекції в умовах моделювання кризової ситуації. Заняття відносять до основного етапу роботи з групою. Як і попередні він включає ті вправи, які створюють „терапевтичну атмосферу в групі”, після чого група переходить до обговорення життєвих проблем, в ході чого виявляються найбільш значимі особистісні реакції кожного учасника групи, який переживає дані проблеми. До них можна віднести низький або занижений рівень самооцінки, невпевненість в собі, страхи, схильність до самозвинувачення, висока тривожність, інфантильність та незрілість особистості.

Такі індивідуальні особливості виявляються в ході виконання учасниками тренінгу завдання „опиши свій стан у кризі”. В процесі його здійснення група приходить до висновку, що поява нових здібностей щодо подолання кризових станів людиною взагалі пов’язана з депресивним розвитком, оскільки особистісний розвиток – це і є наслідок переживання стресу, інтелектуального напруження під час вирішення життєвих проблем. Часто після переживання кризи люди стають більш терплячими, уважними, тактовними, вдумливими, обережними. Тому будь – які кризові зміни в житті

можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя. Група приходить до висновку, що психологічно вигідно не впасти в депресію, а свідомо активізувати самого себе і націлити на активне вирішення виникаючої проблеми. В ході даного етапу роботи з групою проводились такі вправи як: „Виявлення життєвих цінностей” „Психодрама субособистостей”, „Сліпий і поводитир”, „Коло впевненості”, вправа „Що я хочу досягти”, „Уникнення невдач”, „Місто впевненості”, „Емоції у моєму тілі”, „Прийняття критики” [33]. Більшість проведених вправ передбачають, що в завдання тренера не входить покращення самопочуття даної групи жінок або вирішення їх проблем. Вони мають самостійно працювати над своїми проблемами, і виходити з того стану в якому вони знаходяться. Однак нами формувались умови, в яких члени групи, поглиблюючи і впорядковуючи свої думки та почуття, будуть більш спроможні до досягнення змін. Самоаналізу неможливо навчити, втішаючи та даючи поради, але учасників можна побудити дослідити їх власні проблеми – для цього їх перш за все потрібно поважати і вислухати. Проведені вправи забезпечують групі можливість викласти свої проблеми (чого може не бути в щоденному житті) і віднайти зв'язок між наявними проблемами і минулими переживаннями. На цій стадії ми зосереджені на тому, щоб створити між учасниками зв'язок, виділяючи та пропрацьовуючи в групі спільні питання. Нами слідувалось щоб кожен учасник групи однаково приймав участь у її роботі. Було відмічено що в початкових сесіях в роботу групи одразу включались лише певна кількість людей, інші на питання відповідали на зразок – „ Я не знаю що можна сказати”, - „ Я не хочу давати відповідь на це питання”. На наступних сесіях всі учасники охоче розпочинали роботу в групі або самостійно виносять на загальне питання які б вони хотіли обговорити. Крім того вони переносять проблеми з минулого в теперішнє, спілкуючись з важливими в їх житті людьми символічно так, якби ті знаходились в кімнаті. Члени групи також готові спілкуватися один з одним прямо та по суті, включаючи епізоди конфронтації . Група спроможна розпізнати конфлікт, і

учасники знають, що їм не потрібно його уникати. Така поведінка в цілому відрізняється від тої, до якої вони звикли за межами групи. Спілкування в групі характеризується вільним обміном реплік між учасниками. Роботу групи можна порівняти з оркестром, де окремі учасники прислуховуються один до одного і продуктивно працюють разом, не забуваючи слідкувати за підказками диригента. Учасники групи не бояться за те, що оточуючі не приймуть їхні висловлювання, оскільки бачили, як група приймала людей, які розкривали свої таємні сторони. Всі учасники готові спробувати інтегрувати думки, почуття і поведінку в повсякденному житті. Учасники групи спільно розробили спільноту, основу на довірі, і відносяться один до одного з повагою та піклуванням, чого не відмічалось на початковій стадії. Закінчується даний етап групової роботи вправою „Подарунок” (15 – 20 хв.). Всі учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття та участь у тренінгу”, це може бути зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця) [48].

Підведення підсумків психологічної роботи проводилось з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

III. Завершальний етап (2 – 3 год.).

Метою даного етапу роботи є: підвести учасників тренінгу до усвідомлення про наявність сформованих у них особистісних змін.

Початок роботи та її завершення являються, можливо, найголовнішими фазами в житті групи: початок – тому, що задається спільний тон, а кінець – тому, що підводяться підсумки навчання і, як правило, формується план конкретних дій. Доцільно буде підкреслити, що члени групи намагаються перенести набуте на сесіях в повсякденне життя. Коли група наближається до фіналу – на передостанньому занятті, – учасники обговорюють почуття, які в них виникають в зв'язку з закінченням тренінгу.

Учасникам було запропоновано подумати над змінами, які б вони хотіли побачити в собі через шість місяців, через рік і через п'ять років, потім їм пропонувалося уявити, що в один з перерахованих моментів група збирається в повному складі, і сказати, що їм більш за все захочеться розповість іншим. На даному етапі роботи жінки виконували наступні вправи: вправа „Казка” (40 – 60 хв.), (учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смислового просторі кожної жінки). Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10). Та вправа „Зворотній зв'язок” (10 – 15 хв.). Метою даної вправи є груповий аналіз вражень від тренінгу. Учасникам групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”[68].

В кінці тренінгу кожний з учасників підсумовував для себе значення проведеної роботи. Всім учасникам задавались наступні питання: - Чи не могли б Ви підсумувати, що для вас значив цей тренінг? – Назвіть найголовніше, що ви зрозуміли з проведених зустрічей? – Що нового Ви дізналися про себе?

Закінчується зустріч тим, що група стає в коло, і учасники тренінгу разом з потисканням рук передають один одному свої враження: „Я вдячна тобі за те, що...”, „Я зрозуміла, що ти для мене...”.

3.2. Дослідження емоційного стану жінок після психокорекції

Після закінчення психокорекційної роботи в експериментальній та контрольних групах був проведений контрольний зріз, завдання якого полягало у виявленні динаміки тривожності та депресії. З жінками експериментальної групи після проведення тренінгу була проведена бесіда, крім того жінки досліджувались з допомогою методик: опитувальника Ч. Спілбергера, опитувальника депресії В.Зунга, та дослідження ступені вираження астеничного стану. Показники жінок порівнювались між собою до та після проведення психокорекційної роботи, а також з показниками контрольної групи.

Аналізуючи бесіду з жінками експериментальної групи, було відмічене значне покращення емоційного стану, кожна жінка чітко відповідала на виникаючі запитання, виглядала впевнено. Всі жінки відмічають, що після проведення тренінгу, для них стали більш значимими цінності кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання. На питання: - „Чи планують вагітніти надалі”, 9 жінок відповіли, що цілеспрямовано вагітніти не планують, але аборт категорично відкидають, 3 жінки відповіли, що лише після покращення матеріальних умов, 1 жінка хоче в найближчий час стати матір'ю, всі інші (7 жінок) планують більше не мати дітей.

Всі жінки відмічають, що після тренінгу в них покращився сон, налагодились стосунки в сім'ї.

Дослідження жінок з допомогою методик проводилась згідно інструкцій описаних в параграфі 2.1. Під час дослідження не виникло особливих труднощів, всі досліджувані без особливих проблем відповідали на питання.

Для порівняльного аналізу кількісних показників тестових методик, через 2 дні після проведеного психологічного тренінгу всі жінки, які мають в анамнезі аборт досліджувались з допомогою тестових методик на наявність

депресії, тривожності та астенічного стану. Підрахуємо бали кожної з методик окремо для кожної з досліджуваних жінок. Кількісні показники кожної з жінок представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Кількісні показники тривожності, депресії та астенічного стану для жінок, які зробили аборт

№ п/п	П.І.П.	Кількісний показник досліджуваного психологічного стану		
		Депресія (О')	Тривожність (СТ)	Астенічний стан (АС)
1.	Оксана	57	47	56
2.	Валентина	57	35	59
3.	Коломієць О.М.	65	46	72
4.	Олена	60	40	74
5.	Тетяна	64	32	71
6.	Поліна	40	37	56
7.	О.Р.К.	50	42	70
8.	Марія	56	33	59
9.	В.Л.	55	36	76
10.	К.Р.В.	43	43	73
11.	Тамара	52	39	77
12.	Д.К.Ю.	54	37	70
13.	Ольга	53	41	51
14.	Ольга Д.	50	45	52
15.	К.	31	30	50
16.	А.Р.С.	34	29	49
17.	Інга	53	32	75
18.	А.К.В.	31	28	67
19.	Лідія	51	43	54
20.	Т.М.Ю.	50	43	67

Відповідно до таблиці 3.1. виведемо середнє арифметичне кожної з тестових методик за формулою 3.1.:

$$X = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n X_i \quad (3.1.)$$

Середній показник рівня депресії для досліджуваних жінок = **51,2**.

Середнє арифметичне рівня тривожності = **37,9**.

Відповідним чином підрахуємо показники шкали астеничного стану.

Середнє арифметичне рівня астеничного стану та депресії = **63,9**.

Динаміка кількісних показників тривожності та депресії жінок експериментальної та контрольної груп представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка показників тривожності, депресії та астенії (порівняльний аналіз)

Досліджувана група	Рівень депресії (по Зунгу).	Реактивна тривожність (по Спілбергеру)	Вираження астеничного стану
Жінки, що зробили аборт (до проведення корекції)	62,7	51,3	81
Жінки, що зробили аборт (після проведення корекції).	51,2	37,9	63,9
Контрольна група	45,3	36,7	54,1

Як видно з таблиці 3.2. показники жінок, які мають в анамнезі аборт перевищують показники контрольної, але можна простежити значну позитивну динаміку між показниками експериментальної групи до та після експерименту. Як бачимо з таблиці після проведення з жінками психологічного тренінгу рівень тривожності у жінок експериментальної групи знизився від 51,3 (що відповідало високому рівневі тривожності) до 45,3 (що відповідає помірному рівневі тривожності). Відповідним чином знизились рівень депресії від значного зниженого настрою до відсутності депресивних розладів та степінь астеничного стану від помірної астенії до повної її відсутності. Таким чином, після проведеної корекційної роботи не вдалося усунути тривожність взагалі, але можна простежити виражену позитивну динаміку в емоційному стані до та після психокорекції.

Більш повно динаміку кількісних показників тестових методик можна побачити на діаграмі 3.1.

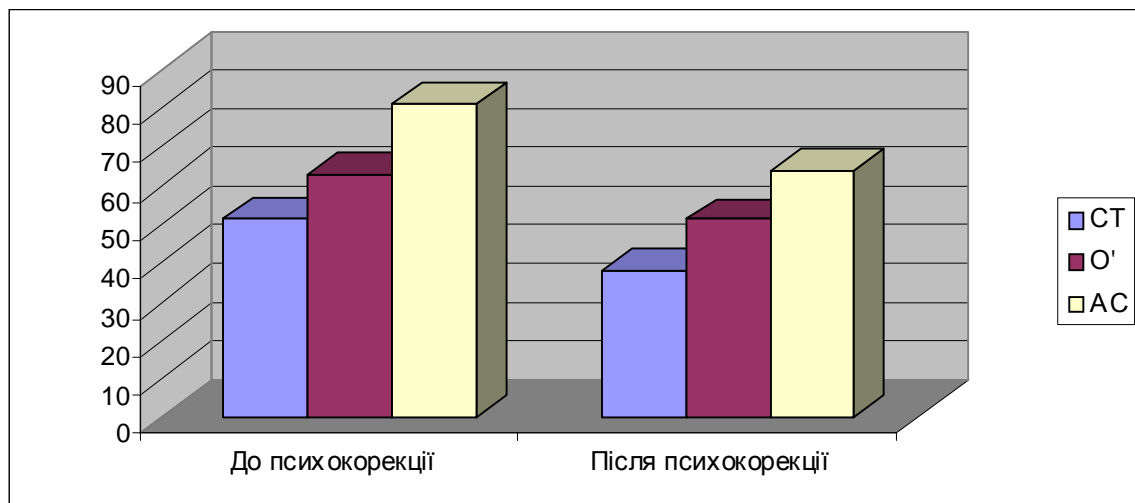
На Рис. 3.1. містяться дані про ефективні адаптаційні зміни до та після проведення психологічної корекції. Як видно на діаграмі 3.1., після

проведеної психокорекційної роботи спостерігається значне зниження показників в експериментальній групі (середні показники СТ до експерименту – 51,3, після корекції – 37,9; показники рівня депресії до корекції – 62,7, після – 51,2; середні показники рівня астенії до корекції – 81, після – 63,9).

Для більшої достовірності відмінності результатів до проведення психокорекційного тренінгу та після його проведення з ціллю досягнення максимально точного результату, скористаємося методами математичної статистики: дослідимо рівень тривожності, депресії та астенічного стану до та після корекційної роботи з допомогою χ^2 – критерію Фішера в поєднанні з χ^2 – критерієм Колмагорова – Смірнова. Алгоритм розрахунку критерію представлений в додатках (додаток 11).

Рис. 3.1.

Динаміка особистісних змін до і після психокорекції в експериментальній групі



Критерій Фішера описаний та розроблений Е.В. Гублером, він застосовується для співставлення вибірок за змістом досліджуваної ознаки. χ^2 – критерій Колмагорова – Смирнова застосовується для порівняння двох емпіричних даних. Критерій допомагає знайти точку, в якій сума

накопичених розходжень між двома даними являється найбільшою, та оцінити достовірність цього розходження.

В даному варіанті застосування критеріїв ми порівнюємо процент досліджуваних з низьким рівнем депресії, тривожності та астенічного стану до проведення корекційної роботи та після її проведення.

Спочатку порівняємо показники депресії:

Підрахуємо розподіл показників депресії за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.4.

**Розподіл показників депресії за її рівнями до та після
психокорекційної роботи**

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність депресії (0-50)	4	8	12
Незначне зниження настрою (51-59)	2	5	7
Значне зниження настрою (60-69)	12	7	19
Виражена депресія (70 і більше)	2	0	2
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями депресії двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.5.

**Розрахунок максимальної різниці між рівнями депресії до та після
корекційної роботи**

Рівні депресії	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-50	4	8	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2
2. 51-59	2	5	0,1	0,25	0,3	0,65	0,35
3. 60-69	12	7	0,6	0,35	0,9	1	0,1
4. 70 і вище	2	0	0,1	0	1	1	0

Як бачимо з таблиці 3.5. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,35 і припадає на 2 показник депресії зі значенням 51-59, що відповідає незначному зниженню настрою. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники депресії за першими двома значеннями (відсутність депресії, та незначне зниження настрою) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники депресії залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.6.

**Розподіл показників депресії до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні депресивного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 59	6	13	19
2. 60 і вище	14	7	21
Суми	20	20	40

Отриману таблицю ми можемо використовувати, перевіряючи різноманітні гіпотези. В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники депресії до та після корекційної роботи. Тому ми умовно вважаємо „ефектом” – зниження депресії після проведення корекційної роботи, а „відсутність ефекту” – високі показники депресії після проведення тренінгу.

Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

На початку дослідження, до проведення психокорекційного тренінгу, з 20 жінок, які зробили аборт у 6 відмічається низькі показники депресії, у другому випадку, у цих самих жінок, але після корекційної роботи, з 20 у 13 спостерігаються низькі показники депресії. Процентна доля жінок з низькими показниками депресії до корекційної роботи становить $6/20 \cdot 100\% = 30\%$, після психокорекційної роботи $13/20 \cdot 100\% = 65\%$. Зрозуміло, що 65% значно вище ніж 30%, перевіримо, чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 і n_2 .

Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного тренінгу не більше ніж до його проведення;

H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психокорекційного

тренінгу більша ніж на початку дослідження.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот по двом значенням „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.7.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею відсутності депресії

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних з низькими показниками депресії	% доля жінок з низькими показниками депресії	Кількість досліджуваних з високими показниками депресії	% доля жінок з високими показниками депресії	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	6	(30%)	13	(65%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	14	(65%)	7	(35%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці XII Додатку 1 [15], визначаємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,875$$

$$\phi_2 (30\%) = 1,159$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.2.:

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}} \quad (3.2.)$$

де ϕ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

ϕ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних до проведення корекційного тренінгу;

n_2 – кількість досліджуваних після проведення тренінгу.

В даному випадку $\phi^* = (1,875 - 1,159) \cdot \sqrt{10} = 0,716 \cdot 3,162 = 2,26$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$, які відповідають прийнятим в психології рівням статистичної значимості. $\phi^*_{кр} = 1,64 (p \leq 0,05); 2,31 (p \leq 0,01)$.

$$\varphi^*_{\text{емп}} = 2,26.$$

Отримане емпіричне значення φ^* більше за максимальне значення $\varphi^*_{\text{кр}}$. Отже, приймається H_1 – кількість осіб з низьким рівнем депресії після психологічної корекції більша, ніж до її проведення.

Відповідним чином порівнюємо показники тривожності:

Підрахуємо розподіл показників тривожності за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції.

Таблиця 3.8.

Розподіл показників тривожності за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Низький рівень (0-30)	1	9	10
Помірний рівень тривожності (31-44)	4	6	10
Високий рівень тривожності (45 і більше)	15	5	20
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями тривожності двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.9.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями тривожності до та після корекційної роботи

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	$f^*_{в1}$	$f^*_{в2}$	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 0-30	1	9	0,05	0,45	0,05	0,45	0,4
2. 31-44	4	6	0,2	0,3	0,25	0,75	0,5

3. 45 і вище	15	5	0,75	0,25	1	1	0
---------------------	----	---	------	------	---	---	---

Як бачимо з таблиці 3.9. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,5 і припадає на 2 показник тривожності зі значенням 31-44, що відповідає помірному рівневі тривожності, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники тривожності за першими двома значеннями (низький та помірний рівень тривожності) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники тривожності залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.10.

Розподіл показників тривожності до та після психокорекції за „позитивними” та „негативними” рівнями

Рівні тривожності	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 0 – 44	5	15	20
2. 45 і вище	15	5	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники тривожності до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера.

До проведення психологічного тренінгу у 5 жінок з 20, спостерігаються низькі показники тривожності, після проведеного тренінгу з цих же 20 жінок у 15 відмічаються низькі показники тривоги. Процентна доля жінок з низькими показниками тривоги до корекційної роботи становить $5/20 \cdot 100\% = 25\%$, після – $15/20 \cdot 100\% = 75\%$. Хоча наочно ї видно

суттєву різницю між 25% і 75%, перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 . Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з низькими показниками тривожності після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – зниження тривожності після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників тривожності після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з низькими показниками тривожності після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.11.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з низькими показниками тривожності	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками тривожності	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	5	(25%)	15	(75%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	15	(75%)	5	(25%)	20
Суми	20		20		40

По таблиці ХІЙ Додатку 1 [15], визначаємо величину z , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$z_1 (75\%) = 2,094$$

$$z_2 (25\%) = 1,047$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою 3.1., яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатках (додаток 11).

В даному випадку $\phi^* = (2,094 - 1,047) \cdot \sqrt{10} = 1,047 \cdot 3,162 = 3,31$.

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$1,64 \quad (p \leq 0,05)$$

$$\phi^*_{кр} = 2,31 \quad (p \leq 0,01)$$

$$\phi^*_{емп} = 3,31. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за максимальне значення $\phi^*_{кр}$, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з низькими показниками тривожності після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Аналогічно порівняємо показники зміни рівня астеничного стану під впливом психологічної корекції: підрахуємо розподіл показників астеничного стану за її рівнями, чи розрізняються вони за кількістю досліджуваних до та після психокорекції

Таблиця 3.12.

Розподіл показників астеничного стану за її рівнями до та після психокорекційної роботи

Рівні астеничного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Сума
	До проведення психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
Відсутність астенії (30-50)	3	5	8
Слабка астенія (51-75)	5	8	13
Помірна астенія (76-100)	7	5	12
Виражена астенія (101-120)	5	2	7
Сума	20	20	40

Знайдемо точку максимального розходження між рівнями астеничного

стану двох груп за алгоритмом підрахунку критерію Колмагорова – Смирнова представленому в додатках (додаток 12).

Таблиця 3.13.

Розрахунок максимальної різниці між рівнями астенічного стану до та після корекційної роботи

Рівні астенічного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Емпіричні частини		Накоплені емпіричні частини		Різниця
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	f*в1	f*в2	$\sum f^*_{в1}$	$\sum f^*_{в2}$	
1. 30- 50	3	5	0,15	0,25	0,15	0,25	0,1
2. 51-75	5	8	0,25	0,4	0,4	0,65	0,25
3. 76-100	7	5	0,35	0,25	0,75	0,9	0,15
4. 101-120	5	2	0,25	0,1	1	1	0
сума	20	20					

Як бачимо з таблиці 3.13. максимальна виявляємо різниця між двома накопичуваними емпіричними частинами складає 0,25 і припадає на 2 показник рівнів астенічного стану зі значенням 51-75, що відповідає слабкому рівневі астенії, це вказує, що найбільше змінилися показники саме в цій категорії, і після психокорекції найбільше досліджуваних підвищилось саме за цією категорією. Спробуємо використати верхню границю даної категорії, для розподілу вибірок на підгрупу „є ефект” та підгрупу „немає ефекту”. Будемо вважати, що „є ефект” – коли показники астенічного стану за першими двома значеннями (відсутність астенії та слабка астенія) підвищуються після психокорекційної роботи; „немає ефекту” – коли після психокорекційного тренінгу високі показники астенічного стану залишаються стабільними або підвищуються.

Таблиця 3.14.

**Розподіл показників астеничного стану до та після психокорекції за
„позитивними” та „негативними” рівнями**

Рівні астеничного стану	Емпіричні частоти вибору даної категорії		Суми
	До психокорекції (n=20)	Після психокорекції (n=20)	
1. 30-75	8	13	20
2. 76 -120	12	7	20
Суми	20	20	40

В даному випадку нас цікавить, чи дійсно відрізняються показники астеничного стану до та після корекційної роботи. Тепер ми можемо перейти до робочої таблиці для розрахунку критерію ϕ^* - Фішера: до проведення психологічного тренінгу у 8 жінок з 20, відмічається відсутність астенії, після проведеної корекційної роботи у 13 з 20 відмічається відсутність астенії. Процентна доля жінок з відсутністю астенії до тренінгу – $8/20 \cdot 100\% = 40\%$, після корекційної роботи – $13/20 \cdot 100\% = 65\%$.

Перевіримо чи справді розрізняються процентні долі при даних n_1 та n_2 .

Оскільки нас цікавить той факт чи збільшується кількість осіб з відсутністю астенії після проведення корекційної роботи, будемо вважати „ефектом” – відсутність астенії після психокорекційного тренінгу, а відсутність ефекту – наявність високих показників астеничного стану після тренінгу. Сформулюємо гіпотези:

H_0 – кількість осіб з відсутністю астеничного стану після корекційної роботи не збільшується.

H_1 – кількість жінок з відсутністю астеничного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Тепер побудуємо таблицю, яка являє собою таблицю емпіричних частот за двома значеннями – „є ефект”, „немає ефекту”.

Таблиця 3.15.

Таблиця для розрахунку критерію при співставленні досліджуваної групи за процентною долею зниження тривожності

Групи	„Є ефект”		„Ефекту не має”		Суми
	Кількість досліджуваних	% доля жінок з відсутністю астенії	Кількість досліджуваних	% доля жінок з високими показниками астенічного стану	
Жінки, що зробили аборт до психокорекції	8	(40%)	12	(60%)	20
Жінки, що зробили аборт після психокорекції	13	(65%)	7	(35%)	20
Суми	26		21		40

Опреділяємо величину ϕ , яка відповідає процентним долям в кожній з груп:

$$\phi_1 (65\%) = 1,982$$

$$\phi_2 (40\%) = 1,369$$

Тепер підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою, яка наведена в алгоритмі підрахунку критерію Фішера наведеному в додатку 11.

$$\text{В даному випадку } \phi^* = (1,982 - 1,369) \cdot \sqrt{10} = 0,613 \cdot 3,162 = 1,93.$$

Критичні значення $\phi^*_{кр}$ нам вже відомі

$$\phi^*_{емп} = 1,93. \quad \phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}. \quad (p < 0,01)$$

Отже отримане емпіричне значення ϕ більше за значення ϕ критичного, $\phi^*_{емп} > \phi^*_{кр}$, тому H_0 заперечується. Приймається H_1 - кількість жінок з відсутністю астенічного стану після проведення психокорекційного тренінгу більша ніж до його проведення.

Як бачимо, показник тривожності, депресії та астенічного стану зменшилися внаслідок психокорекційної роботи, що підтверджено методами

математичної статистики, які використовуються в психології (критерій Фішера та критерій Колмагорова – Смирнова).

Отже, розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Висновки до третього розділу

1). Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астенічного стану після проведення психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

2). Результати порівняльного дослідження з допомогою методів математичної статистики дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом у вигляді зменшення тривожності, депресії та астенічного стану. Особливо це стосувалося тих жінок, які переживали розчарування в дітях, були незадоволені окремими предметами, незацікавлені у трудовій діяльності, проявили сумніви у правильності своїх минулих вчинках, та боязнь помилок.

3). Розроблена психокорекційна програма є ефективною та доцільною формою роботи з жінками, які перенесли аборт. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

ВИСНОВКИ

1). Проаналізувавши наукову літературу з проблематики абортів та постабортного синдрому зокрема ми дійшли висновку, що психічні наслідки абортів – закрита та важка тема. Вивчати її складно по причині великої кількості абортів. Всі жінки, які перервали вагітність з різних причин, соціальних, сімейних, знаходяться в депресивному стані. Дослідження доводять [5],[7], що в 80% випадків у жінок, які зробили аборт, спостерігаються різноманітні психічні і психологічні порушення. На перше місце виступають афективні розлади, переважно тривожного і депресивного кола. На жаль, не дивлячись на значну поширеність цього явища, на сьогоднішній день у всьому світі не існує ефективних способів вплинути на кризову ситуацію і зупинити розпад життєво-необхідних зв'язків між матір'ю і її немовлям. Тому необхідно розробити стратегію психотерапевтичної роботи з жінками, які планують аборт.

Дослідженням даного питання займаються багато дослідників по всьому світі. Ряд наукових досліджень, проведені в останні роки, дозволив по-новому поглянути на проблему абортів. Це насамперед роботи В.І. Брутман, М.Г. Панкратова, С.М. Єніколопова, М.Ю. Колпакової, М.С. Радіонової та ін. Автори дійшли висновку, що однією з найголовніших складових постабортного синдрому є депресія, вивченням якої займалися такі автори як В.О. Сухарєв, Є.С. Авербух, П.К. Анохін, Б.Д. Карвасарський, Ю.І. Єлісеєв, В.Н. Синицький. З проведених досліджень відомо, що депресивні стани тепер настільки поширені, що досить часто зустрічаються у психічно здорових людей. Це так звана „реактивна депресія”, тобто депресивний стан (із загальним зниженням настрою, психофізичною перевтомою, небажанням нічого робити, підвищеною тривожністю, та ін.), що виникає як реакція на різко несприятливу життєву ситуацію. В ході проведеного нами дослідження була розроблена модель депресії як однієї з ознак постабортного синдрому, яка розкриває головні її ознаки та

характеризує її складові.

2). З метою виявлення порушень емоційної сфери у жінок, які зробили аборт, було проведене експериментальне дослідження, яке полягало у застосуванні методу клінічної бесіди, дослідженні тривожності, депресії, та ступені вираження астеничного стану. В ході бесіди було встановлено, що на даний час жінки переживають важку психологічну кризу. Однак спільним для всіх являється боротьба мотивів – коли інстинктивному прагненню жінки до материнства та тиску суспільної моралі протистоять недовіра своїм силам та можливостям. Так звертає на себе увагу той факт, що незадоволені собою 80% досліджуваних, інші 20% незадоволені тим, як складається життя в цілому. Було встановлено, що у жінок, які зробили аборт, виникає ряд порушень в емоційній сфері, які описані в психології, як постабортний синдром. Результати нашого дослідження, отримані внаслідок застосування шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, та шкали депресії В. Зунга показують, що всі жінки емоційно незрілі особистості, яких відрізняє афективна нестриманість, високий рівень тривожності, та наявність депресивного стану та астеничного стану. Дослідження показало, що в таких жінок наявне почуття спустошення навколо себе.

3). Результати проведеного експерименту поставили подальше практичне завдання – розробку системи роботи з корекції поведінки і формування таких її форм, які спроможні зорієнтувати особистість на подолання тривожності. У цілому психокорекційна робота спрямована на:

- формування досвіду вирішення будь-якої проблеми;

- корекція самооцінки;

- зниження тривожності;

- формування мотиваційних диспозицій;

- побороти труднощі, пов'язані з прийняттям вагітності.

Після дослідження жінок, групою методик, які використовувались в експерименті, та порівняльного аналізу показників, було встановлено, що результати депресії, тривожності та астеничного стану після проведення

психокорекційної роботи нижчі ніж на початку дослідження.

Результати експериментального дослідження дозволили зафіксувати статистично вірогідні позитивні особистісні зміни у жінок з постабортним синдромом, покращення їх стосунків в сім'ї. На цьому етапі криза безперспективності, розпачу та розчарування зміною задоволенням майбутнім та пов'язаними з ним позитивними емоціями. Отримані експериментальні дані переконують у необхідності використання апробованої програми для подолання постабортного синдрому. Результати психокорекційного впливу показали, що найбільш значущою цінністю для жінок з експериментальної групи із підвищеною тривожністю стали більш значущими цінності розвитку кохання, дружби, цікавої роботи, самовдосконалення, пізнання.

Соціально – психологічний тренінг, групові психологічні вправи, проведені з жінками на практичних заняттях, продемонстрували високу результативність як найбільш оптимальний засіб психологічної корекції тривожності та формування адекватної самооцінки.

Отже, проведене дослідження свідчить про підтвердження гіпотези, що рівень тривожності та депресії у жінок, які зробили аборт вищий ніж у тих, які прийняли рішення виховувати дитину попри важкі життєві обставини, крім того було встановлено, що емоційні розлади, які виникають в постабортний період можуть змінюватись під впливом психокорекції.

Подальших досліджень потребують пошук нових засобів психокорекції, а також розробка програм по актуалізації ціннісних установок по відношенню до майбутньої дитини у жінок, які переживають труднощі в адаптації до стану материнства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Неврозы и невротические реакции. – М.: Центр. Научно – исслед. Институт с-го просвещения Министерства здравоохранения СССР, 1971. – 64с.
2. Акимова М. К., Гуревич К. М. Психологическая диагностика. – М.:ФИС, 2003. – 656 с.
3. Бакулева Л. П., Гатина Г. А., Кузьмина Т. И., Соловьева А. Д. Состояние вегетативной НС после искусственного прерывания беременности в I триместре // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 4. – С.60 – 64.
4. Бернард Н. Натансон. Обирай життя. – К.: МБФ “Східно – Європейський екуменічний культурно– просвітницький центр”, 2002. – 24с.
5. Брусиловский Л. Я., Бруханский Н. П., Сегалов Т. Е. Землетрясение в Крыму и нервно – психический травматизм. – М.: Изд-во. Наркомздрава здравоохранения РСФСР, 1928. – 277с.
6. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности. // Вопросы психологии. – 1997. - № 6. – С. 38 – 47.
7. Бурлачук Л. Ф., Манцева Н. В. Международная конференция по психологии травматического стресса // Вопросы психологии. – 1992.- № 5. – С. 55-59.
8. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Пост травматичний стрес: шляхи подолання. – К.: Знання, 1998. – 289с.
9. Вайтхед М. Консультирование человека в состоянии горя: модель помощи 1 // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 9. – С. 43 – 50.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К.: ВТФ “Перун”, 2001. – 1440 с.
11. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордський посібник з психіатрії : Пер. з англ.: У 2 т. – К.: Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

- 12.Гофман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 177с.
- 13.Гольдштейн А.П. Тренінг контролю гніву // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - №4. – С.61-76.
- 14.Горбатов Д. С. Практикум по психологическому исследованию : Учеб. Пособие. – Самара : Издательский Дом « БАХРАХ– М», 2000. – 248 с.
- 15.Гининг Т. Посттравматический стресс с позиции экзистенциально – гуманистической психологии // Вопросы психологии. – 1994. - № 1. – С. 92 – 96.
- 16.Гусак П. Аборти, евназія, допоміжні репродуктивні технології // Психолог. – 2002. - № 3. – С. 113 - 127.
- 17.Данн Х. П. Христианский брак глазами врача. – Житомир, 1997. – 176с.
- 18.Димова Л. А. Каждая женщина должна знать о вреде аборта // Фельдшер и акушерка. – 1986. - № 8. – С. 39 – 42.
- 19.Занюк С.С. Мотиваційний тренінг. // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. - №8. – С.31 – 42.
- 20.Занюк С.С. Психологія мотивації. Навч. посібник. – К.: Либідь, 2002. – 310с.
- 21.Зинькевич – Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – М.: «Речь», 2002. – 310с.
- 22.Зимовец С. Молчание Герасима. Психоаналитические и философские эссе о русской культуре - М.: Гнозис, 1996. - 168 с.
- 23.Капелюшник Н. Л., Осипов Р. А., Тухватуллина Л. М., Мальцева Л. И., Черновская Р. Ц. Анализ последствий искусственного аборта (по материалам клиник Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина) // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С.52 – 53.
- 24.Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Из синопсиса по психиатрии. – Москва: «Медицина», 1994. – 463 с.
- 25.Каткова И. П., Кошовская Т. В. Социально – гигиенические аспекты

- проведения мини – аборт в женской консультации // Советское здравоохранение. – 1989. - № 9. – С. 53 – 57.
26. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М.: Педагогика, 1995. – 50с.
27. Коридзе М. Н. Влияние искусственного прерывания беременности на функциональное состояние стероид – продуцирующих эндокринных желез и на симпатико – адреналиновую систему // Акушерство и гинекология. – 1988. - №2. – С.62 – 64.
28. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000.– 460с.
29. Кокс Т. Стресс. – М.: Медицина, 1981. – 213 с.
30. Лисец Антуан. За жизнь. – К.:Ваклер, 1994. – 160 с.
31. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Основи патопсихології Навчальний посібник. – К.: Перун, 1996. – 464с.
32. Малкина – Пых И.Г. Кризисы подросткового возраста. – М.: Изд-во «Эксмо», 2004. – 2004. – 384с.
33. Митина Л.М., Кузьменкова О.В. Психологические особенности внутриличностных противоречий учителя // Вопросы психологии. – 1998. - №5. – С.3-15.
34. Максименко С. Д., Папуча М. В., Максименко К. С. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. - № 8. – С. 1 – 4.
35. Музика О. Л. Курсові роботи з психології : методичні рекомендації. – 2-е вид., вип.. та доп. – Житомир. 2001. – 40 с.
36. Мухін М.Т. Міріам...чому ти плачеш? : Страждання жінок після аборту. – Львів : Місіонер, 1999. – 140 с.
37. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. – С-Пб.: „Речь”, 2001. – 256с.
38. Молохов А. Н. Психогении. – М.: Мысль, 1962. – 299с.
39. Мюллер В. Хай живе серце твоє (Як вийти з депресії). – Київ: КАЙРОС,

2005. – 100с.

40. Ней Філіп, Петерс Марі. Шлях центуріона / Пер. з англ. З. Городенчук – Львів: Свічадо, 2001. – 112 с.
41. Основы практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: Підручник. – Вид. 2-ге, стереотип. – К.: Либідь, 2001. – 536 с.
42. Основы психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов, обуч. по спец. „Психология”/ Бурлачук Л.Ф., Габская И.А., Кочарян А.С. – К.: „Ника – Центр”; М.: „Алтейя”, 1999. – 320 с.
43. Падун М. Тарабрика Н. Когнитивно – личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. – 2004. - № 5. – С. 5 – 16.
44. Парафейник Г. П., Целкович Л. С., Кабакова Л. Д. Влияние искусственного аборта на здоровье женщины // Казанский медицинский журнал. – 1987. – Т. 68. - № 1. – С. 25 – 27.
45. Пашукова Т. І., Допіра А. І., Дьяконов Г. В. Практикум із загальної психології/ За ред. Т. І. Пашукової. – К.: Т-во “Знання”, КОО, 2000. – 204 с.
46. Підлісний Ю. Етико – антропологічні аспекти абортів. Аборт: заперечення права на життя. – Київ: Освіта, 2006. – 113 с.
47. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования /Пер. с англ. М.С. Жамкочьян/ Под ред. В.С. Магуна – М.: Аспект Пресс, 2000. – 607 с.
48. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально – психологического тренинга. – М.: Из-во Моск. ун-та, 1982. – 168 с.
49. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: „Прогресс”, - 1979. – 392с.
50. Роджерс К. О групповой психотерапии. / Пер. с англ. – М.: Гиоь – Стель, 1993. – 224 с.
51. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика; / Пер. с англ./ Общ. ред. и вступ. ст.. Л.А. Петровской. – М.:

- Прогресс, 1990. – 368 с.
- 52.Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожанова. – Москва: «Медицина», 1974. – 316 с.
- 53.Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982. – 124 с.
- 54.Семиченко В.А. Психические состояния. – К.: Магистр – S, 1998. – 208 с.
- 55.Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. – К.: Наукова думка, 1986. – 276с.
- 56.Сироткин С. Ф., Данилова М. А. Выворачивание мира: к психоаналитике аборта / Женщины и общество: вопросы теории, методологии и социальных исследований. Мат. III Междунар. науч. - практ. конф. - Ижевск, 1997, С.134-136.
- 57.Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г. А. Обухова. – Мн.: Выш. шк., 1999. – 496 с.
- 58.Фанти С. Микropsихоанализ: Пер. с итал. - М.: Просвещение, 1995. – 352 с.
- 59.Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. - № 2. – С. 22 – 36.
- 60.Фрейд З. Некоторые психологические следствия анатомического различия полов: психоаналитические этюды. - Минск: Беларусь, 1991, С. 549 - 558.
- 61.Хорни К. О происхождении комплекса кастрации у женщин (1924): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.:Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С. 6 - 25.
62. Хорни К. Уход от женственности (Комплекс маскулинности у женщин глазами мужчин и женщин) (1926): Пер. с англ. / Хорни К. Женская психология. - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993, С.26 - 40.
63. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – СПб.: Лань, 1997. – 240 с.
64. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования

и применения – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 608 с.

- 65.Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно – рейтинговий курс: Навчальний посібник. – К: ВД “Професіонал”, 2005. – 656 с.
- 66.Шаллан І. В., Діагностика посттравматичного стресового розладу як ускладнення після перенесеної хвороби та пологів // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. - № 4. – С. 5 – 9.
- 67.Шаллан І. В. Психометрическое оценивание посттравматического стрессового расстройства // Материалы III Харьковских Международных психологических чтений. – Вестник ХГУ № 439, часть 4, 5, 1999, с. 301–304.
- 68.Яценко Т.С. Інтеграція та дезінтеграція як механізми психокорекції // Педагогіка і психологія. – 1996. - №1. – С. 3-10.
69. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник. – К.: Либідь, 1996. – 264 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Дані Держкомстату України в одиницях :

	Усього включн о зміні абортам и	У тому числі у жінок віком			Нажіно квікомр оків	Надітей народж енихжи вими	Наполог іввключн озмертво народже ними
		До 14 років включн о	15 – 17 років включн о	18 – 34 роки включн о			
<i>Україна</i>	434 223	185	10 338	346 214	34,1	112,7	112,9
Вінницька	15 148	7	230	12 432	35,3	100,4	100,4
Волинська	6 814	1	90	5 466	26,0	57,1	57,4
Дніпропетровськ	39 158	29	857	31 951	40,2	152,1	152,2
Донецька	41 676	25	1429	32 685	32,4	138,7	138,9
Житомирська	8 949	4	158	7 278	26,2	71,1	71,1
Закарпатська	7 085	5	153	5 594	21,0	48,9	49,0
Запорізька	23 375	2	638	19 095	44,1	168,2	168,2
Ів-Франківська	6 714	-	103	6 102	18,3	45,9	46,0
Київська	14 669	-	238	11 373	31,7	108,8	108,8
Кіровоградська	11 576	5	292	9 105	40,9	127,1	127,3
Крим	19 794	10	570	15 436	35,6	130,6	130,7
Луганська	28 297	14	951	21 879	41,4	176,2	176,1
Львівська	15 486	-	120	12 946	22,5	64,0	64,1
Миколаївська	13 115	4	303	10 600	38,6	127,8	128,3
Одеська	22 676	9	595	18 408	34,6	113,1	113,0
Полтавська	18 878	5	426	15 124	45,9	162,2	162,5
Рівненська	6 325	-	89	4 963	21,3	45,5	45,6
Сумська	9 938	2	238	8 166	30,0	106,6	106,8
Тернопільська	4 522	1	60	3 875	16,1	42,8	42,8
Харківська	35 071	20	945	27 429	44,9	175,9	176,3

Херсонська	14 255	5	375	11 187	44,4	140,0	140,0
Хмельницька	8 633	5	117	6 707	24,7	69,9	70,1
Черкаська	9 016	2	203	7 152	25,6	84,5	84,6
Чернівецька	7 503	3	168	6 048	31,1	80,2	80,1
Чернігівська	13 163	3	269	10 115	43,7	149,3	149,6
м. Київ	26 100	21	548	20 305	34,3	137,7	138,2
м. Севастополь	6 287	3	173	4 793	60,0	233,2	233,5

Додаток 2.

**Декларації Всесвітньої медичної асоціації про терапевтичний аборт
(Осло, 1970) звучить наступним чином :**

1.Головний моральний обов'язок лікаря, сформульований в Женевській декларації, - повага до людського життя : “Я буду дотримуватись виняткової поваги до людського життя з моменту його зачаття”.

2.Обставини, що приводять життєві інтереси матері в протиріччя з життєвими інтересами дитини, створюють дилему : може вагітність бути навмисно перервана чи ні ?

3.Різне відношення до цієї проблеми виникає з різного відношення до життя новонародженого та стосується особистих переконань і совісті, які потрібно поважати.

4.В прерогативи медиків не входить диктувати якій-небудь державі чи спільноті відношення до цієї проблеми. Наш обов'язок – спробувати забезпечити захист наших пацієнтів і права лікаря в суспільстві.

5.Отже, там, де закон дозволяє проводити терапевтичний аборт чи законодавство по цьому питанню обговорюється, і якщо це не суперечить політиці національної медичної асоціації, а влада готова прийняти позицію медиків, необхідно дотримуватись слідуючи принципів :

8 аборт потрібно проводити тільки як терапевтичну процедуру ;

9 рішення про переривання вагітності повинно виноситись по можливості в письмовій формі по меншій мірі 2 лікарями, що мають відповідну професійну компетенцію ;

10 процедуру проводить лікар, що має достатню кваліфікацію і в спеціально відведеному приміщенні.

6.Якщо лікар рахує, що його переконання не дозволяють йому рекомендувати чи проводити аборт, він може усунутися, забезпечивши пацієнтці медичну допомогу кваліфікованого колеги.

7.Ця заява, хоч її і схвалює Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації, не може розглядатися як обов'язкова для виконання тими членами асоціації, які її не приймають [18].

Додаток 3.

Фізіологічні наслідки абортів.

Види ускладнень	Всього на лікуванні в стаціонарі	
	абс	%
Кровотеча під час операції	16	0,52
Розрив шийки матки під час операції	27	0,88
Перфорація матки	2	0,06
Субінволюції матки	3	0,1
Затримка частин плідного яйця	39	1,27
Гематометра	11	0,36
Метроендометріт	93	3,0
Загострення хроніч запальних процесів придатків матки	12	0,39
Параметрит	41	1,34
Піосальпінкс	3	0,1
Сальпінгофорит	108	3,53
Піометра	3	0,1
Розлад менструальної функції	137	4,47
Плацентарний поліп	34	1,11

Внутрішньоматочне зрощення	5	0,16
Аденоміоз	18	0,59
Самовільні аборти	23	0,75
Істміко-цервікальна недостатність	4	0,13
Поза маточна вагітність	3	0,1
Звичне не виношування	64	2,09
Вторинне безпліддя	17	0,55
Всього з ускладненням	663	21,67
Не було ускладнень	2396	78,32
Всього абортів	3059	100,0

Додаток 4.

Клінічні симптоми постабортного синдрому

<i>№</i>	<i>Симптоми</i>	<i>Види проявів</i>
1	Невмотивована пильність	Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, немов їй постійно загрожує небезпека
2	”Вибухова” реакція	При найменшій несподіванці людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці низько пролітаючого вертольота, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї ззаду)
3	Притупленість емоцій	Буває, що людина цілком чи частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі і дружні стосунки з навколишніми, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато пацієнтів скаржаться, що з часу важких подій, їм стало набагато важче відчувати ці почуття
4	Агресивність	Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту говорячи, людина схильна застосовувати силовий тиск на навколишніх всякий раз, коли хоче домогтися свого, навіть якщо ціль не є життєво важливою.
5	Порушення пам’яті і	Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися чи щось згадати, принаймні, такі

	концентрації уваги	труднощі виникають при визначених обставинах. У деякі моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якому-небудь стресовому фактору, як людина вже не в силах зосередитися.
6	Депресія	Почуття депресії супроводжують нервові виснаження, апатія і негативне відношення до життя.
7	Загальна тривожність	Тривожність є дифузним, дуже неприємним, часто неясним відчуттям побоювання чогось. Вона супроводжується одним чи декількома соматичними відчуттями, наприклад почуттям порожнечі або стиснення в грудях, серцебиттям, пітливістю, головним болем чи раптовим спонуканням спорожнити кишечник. Типовими є також занепокоєння і неможливість залишатися на одному місці.
8	Пристипи люті	Не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті, по силі подібні до виверження вулкана. Багато пацієнтів повідомляють, що такі приступи частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак бувають і під час відсутності алкоголю чи наркотиків, так що було б невірно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.
9	Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами	
10	Непрошені спогади	Мабуть, це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті пацієнта раптово спливають моторошні, потворні сцени, зв'язані з подією, що травмує. Ці спогади можуть виникати як у сні, так і під час пильнування. Непрошені спогади, що приходять у сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) зв'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису, передають подію, що травмує, так, як вона запам'яталося в пам'яті цієї людини; у снах другого типу – обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (обличчя, ситуація, відчуття) подібні тим, що мали місце в травмуючій події. Людина пробуджується від такого сну зовсім розбита; її м'язи напружені, вона покрита липким потом. У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом, на тій підставі, що багато

		пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося.
11	Безсоння (труднощі з засипанням і переривчастий сон)	Коли в людини виникають нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засинанню, і саме в цьому причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Регулярне недосипання, що призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів постабортного синдрому. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також не минаючим почуттям фізичного чи душевного болю.
12	Думки про самогубство	Пацієнт постійно думає про самогубство планує які-небудь дії, що в остаточному підсумку повинні привести його до смерті. Коли життя представляється більш лякаючим і хворобливим, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може здаватися привабливою. Коли людина доходить до тієї грані розпачу, де не видно ніяких способів поправити своє положення, вона починає міркувати про самогубство.

Додаток 5.

ПРОТОКОЛИ БЕСІД З ЖІНКАМИ, ЯКІ ЗРОБИЛИ АБОРТ:

1. **Бесіда з Оксаною.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 22 роки, другий через 6 місяців, третій знов через пів року, а четвертий в 30 років. Аборт був 2, 3, 4 та 6 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та сестра, але рішення приймала самостійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та алкоголізм чоловіка. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів плаксивість не проходила, з'явилась злість, відчуття пустоти, не хотілось жити. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але не виходило. Лікувалась

в психоневрологічному диспансері. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент незаміжня і має 2 дітей.

2. **Бесіда з Валентиною.** Всі свої аборти пам'ятає, але сумно. Перший аборт був в 24 роки, другий – 26 років, третій - 27 років, а четвертий в 31 рік. Аборт був 2, 3, 4 та 5 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були бажаними для чоловіка, але його алкоголізм, постійні сімейні конфлікти та важке матеріальне становище вплинуло на рішення перервати вагітність. Про вагітності чоловік знав, але рішення приймала самостійно. Йдучи на аборт відчувала страх. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, а фізичні недуги лікувала амбулаторно. На теперішній час шкодує, що не залишила ще хоча б одну вагітність. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
3. **Бесіда з Коломієць О.М.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 24 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітності знав чоловік та мама і рішення приймали разом. На нього вплинула мала різниця між вагітностями, хворобливість дитини та сімейні конфлікти. Йдучи на аборт переживала, нервувалась. Після аборту було неприємне відчуття, ніби зробила щось гидке. З негативними відчуттями допомагала справлятися мама, їздила до ворожок і знахарів. Про аборт шкодує. На даний момент незаміжня і має 1 дитину.
4. **Бесіда з Оленою.** Аборти, крім першого, не пам'ятає. Перший аборт був в 18 років, а останній в 36 років. Аборт був 1, 3, 4, 5 та 6 вагітністю за рахунком. На час першого аборту була не заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про першу вагітність знав тільки хлопець, від якого завагітніла. Він відмовився женитись і рішення

про аборт приймала самостійно. На інші рішення вплинула мала різниця між вагітностями, алкоголізм чоловіка та сімейні конфлікти. Йдучи на перший аборт відчувала зраду, переживання, бажання щоб все скоріше скінчилося. Після абортів відчувала полегшення, що нарешті проблеми вирішилися. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але в останній час чомусь відчуває потяг до релігії. Про аборти шкодує, але не впевнена, що родила б стільки дітей. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

5. **Бесіда з Тетяною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час абарту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітність знав лише чоловік і рішення про аборт приймали разом. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хворобливість першої дитини. Йдучи на аборт думала тільки одне : щоб швидше все скінчилося. Після абарту хоч і відчула полегшення, але разом з тим був якийсь жаль за скоєне і розкаяння. Про те, що аборт це вбивство – не думала. З негативним станом допомагав справлятися чоловік. Про аборт шкодує і вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
6. **Бесіда з Поліною.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 19 років першою вагітністю за рахунком. На час абарту не була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав хлопець, від якого завагітніла і подруга. Хлопець відмовився женитись і рішення про аборт підтримала подруга. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абарту з хлопцем розлучилась. Про те, що аборт це вбивство – думала, тому й не змогла йому простити зраду. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, але виходило погано. Заспокоєння знайшла лише після того, як на вернулася до релігії. Шкодує не тільки про аборт, але й про те, що не розповіла все мамі. На даний момент не заможем і дітей не має.

7. **Бесіда з О.Р.К.** Всі свої аборти пам'ятає. Перший аборт був в 25 років, а другий в 30 років. Аборт був 2 та 3 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знав чоловік та невістка і вони вплинули на рішення про аборт. Йдучи на аборт почувала себе дуже погано. Після абортів була сердита на весь світ. Про те, що аборт це вбивство – не думала. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо була дуже агресивна. Про аборти шкодує і залишила б хоч одну вагітність. На даний момент заміжня і має 1 дитину.
8. **Бесіда з Марією.** Добре пам'ятає лише перший і останній аборт. Перший був в 22 роки, а останній в 31 рік. Аборт був 2, 4, 5, 6, 7, 8 та 10 вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Всі вагітності були не запланованими. Про вагітності знали всі (чоловік, мама, свекруха). Відносини в сім'ї були складні і ніхто не хотів дітей. Крім негативного ставлення чоловіка і свекрухи (бо мама говорила : сама вирішуй) на аборт вплинуло тяжке матеріальне становище та мала різниця між вагітностями. Коли йшла на аборти було відчуття ніби навкруги ніч. Ніби просто йшла темним тунелем. Після абортів сильно переживала, був жаль за скоєне. Чоловіка ненавиділа, не хотіла вступати з ним в сексуальні стосунки. Зі своїми відчуттями старалась справлятися сама, бо соромно було комусь в них признатись, але справжнє заспокоєння в душі знайшла лише тоді, коли почала ходити до костелу. На даний момент не замужем і має 3 дітей.
9. **Бесіда з В.Л.** Свій аборт пам'ятає. Він був в 22 роки 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не запланована. Про вагітність знав чоловік та мама і на аборті настояли вони разом. Йдучи на аборт відчувала тривогу, переживала, плакала. Після абортів почувала на душі “рану”. Про те, що аборт це вбивство знала, але не могла протистояти матері та чоловікові. Душевний біль

переборювати допомагали мама і чоловік. Про аборт шкодує. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

10. **Бесіда з К.Р.В.** Свій аборт пам'ятає уривками. Він був в 26 років 2-ю вагітністю за рахунком. На час аборту була заміжня. Вагітність була не бажаною. Про вагітності знав лише чоловік і хоч питання аборту з ним обговорювалось, але рішення приймала самостійно. На нього вплинуло тяжке матеріальне становище, мала різниця між вагітностями, хвороби першої дитини та важкість догляду за нею, хворобливий стан самої жінки. Йдучи на аборт ні про що не думала. Після аборту з'явилась злість та ненависть до чоловіка, агресивність до всіх людей, усвідомлення, що зробила помилку, думала про самогубство. Допомоги шукала у психіатра, але дійсно вийти з такого стану змогла лише після того, як на вернулася до релігії. Про аборт шкодує і якщо б на той час їй би хтось допоміг вагітність залишила б. На даний момент заміжня і має 1 дитину.

11. **Бесіда з Тамарою.** Свої аборти пам'ятає, особливо перший, оскільки він був першою вагітністю, про другий аборт в ході розмови намагається не говорити. На час першого аборту була студенткою педуніверситету, навчалася на 4-му курсі. Розповідаючи про перший аборт жінка говорить впевнено, дивлячись в очі. Каже, що, мабуть, вчинила вірно, закінчила навчання, вийшла заміж, одразу народила доньку. Другий аборт жінка зробила місяць тому, розповідаючи про цей аборт говорить тихо, весь час опускає очі, каже, що дуже шкодує, виникли проблеми з чоловіком. Плаче. Більше не хоче розмовляти.

12. **Бесіда з Д.К.Ю.** Аборт був першою вагітністю. Намагаюсь поговорити з дівчиною про аборт, що відчувала напередодні. Жінка постійно уникає моїх питань, починає розповідати, що живе з бабусею, до університету вступала двічі, бубуся хворіє, залишити навчання не може. Намагаючись повернутися до аборту ставлю питання, чи знав хтось про вагітність, жінка знову починає

розповідати про хвору бабусю, університет, питаю чи вона знала про вагітність, жінка починає плакати. Після пауза говорить що відчула полегшення, іноді турбують погані сни, нудота, хоч ці розлади виникли після аборт, з ним їх жінка не пов'язує.

13. **Бесіда з Ольгою.** Аборт Ольги був першою вагітністю, 2 місяці тому. Жінка не заміжня, проживає разом з мамою, яка про вагітність нічого не знала. В консультацію прийшла разом з другом, каже, що всі довго відмовляли: лікарі, подруги, хлопець з яким зустрічалася 1 рік. Рішення зробити аборт приймала сама, навіть не вагаючись. В день аборт прокинулася з нудотою, яка тривала весь час, коли прокинулася після наркозу, поруч був друг, намагався втішити, казав, що все переживеться. Постійно уникала зустрічі з хлопцем, відчувала неприємні відчуття від поцілунків. На даний час жінка відмічає плаксивість, роздратованість, вразливість.
14. **Бесіда з Ольгою Д.** Аборт перша вагітність жінки. Бесіда з жінкою проводилася на третій день після аборт. Жінка студентка проживає разом з чоловіком у незареєстрованому шлюбі. Про вагітність дізналася пізно. Рішення зробити аборт приймалося разом з чоловіком, оскільки буди вагітною жінка приймала протизаплідні таблетки. Розповідаючи про аборт жінка постійно плаче, каже що дуже хвилюється що не зможе більше завагітніти. Вчора бачила як на дворі гуляє сусідка з коляскою. Сьогодні не могла встати з ліжка, весь час думаю, що не потрібно було цього робити.
15. **Бесіда з К.** Жінка не заміжня, проживає разом з батьками в селі. Рішення зробити аборт приймали всі крім дівчини, коли сказала батькам, довго кричали, ці слів К. вона студентка, її хлопець молодший на рік, в селі б не зрозуміли. На аборт йти не хотіла, до лікарні приїхала з матір'ю. Протягом двох тижнів ні з ким не розмовляє, скаржиться на порушення сну, дратівливість, вразливість.
16. **Бесіда з А.Р.С.** Говорити з А. важко, на питання чітких відповідей не

дає, розпочати бесіду погодилась, але після першого питання: „В якому віці був перший аборт”, розмовляти відмовилась, зіслалась на погане самопочуття.

17. **Бесіда з Інгою.** Жінка проживає разом з чоловіком та донькою від першого шлюбу. Перший аборт зробила 3 роки тому, оскільки з чоловіком жила погано, від зловживав алкоголем. Другий аборт зробила, як каже, через важке матеріальне становище. Жінка плаче, каже, що дитині виповнився б вже один рік, каже, що постійно думає про останній аборт, чоловік часто дорікає їй скоєним.
18. **Бесіда з А.К.В** Жінка виглядає в'ялою, байдужою до розмови, про аборти шкодує, хоча говорить, що іншого виходу на той час не було. Всі вагітності, які закінчилися абортами, жінка розпізнавала пізно, (аборти були в пізніх термінах), на всі аборти ходили з чоловіком. Аборти були 3, 4, 6 вагітностями. Після абортів відчувала розкаяння, неспокій, гіркоту, важкість, розуміла, що робить погано.
19. **Бесіда з Лідією.** Аборт був першою вагітністю жінки. Не знаючи, що вагітна, жінка лікувала грип, приймала антибактеріальні засоби, коли зрозуміла, що вагітна лікар порадив зробити аборт, оскільки прийом антибіотиків може пагубно вплинути на плід. Коли сказала чоловікові, що вагітна, той довго вмовляв залишити дитину, запевняв, що все буде добре. Зараз дуже шкодує, хоча після абарту пройшло вже більше року. Жінка весь час рахує скільки б її дитина мала місяців. Скаржиться на поганий сон, зниження настрою, байдужість.
20. **Бесіда з Т.М.Ю.** Аборт був другою та третьою вагітностями. Жінка в розмову вступає не охоче, каже, що про це говорити вже пізно, що не краще було б, якщо вона народила і не змогла прогодувати дітей, що якщо знову станеться так, що завагітніє, народжуватиме не буде. На питання чи не погіршився загальний стан після абортів, відповідає, що її турбують загальна втома, порушення сну, дратівливість,

вразливість, плаксивість, хоча з абортами вона це не пов'язує.

Додаток 6.

Бланк тесту

Шкала ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	Відповідь			
		ніколи	іноді	часто	завжди
1	я спокійна				
2	мені нічого не загрожує				
3	я напружена				
4	я неспокійна				
5	я відчуваю вільною				
6	я розгублена				
7	мене хвилюють можливі невдачі				
8	я відчуваю душевний спокій				
9	я схвильована				
10	я відчуваю внутрішнє задоволення				
11	я впевнена в собі				
12	я нервую				
13	я не знаходжу собі місця				
14	мене все дратує				
15	я не відчуваю напруги і хвилювання				
16	я задоволена				
17	я стурбована				
18	я надто збуджена, і мені не по собі				
19	я радію				
20	мені приємно				

Бланк тесту

Шкала зниженого настрою – субдипресії (ШЗНС)

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	я почуваю подавленість і смуток				
2	вранці я почуваюся краще				
3	у мене близько сльози				
4	я погано сплю				
5	у мене апетит не гірший ніж завжди				
6	мене приємно спілкуватись з привабливим чоловіком				
7	останнім часом я худну				
8	у мене бувають розлади травлення				
9	останнім часом я відчуваю прискорене серцебиття				
10	я втомлююсь без особливої причини				
11	мій розум такий само ясний, як і раніше				
12	зараз мені легше робити те, що я вмію				
13	я відчуваю тривогу				
14	я сподіваюсь на майбутнє				
15	зараз я більш дратівлива ніж завжди				
16	я легко приймаю рішення				
17	я відчуваю, що потрібна і корисна				
18	я живу достатньо повноцінним життям				
19	я думаю, що іншим людям краще без мене				
20	я й зараз радію від того, від чого й раніше				

Бланк тесту.

Шкала астеничного стану.

П.І.П. _____ Вік _____

№	Твердження	ніколи	іноді	часто	завжди
1	Я працюю зі значним напруженням.				
2	Мені важко сконцентруватися на будь – чому.				
3	Моє статеве життя не задовольняє мене.				
4	Очікування мене дратують.				
5	Я відчуваю м'язову слабкість.				
6	Мені не хочеться ходити в кіно чи театр.				
7	Я забудькувата				
8	Я почуваюся втомленою.				
9	Мої очі втомлюються при тривалому читання.				
10	Мої руки тремтять.				
11	В мене поганий апетит.				
12	Мені важко бути на вечірці чи шумній компанії				
13	Я не так добре розумію прочитане.				
14	Мої руки та ноги холодні.				
15	Мене легко образити.				
16	В мене болить голова.				
17	Вранці я прокидаюсь втомленою, не відпочилою.				
18	В мене бувають головокружіння.				
19	В мене бувають сіпання м'язів.				
20	В мене шумить у вухах				
21	Мене хвилюють статеві питання				
22	Я відчуваю важкість в голові.				
23	Я відчуваю загальну слабкість.				
24	Я почуваюсь погано в темряві.				
25	Життя для мене пов'язане з напруженням.				
26	Моя голова ніби стягнута обручем.				
27	Я легко прокидаюсь від шуму.				
28	Мене втомлюють люди.				
29	Коли я хвилююсь я покриваюся потом.				
30	Мені не дають заснути думки та хвилювання.				

Характеристика основних психокорекційних вправ групового тренінгу з жінками, що зробили аборт

Підготовчий етап

1. Вправа „Знайомство” (10 – 15 хв.).

Мета: створення дружньої атмосфери у групі.

Інструкція: Учасникам тренінгу по черзі пропонується назвати своє ім'я, яким вони хочуть називатися в групі. Кожен послідовний учасник, перш, ніж назвати своє ім'я, називає всі попередні.

2. Вправа „Самопрезентація” (20 – 30 хв.)

Мета: вираження учасниками тренінгу своїх позитивних якостей.

Інструкція: учасники групи повідомляють про свої три самі найбільш позитивні та три негативні риси. Завдяки цій вправі створюються умови для саморозкриття та формуються установки про значення своєї особистості.

3. Вправа „Радість” (20 – 25 хв.)

Мета: створення дружньої атмосфери у групі, переживання учасниками групи найприємніших подій життя.

Інструкція: учасникам групи пропонується згадати в своєму житті найприємніші події, поділитися своїми переживаннями один за одним. Дана вправа розкриває довірливі відносини між членами групи.

4. Вправа „Груповий малюнок: людина у кризовому стані” (30 – 40 хв.).

Мета: організувати арттерапевтичну роботу в групі та спрямувати групу на спільне рішення проблем в дружній атмосфері.

Інструкція: учасника тренінгу пропонується намалювати колективний малюнок, після чого арттерапевтична робота обговорюється в групі: - Що зображено на малюнку? – Що Ви відчували, коли малювали? – Чи можна по малюнку зробити висновок про настрої і думки групи?

Основний етап

1. Вправа „Виявлення життєвих цінностей” (20 – 25 хв.)

Мета: виявлення і зміна життєвих цінностей, потреб та внутрішніх протиріч. Дана вправа допомагає учасникам виявити і змінити життєві цінності, потреби та внутрішні протиріччя, внести корективи в життєві цінності.

Інструкція: всім жінкам пропонується на окремих аркушах паперу записати 10 своїх життєвих цінностей, відповівши на питання: - Що для Вас найбільш важливе у житті? Далі життєві цінності обговорюються в групі на предмет того, які з них є домінуючими, як змінювалися вони під час переживання різних періодів вікових та психологічних криз. Після обговорення кожен з учасників вносить певні корективи, якщо є необхідність.

2. Вправа „Психодрама субособистостей” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз учасниками групи своїх бажань, інтересів, потреб.

Інструкція: учасникам групи пропонується уявити, що за кожною з них стоїть ніби самостійна частина їх особистості, потрібно дати їй назву. Учасники виконують наступні завдання: 1). намалювати на окремому аркуші коло на всю сторінку, а всередині ще одне, діаметром 1 – 2 см., яке і буде Вашим „Я”. Оточуюче коло розбите на сегменти і розмістити в них 5 – 6 субособистостей, які є виразником Ваших бажань. Після цього пропонується розмалювати субособистості в різні кольори, порівняти свої бажання зі списком цінностей, які вони склали в попередній вправі. 2). Учасники кожен по черзі демонструє спілкування субособистостей і „Я”, розповідають про те за що вони цінують один одного, чому ображають і чого хочуть. На завершальному етапі вправи „головний учасник” розповідає своїй субособистості, яке місце вона буде займати в його подальшому житті.

3. Вправа „Сліпий і поводитир” (25 – 30 хв.).

Мета: підвищення довіри учасників тренінгу один до одного, створення дружньої атмосфери, організація „рухової розминки”.

Інструкція: учасники поділяються на пари, після чого один гравець із пари закриває очі (сліпець), а інший (поводир) бере його за руку і водить за собою, після чого партнери міняються місцями. Після чого учасники обговорюють почуття, які в них виникали.

4. Вправа „Коло впевненості” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління і відпрацювання прийомів впевненої поведінки, підсилення почуття впевненості в собі.

Інструкція: уявіть собі коло діаметром 60 см, увійдіть в нього і згадайте той прекрасний час, коли Ви були на „гребені успіху”. В тій ситуації максимально проявлялися всі ваші здібності. Все було добре, Ви переживали удачу. Якщо важко згадати історію, можна використати історію героя кінофільму. Фантазуйте сміливо!

5. Письмова вправа „Що я хочу досягти” (20 – 40 хв.)

Мета: обговорення найбільш важливих цілей.

Інструкція: Накресліть в уяві а потім опишіть план реальних досягнень у вашому особистому житті. Якщо Ви вважаєте, що для досягнення цих цілей заважають якісь проблеми, , спробуйте знайти шляхи для їх подолання.

6. Вправа „Моделювання сценаріїв життя”.

Мета: обговорення індивідуальних способів вирішення проблем, розвиток самоповаги, гнучкості поведінки.

Інструкція: „Намалюйте” в уяві прогноз бажаних досягнень в картинках, зміст яких наповнений сценаріями майбутнього життя. Групі ставились питання: - Яка назва у Вашого життєвого сценарію? – Він веселий чи сумний? – Чим закінчується сценарій? – Хто герої сценарію – реальні люди, чи герої кінофільмів, книг?

7. Вправа „Мій успіх у діяльності” (25 – 30 хв.)

Мета: використання позитивних емоцій, які пов’язані з минулим.

Інструкція: згадайте випадок зі свого минулого життя, коли Ви переживали значний успіх; закрийте очі та сотворіть яскраву картинку в уяві; зверніть увагу на розмір, форму, якість картинки, на рухи, звуки, які її створюють; далі поміркуйте про мету, якої Ви прагнете досягти, уявіть її чітко, уявіть її чітко, прокрутіть в думках картинку – досягнення мети; розмістіть цю картинку туди ж де була попередня; завдання полягає в тому, щоб ці дві картинки накласти одна на одну, прагніть пережити радість, задоволення від майбутнього

успішного завершення справи так, як ви відчували це в минулому .

8. Вправа „Втримати рівновагу”. (15 – 20 хв.)

Мета: формування впевненості в собі, вияв внутрішніх конфліктів Вправа є однією з форм ефективної роботи з тілом. Якщо людина втримує рівновагу тіла, вона внутрішньо врівноважена, впевнена в собі.

Інструкція: встаньте рівно. Зосередьтесь на своїх внутрішніх відчуттях і відчуйте в своєму тілі свою внутрішню опору, центр тяжіння, відчуйте себе ширяючою над землею, як птах опирається крилами на повітряний потік. Після цього підніміть зігнуту в коліні праву ногу, закрийте очі і відчуйте опору на землю. Відкрийте очі і повторіть це з лівою ногою. – На якій нозі стояти було легше – на правій, чи лівій? (Примітка: ліва сторона тіла відповідає за соціальні відносини, права – за особисті відносини із близькими людьми.

9. Вправа „Уникнення невдач” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз форм поведінки, спрямований на уникнення невдачі, пояснення механізмів психологічного захисту.

Інструкція: з групою розглядаються кілька форм поведінки, спрямованої на уникнення невдач, пояснюються прояви механізмів психологічного захисту. Потім перед групою ставились завдання: 1). Поміркуйте над тим, якою б ви хотіли себе бачити „достатньо здібною, але неорганізованою (тобто, яка боїться поразки), чи не достатньо здібною, але організованою, наполегливою, яка не боїться невдач. 2). Поміркуйте невдача визначається саме відсутністю здібностей. 3). Запишіть позитивні моменти пов’язані з невдачею. 4). Поміркуйте і запишіть, що б ви сказали іншій людині, яка зазнала невдачі. 5). Запишіть, що б ви сказали самій собі у хвилини розпачу.

10. Вправа „Місто впевненості” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз поведінки невпевненої в собі людини.

Інструкція: давайте складемо розповідь про місто, в якому зібралися і живуть самі впевнені люди з усіх.

11. Вправа „Як я долаю свій стан тривоги” (25 – 35 хв.).

Мета: ознайомлення з техніками подолання тривоги, страхів, хвилювання.

Інструкція: кожен із учасників розповідає про свій позитивний і негативний спосіб подолання тривожності, намагається визначити найприємніше та найбільш негативне. Надалі акцентувалась увага досліджуваних на тому, що дуже важливо для зниження тривожності: 1). навчитися адекватно визначати свої емоції, почуття, настрої; 2). набути навичок і вмінь контролювати й керувати своїми психологічними станами; 3). розробити індивідуальну програму саморозвитку і самовдосконалення. Після описаної вище психотехніки жінкам на опрацювання вдома пропонується письмова вправа „Опиши програму свого розвитку і самовдосконалення”.

12. Вправа „Сотвори собі ситуацію успіху” (25 – 40 хв.).

Мета: навчання адекватному вибору завдання, реальних і конкретних цілей.

Інструкція: сплануйте досягнення певної мети середньої складності. Докладіть усіх зусиль для її досягнення. Похваліть себе навіть за те, що досягли навіть незначного успіху, „нагородіть” себе чимось за цей успіх.

13. Вправа „Я господар” (20 – 30 хв.)

Мета: ознайомлення із особливостями поведінки впевненої в собі людини.

Інструкція: - Яке Ваше уявлення про господаря? Встаньте ті, хто вважає себе впевненою. Привітайте того, хто встав першим. – „Виконай що-небудь, щоб всі зрозуміли, що ти керівник, після цього передай свої повноваження іншому”.

14. Вправ „Емоції у моєму тілі” (20 – 25 хв.)

Мета: аналіз особливостей сприйняття власних емоцій з тілесними переживаннями. Матеріал: для кожного біли підготовлені схеми людського тіла та олівці.

Інструкція: Намалюйте емоції у вигляді ліній на тих частинах тіла ,які ви відчуваєте напруженими. В залежності від типу емоцій (радощі, злості, суму....), що ви переживаєте, намалюйте лінії різними кольорами: сумні лінії, злі, втомлені. Уявіть, що ви розсердилися, в якій частині тіла зосереджена злість? Намалюйте її. Тепер подумайте що вас може злякати? де на тілі локалізується ваш страх? Замалюйте його чорним олівцем. Де в тілі ви

відчуваєте радість? Яке відчуття вам було легше за інші уявити? Чи є в когось з групи схожі відчуття? Якщо людині вдається скоротити тонус м'язів тієї частини тіла, яка є найбільш напруженою, розслаблення поширюється на всю нервову систему. Так спрацьовує ефект зниження нервового напруження. Для цього учасникам пропонуються використовувати вдома деякі прийоми аутогенного тренування та релаксації, гімнастики зранку і перед сном.

15. Вправа „Позбався образу невдахи”. (20 – 25 хв.).

Мета: аналіз причин послаблення успіху і досягнень.

Інструкція: Сприйняття себе як невдахи відображається на нашій мотивації. Кожна людини здатна досягти успіху, якщо дотримуватиметься таких принципів: 1). Ви повинні дуже прагнути досягти мети, і сама мета буде вести вас до успіху. 2). Міркуйте постійно про кінцевий результат, про свою мету, і засоби її досягнення. 3). Не бійтеся помилкових або тимчасових невдач.

16. Вправа „Скривджена людина” (15 – 25 хв.).

Мета: аналіз групою реагування на кривду впевненої у собі людини.

Інструкція: Кожному учаснику тренінгу пропонується закінчити речення: „Я відчуваю себе скривдженим коли...” Намалуйте вираз обличчя скривдженої людини.

17. Вправа „Моє відображення” (10 – 30 хв.).

Мета: аналіз само відношення учасниками групи.

Інструкція: Пограємо в гру, яка допоможе нам виявити ставлення до самого себе. Задача кожного – уважно подивитися на себе у дзеркало як на незнайому людину і відповісти на такі питання: - Що привабливого ви бачите в цій людині? – За що її можна любити? – Що в ній викликає повагу?

18. Вправа „Мої цінності” (25 – 30 хв.)

Мета: аналіз групою виявлених інструментальних цінностей. *Інструкція:* згадайте свої невдачі. – Які із якостей були тоді відсутні? – Чи спроможні ви змінити цю поведінку на іншу? – Які цінності можуть вплинути на ваші досягнення? – Які цінності із минулого життя ви могли б забрати для того, щоб зробити теперішнє життя більш кращим?

19. „Точка опори” (25 – 30 хв.)

Мета: вправління у розкритті сильних сторін особистості.

Інструкція: Поміркуйте над тим, які сильні сторони у вас є, тобто над тим, що ви найбільш цінуєте і любите у собі, що надає вам впевненості. Саме ці якості допомагають нам подолати труднощі і успішно завершити свої справи. Кожному дається дві хвилини для аналізу своїх сильних сторін.

20. Вправа „Опиши свій стан у кризі” (25 – 35 хв.).

Мета: аналіз почуттів і емоційних станів, що переживаються у кризі.

Інструкція: опишіть свої найхарактерніші для вас емоції і почуття під час переживання змін у вашому житті. У процесі виконання цієї вправи група приходить до висновку, що будь – які кризові зміни в житті можна зустріти не як неприємність чи трагедію, а як шанс розпочати нове життя.

21. Вправа „Подолання звинувачення” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: вправа виконується в парах. Один з учасників звинувачує інших, а інший аналізує чи є звинувачення оправданими.

22. Вправа „Що я відчуваю” (15 – 25 хв.).

Мета: вправління в самоаналізі учасниками тренінгу своїх психічних станів.

Інструкція: Опишіть, що ви відчуваєте, коли переживаєте ситуацію життєвих змін.

23. Вправа „Подолання” (25 – 30 хв.).

Мета: аналіз індивідуального способу подолання перешкод та успішного рішення проблем.

Інструкція: Згадайте перешкоди у своєму житті і знайдіть те загальне, що допомагає вам долати труднощі. Таким чином у кожного із нас буде під рукою наш загальний досвід успішного подолання перешкод.

24. Вправа „Прийняття критики” (20 – 25 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: - Чи згодні ви з тим, що людина, яка не вміє адекватно сприймати критику і реагувати на неї, схожа на людину з довгими пальцями на ногах, на

які легко наступити. Опишіть реакції „тривожного” партнера на критичні зауваження інших.

25. Вправа „Відстоювання своєї думки” (25 – 30 хв.).

Мета: корекція самооцінки.

Інструкція: подумайте про способи, з допомогою яких ви зможете відстояти свої права і виберіть самий кращий. Висловіть свої думки, уникаючи давати оцінку.

26. Вправа „Подарунок” (15 – 20 хв.).

Інструкція: учасники тренінгу встають і тримаючись за руки, потискуванням руки своєму сусідові справа передають подарунки: це може бути просто усмішка, слова „я вдячний тобі за приємне заняття , участь у тренінгу, зображення якогось предмету засобом пантоміми (шоколадки, троянди, сонця).

27. Підведення підсумків психологічної роботи з формування мотиваційного розвитку і саморозвитку з метою закріплення набутого досвіду особистістю щодо прийняття конструктивних рішень.

Завершальний етап.

1. Вправа „Казка” (40 – 60 хв.).

Мета: аналіз „кризовості” мотиваційної сфери особистості, способів подолання труднощів, дослідження динаміки мотивів.

Інструкція: учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На матеріалі казок групою виявляються елементи змін у ціннісно – смисловому просторі кожної жінки.

Творче завдання – придумування казки відноситься до проєктивних методів у психології. В інтерпретації результатів використаного методу творення казки учасниками тренінгу використовувались принципи роботи із казками та загальні закономірності цієї роботи, описані Т.Д. Зінкевич – Євстігнеєвою [5,с.16-19.]. Схема роздумів над змістовними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасників тренінгу, спроектовані ними на вигадану казку, представлені в додатках. (додаток 10).

2. Вправа „Зворотній зв’язок” (10 – 15 хв.).

Мета: груповий аналіз вражень від тренінгу.

Інструкція: учасниками групи пропонується поділитися своїми враженнями, щодо тренінгу в цілому і відповісти на питання: ”що я відчуваю зараз?”, „які нові цінності я здобула?”, „що дала мені робота в групі?”.

Додаток 10.

Схема роздумів над змістовно – динамічними особливостями мотиваційної сфери та способами рішення труднощів учасниками тренінгу, спроектованими ними на вигадану казку

Характеристика поведінки героя казки.	Коментарій.
Герой казки самостійно вирішує проблему.	Прояв інтровертного локусу контролю у вирішенні професійних і життєвих проблем, що вказують на продуктивність у діяльності.
Герой казки вирішує всі, або практично всі, проблеми, сподіваючись на допомогу інших героїв.	Прояв екстравертного локусу контролю у рішенні професійних і життєвих проблем, що впливає на зниження продуктивності діяльності.
Спосіб вирішення проблеми героєм казки активний – використання ним чарівних предметів, прямий напад на ворога тощо.	Важливо оцінити, в яких ситуаціях реального життя герой казки схильний використовувати той чи інший спосіб вирішення труднощів.
Уникнення вирішення проблем – пасивний спосіб подолання труднощів.	Пасивне підкорення соціальним вимогам, вибір занадто легких або складних завдань, цілей; суб’єктивна готовність до гострого переживання невдачі, прояв психологічних захисних механізмів.
Герой казки прикидається слабким, нерозумним.	Погляд на ситуацію з іншого боку, обернення ситуації в гумор.
Герої казки розподіляють обов’язки між собою.	Готовність до взаємодії, вміння ефективно розподіляти обов’язки, прояв організаторських здібностей.
Герой казки передає права вирішувати важливе завдання іншому героєві.	Передача відповідальності іншому як прояв – екстравертного рівня контролю – з одного боку, з іншого – в ситуаціях, які неможливо

	вирішувати самостійно, важливо продумати, хто б міг допомогти.
Здійснення героєм казки тих чи інших вчинків.	Аналіз видимої і скритої мотивації.
Прояв емоційних реакцій героя казки на певну ситуацію.	Роздуми над казкою з позицій почуттів, що дає можливість проаналізувати почуття – мотиви, інтереси, потреби, бажання.
Герой використовує чарівні предмети.	Самонавіювання почуттів захищеності.
Герой дарує або йому дарують подарунки.	Прояв гнучкості у вирішенні нових важливих ситуацій.
Герой виступає творцем або руйнівником, по відношенню до себе, інших героїв казки, оточуючого світу.	Прояв базової тенденції: конструктивної (що сприяє особистісному розвитку) та деструктивної (перешкоджає розвитку).
Використання героєм казки помічників, чарівних предметів, які оживляють тіло, загоюють рани; елемент нового народження у казці.	Вміння протистояти психологічній кризі, орієнтація на конструктивне вирішення життєвих проблем.

[21]

Додаток 11.

Алгоритм розрахунку критерію Фішера (χ^2)

1. Визначити ті значення ознак, які будуть критеріями для розділу досліджуваних на тих, у кого „є ефект” і тих, у кого „немає ефекту”.
2. Накреслити таблицю з двох стовпчиків і двох рядків. Перший стовпчик – „є ефект”; другий – „немає ефекту”; перший рядок зверху – 1 група; другий – 2 група.
3. Підрахувати кількість досліджуваних в першій групі, у яких „є ефект”, і занести це значення в лівий стовпчик таблиці.
4. Підрахувати кількість досліджуваних в першій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий верхній стовпчик таблиці. Підрахувати суму за двома верхніми стовпчиками таблиці. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних в першій групі.
5. Підрахувати кількість досліджуваних в другій групі, у яких „є ефект” і занести це число в лівий нижній стовпчик таблиці.

6. Підрахувати кількість досліджуваних в другій вибірці, у яких „немає ефекту”, і занести це число в правий нижній стовпчик таблиці. Підрахувати суму в двох нижніх стовпчиках. Вона має співпадати з кількістю досліджуваних у другій групі.
7. Определити процентні долі досліджуваних, у яких „є ефект”, шляхом віднесення їх кількості до загальної кількості досліджуваних в даній групі. Записати отримані процентні долі відповідно в лівий верхній і лівий нижній стовпчик таблиці в дужках, щоб не сплутати з абсолютним значенням.
8. Перевірити чи не являється одна з процентних долей нулю.
9. Определити за таблицею XII Додатку 1 [15] величини кутів φ для кожної з процентних долей.
10. Підрахувати емпіричне значення φ^* за формулою:

$$\varphi^* = (\varphi_1 - \varphi_2) \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

де φ_1 – кут, який відповідає більшій процентній долі;

φ_2 – кут, який відповідає меншій процентній долі;

n_1 – кількість досліджуваних в першій групі;

n_2 – кількість досліджуваних в другій групі.

11. Порівняти отримані значення φ^* з критичними значеннями:

$\varphi^* \leq 1,64$ ($p \leq 0,05$) та $\varphi^* \leq 2,31$ ($p \leq 0,01$).

Якщо $\varphi^*_{\text{емп}} > \varphi^*_{\text{кр}}$, H_0 заперечується.