

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРВЫЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Психологические особенности протекания беременности у
женщин при различных формах патологии***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:
студентка 6 курса
факультета клинической психологии
Крылатова Екатерина Валерьевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
доцент, к.пс.н.
Бизюк Александр Павлович
_____ (подпись)

Санкт-Петербург

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ.....	8
1.1. Беременность как критическое нормативное жизненное событие.	8
1.2. Патология беременности с позиций медицинской психологии...	17
1.3. Условия изменения эмоциональной сферы женщин в период беременности.....	21
1.4. Роль психологического состояния матери в протекании беременности.....	24
1.5. Анализ психологических реакций при разных особенностях патологии беременности	29
1.6. Особенности психологической поддержки женщин с патологией во время беременности	36
1.7. Роль психолога в поддержке беременных женщин с патологией.	38
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	50
2.1. Характеристика исследуемой выборки	50
2.2. Организация исследования	51
2.3. Методы и методики исследования	51
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ	60
3.1. Описательная статистика анамнестических данных	60
3.2. Описательная статистика по результатам методик.....	61

3.3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕЖДУ ПАЦИЕНТКАМИ С НОРМАЛЬНО-ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И БЕРЕМЕННОСТЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ.....	68
3.4. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ И УРОВНЕМ РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	70
3.5. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ И УРОВНЕМ РИСКА В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	72
3.6. РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ.	73
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	75
ВЫВОДЫ.....	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	79
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	81

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность: Масштабные социальные изменения в современном обществе, трансформация его социальной и возрастной структуры, особая острота демографических проблем обуславливают востребованность изучения проблем, связанных с беременностью.

В настоящее время исследователи уделяют особое внимание изучению беременности с точки зрения условий, необходимых для благоприятного развития ребенка. О.В. Баженова, Г.И. Брехман, Ж.В. Колесова, Т.В. Сколбо, Л.В. Наумова, И.В. Добряков, Л.Л. Баз и другие исследователи активно занимаются этой проблематикой. Важно отметить, что беременность необходимо рассматривать не только в контексте способности создать благоприятные условия для развития ребенка, но и как важный этап развития самой беременной женщины и формирования ее личности. В процессе беременности происходят значительные изменения во многих сферах жизни женщины, а также происходит серьезная трансформация самосознания и ценностно-смысловых аспектов.

Таким образом, беременность является ключевой стадией внутренних перестроек у женщины, часто сопряженной с противоречиями. Это указывает на необходимость и значимость понимания психологических изменений, происходящих внутри нее во время физиологического процесса беременности, а также в случае выявления патологии во время периода вынашивания.

В настоящее время в России законодательно почти не регулируется предоставление психологической поддержки беременным женщинам. Существуют нормативные акты, которые регулируют оказание медико-психологической помощи только женщинам, находящимся в кризисной ситуации. Однако, не всегда легко определить, насколько критична ситуация. В связи с этим, программы подготовки к родам, основанные на базе женских

консультаций, имеют перевес в сторону медицинских аспектов подготовки, исключая психологический компонент. Выработка эффективных мероприятий, направленных на оптимизацию деятельности психолога в медицинских учреждениях, должна основываться на объективной информации об особенностях психологического реагирования женщин на выявленную патологию беременности и готовности будущих матерей к удовлетворению медико-социальных потребностей детей после их рождения. Анализ и оценка индивидуально-личностных характеристик женщин с осложненным течением беременности, а также изучение их способности решать конфликты в стрессовых ситуациях и применять копинговые стратегии, представляют значительный интерес в данном контексте.

Изучение взаимосвязи между готовностью будущих матерей удовлетворять потребности детей после их рождения, особенностями личности и способами преодоления стресса женщинами при нормальном и осложненном течении беременности может помочь в работе перинатальных психологов. Настоящее исследование было посвящено изучению и описанию особенностей психологического реагирования женщин на установленную патологию беременности.

Цель исследования: выявление психологических характеристик, свойственных женщинам с патологически протекающей беременностью, для определения необходимости психологической поддержки в дальнейшем

Гипотеза исследования: патология, связанная с беременностью, негативно влияет на восприятие беременности и психологический аспект ее дальнейшего протекания.

Объект исследования: женщины с нормально протекающей/патологически протекающей беременностью.

Предмет исследования: Психологические особенности протекания беременности у женщин с разными формами патологии.

Задачи исследования:

1. Выявить эмоционально-личностные особенности пациенток с нормально протекающей беременностью.
2. Выявить эмоционально-личностные особенности у пациенток с патологически протекающей беременностью.
3. Выявить психологические особенности пациенток с беременностью при разных формах патологии.
4. Сравнить психологические характеристики нормальной и патологической беременностью.
5. Определить взаимосвязи психологических характеристик и уровня риска прерывания беременности или ее патологического исхода у пациенток с нормально протекающей беременностью.
6. Определить взаимосвязи психологических характеристик и уровня риска прерывания беременности или ее патологического исхода у пациенток с патологически протекающей беременностью.

Методы исследования:

1. Клинико-биографический метод, сбор анамнеза, анализ документации
2. Экспериментально-психологический метод предусматривал обследование по методикам:
 - ЛИРИ
 - Большой Пятифакторный опросник (BIG-5)
 - копинг-стратегии Лазаруса
 - Шкала тревоги Спилберга-Ханинга
 - Шкала самооценки Цунга
 - Опросник близости отношений, RCI
 - Тест Отношений Беременной (ТОБ) И. Добрякова
 - Статистический метод

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о психологических особенностях беременных женщин.

Практическая значимость работы заключается в разработке методических рекомендаций для акушеров-гинекологов по выстраиванию контакта с пациентами, наблюдающихся по поводу беременности, с учетом их психологических особенностей, а также-разработки программы психообразования для беременных женщин.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ

1.1. Беременность как критическое нормативное жизненное событие

В последние годы вопрос о психологических особенностях протекания беременности при различных формах патологии занимает важное место в научных исследованиях. Основываясь на работах таких ученых, как Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. (2002), можно сделать вывод о том, что чувства и переживания женщины в этот период напрямую связаны с ее физическим состоянием.

В то же время, другие авторы, такие как Василенко Т.Д. и Воробьева М.Е. (2016), отмечают роль психосоматических факторов в развитии различных патологий при беременности. Это подчеркивает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы и поиска эффективных методов для поддержки будущих матерей.

У всех народов есть свои культурные особенности, но можно выделить нечто общее. Такие процессы как беременность и роды, а также период младенчества проходят в контексте жизни общества. И поскольку рождение новых членов общества является значимым событием, эти традиции образуют целый культурный пласт, который можно назвать перинатальной культурой (культурой деторождения), а каждый человек в той или иной степени является носителем этой перинатальной культуры.

Тридцать пять лет назад в Германии было основано медицинское общество для исследования вопросов, связанных с рождением. В 1986 году это общество получило международный статус - Международная Ассоциация Пренатальной и Перинатальной Психологии и Медицины. В том же году президент МАППМ, профессор Г. Федор - Файберг (Стокгольм, Швеция) на 8 Конгрессе в Бадгештайне (Австрия) изложил следующие

позиции: «рождение человека не может быть сферой, представляющей интерес исключительно для медицины. Точно так же, как зачатие и рождение являются результатом взаимодействия многих физических, психических и эмоциональных систем, так и практика родовспоможения должна привлекать внимание широкого спектра динамично развивающихся научных дисциплин и научных методологий» (Балакирева., 2017). Обобщение международного опыта перинатальной психологии свидетельствует о том, что за многие годы был заложен прочный фундамент в понимании беременной женщины, ее беременности и родового процесса. Была разработана система психо-профилактической подготовки беременных женщин и их партнеров к родам, а также система взаимодействия между матерью, ближайшими родственниками и медицинским персоналом с еще неродившимся ребенком и впоследствии сноворожденным. Благодаря развитию перинатальной психологии были заложены основы технологии дородовой защиты матери и ребенка, включающей биологические, психологические и социальные аспекты, которые в свою очередь способствуют предотвращению психических и психосоматических расстройств и заболеваний как у матери, так и у ребенка.

Период беременности - это феномен, который каждая женщина, прошедшая через него, воспринимает как нечто совершенно непохожее на все остальные периоды своей жизни. Любопытно, что оценка этого времени может быть совершенно противоречивой: для одних женщин оно представляет собой невероятную силу и смысл, положительные эмоции и переживания, а для других - ощущения большой негативности, боли и страдания. Но его особенностью всегда является его особое значение и неповторимость, в свойственном только ему комплексе ощущений. С увеличением срока беременности, по наблюдениям ученых, изменяются и психологические характеристики беременных женщин. Это возможно связано с множеством физиологических, эмоциональных и социальных

факторов, которые влияют на состояние будущей мамы. Важно отметить, что каждая женщина уникальна, и ее опыт беременности будет индивидуален. Л. Перну отметил, что «в середине и ближе к концу беременности женщина может быть уверенной, что у нее есть ребенок, но эта уверенность – это еще не реальность». К третьему триместру беременная сосредотачивает все свои помыслы на будущем ребенке, психосоциальные связи с окружающим ее миром и людьми становятся менее яркими. В клинически ориентированных психологических исследованиях нередко обсуждается связь психологического состояния женщины во время беременности и успешностью вынашивания ребенка (Прохорова, 2019).

Однако, исследования британского психоаналитика и члена Британского Психоаналитического общества Савенышевой С.С. указывают на то, что беременность может вызвать глубокие личностные конфликты у женщины, связанные с кризисом самоидентичности и амбивалентностью ее переживаний (Савенышева, 2010). Одной из основных причин таких конфликтов являются отношения беременной с внутренним интроецированным образом матери, который влияет на ее самочувствие, а также отношения с внутренним образом ребенка. Отношения с матерью играют важную роль в нормальном полоролевом развитии девочки, а с появлением беременности этот процесс приобретает еще большую значимость. Беременность оживляет переживания матери по отношению к своему избраннику, телу и ребенку, которые влияют на самочувствие и эмоциональное состояние беременной женщины. Если матери не удалось полноценно удовлетвориться своим телом и беременность вызывает неудобства и страдания, у дочери также может возникнуть депрессия, тревожность и физиологические осложнения беременности, такие как токсикозы, угрозы выкидыша, преэклампсия, эклампсия и другие. Тимошенко Н.С. также отмечала, что переживания матери влияют на переживания беременности дочери (Тимошенко, 2017). Чувства самой

матери оказывают постепенное влияние на развитие дочери с момента беременности и до пубертатного возраста. Важным этапом в развитии девочки является отношение матери к ее телесным проявлениям на младенческом этапе.

Насильственный, полный контроль: установление жесткого режима приема пищи, времени отхода ко сну, справления естественных нужд, невозможность телесного контакта – в дальнейшем формирует противоречивое отношение девочки-девушки к своему телу и формирует потребность в контроле и внешней оценке. Из-за этого беременная уделяет чрезвычайно много внимания медицинскими параметрами, испытывает сомнения в адекватности своего состояния, испытывает трудности при необходимости описывать его, опираясь в большей степени на предположения и мнение врача, а не на собственные ощущения. В сложный период пубертата появляется необходимость в отделении девочки от матери, ее самоидентификации. Девушка становится старше, у нее меняется фигура. Но если мать не довольна собой как женщиной, то она не даст дочери возможности пройти сепарацию, потому что ее внутренний ребенок тоже не отделен. Взрослая дочь и внутренний ребенок у нее соединены и создают симбиотические отношения, которые позволяют матери прожить через дочь свою жизнь заново. Такая мать контролирует телесные проявления дочери, особенно сексуальные, подавляя индивидуальность, наказывая ее за проявление самостоятельности. При таком развитии отношений внутренний образ наказывающей матери актуализирует у беременной негативные чувства при сексуальных отношениях с партнером, приведшие к беременности, что влечет за собой неприятие ребенка не только во внутриутробном состоянии, но и после рождения.

Современные отечественные психологи также вносят свой вклад в психоаналитическую позицию. Так, Борисенко Ю.В. рассматривает беременность как акме женщины, исследуя ее акмеологический потенциал

(Борисенко, 2018). Взгляд на мотивацию сохранения беременности дан шире (в психоанализе ограничение подсознательными мотивами) – включены социальные мотивы, определяемые культурой и историческим временем: сохранение отношений с партнером, соответствие социальным ожиданиям. Описывается синдром беременности, симптомы которого имеют универсальный характер и включают в себя все многообразие психологических новообразований, характерных для беременной женщины. Сюда относятся: аффект осознания себя беременной, симптом принятия решения, симптом нового «Я», симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого отношения к беременности, симптом принятия новой жизни в себе, симптом перинатальной дисморфофобии, симптом завышенных притязаний по отношению к другим. Знание о самой себе и о сопровождающих беременность соматических и психических состояниях, наоборот, создает благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, способствует личному взрослению женщины, укреплению и обогащению ее психики новым уровнем психологических самооценок. Володина В.В., с соавторами указывает, что если беременные женщины характеризуются сниженным настроением и умеренно выраженным напряжением. Они склонны оценивать свое самочувствие как «плохое», «разбитое», «вялое» (Володина, 2016). Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. установили состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различного уровня у 40% беременных с нормально протекающей беременностью. Собственно пограничные нервно-психические расстройства были представлены в виде ипохондрического и истерического синдромов. Показатель личностной тревожности составил $43,3 \pm 2,1$ балла, реактивная тревожность женщин возрастала на протяжении беременности (Баженова, Баз, Копыл. 1993).

Существуют и другие формы пограничных нервно-психических расстройств, как указывают Горьковая И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А. В

своих исследованиях авторы обращают внимание на особенности этих расстройств, которые включают в себя непосредственно связанные с беременностью психопатологические феномены. Такие формы включают различные опасения за благополучный ход беременности, навязчивые страхи за судьбу плода, ожидание родов, а также условно-рефлекторные страхи, связанные с неблагоприятным опытом предыдущих беременностей и родов. (Горьковская, Микляева, Коргожа, 2016). Изучая беременных, у которых признаков пограничных нервно-психических расстройств не выявлено, авторы отметили, что акцентуация характера установлена лишь у четверти женщин. Психологический стресс в перинатальном периоде несет с собой целый комплекс проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременной во избежание акушерских и других осложнений. Однако, как показали исследования авторов, пока еще не найдены диагностические критерии перехода стресс-синдрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний.

Добряков И.В. и соавторы провели исследование, посвященное значению психологической ригидности при психоэмоциональном стрессе у беременных (Добряков, Прохоров, Прохорова, 2016). Изучив данную проблематику, они обнаружили, что хронический психоэмоциональный стресс является распространенным состоянием почти у половины беременных женщин, проживающих в крупных промышленных городах. Кроме того, было обращено внимание на неоднородность психологических реакций у женщин на одинаковые стрессовые ситуации. При сравнении различных типов реагирования беременных на хронический стресс были выявлены значительные различия в большинстве показателей ригидности: динамической, практической, когнитивной, эмоционально-аффективной и психо-социальной. Исходя из этого, авторы предположили необходимость дифференцированного подхода в психокоррекции при стрессе в период беременности, в зависимости от типа реагирования и вида

стресса. При этом рекомендуется использовать различные методики. Введение индивидуального подхода к проблемам беременных женщин, находящихся в состоянии психоэмоционального стресса, позволит усовершенствовать их психическое и физическое состояние, а также избежать многих проблем в перинатальном периоде.

Изучении специальной литературы, касающейся психологических аспектов периода беременности, отражает две направленности психологической мысли: беременность – это физиологическое явление, а, следовательно, происходящие в женщине изменения биологически обусловлены и в коррекции не нуждаются; беременность - это стрессор, который вызывает определенное реагирование, требует включения адаптационных механизмов для преодоления последствий его влияния.

Многие реакции плода связаны с психологическим психосоматическим состоянием матери. Знаков В.В в своём исследовании пишет: «Ребенок совершает судорожные движения, когда мать волнуется, делает гримасу недовольства, когда матери вводят медикаменты. Поскольку эндокринная система ребенка начинает формироваться очень рано, он на гормональном уровне переживает все состояния матери» (Знаков, Рябикина, 2017).

Неоднозначность оценок связей между психическими функциями и беременностью заставляет нас обратиться к теории стресса и особенностям адаптации к стрессовым ситуациям. Стресс, как явление, может пройти три этапа в своем развитии. Первый этап, стадия тревоги, характеризуется мобилизацией ресурсов организма. В этот период наши функции организма находятся в повышенной готовности для справления со стрессором. Второй этап, стадия резистентности, наступает тогда, когда организм сопротивляется стрессору. Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, наш организм борется с ним и старается сохранить гомеостаз. Наконец, третий этап, стадия истощения, связан с истощением запасов адаптационной энергии организма. Истощение может произойти при воздействии

интенсивного раздражителя или при длительном воздействии слабого раздражителя. Также, недостаточность адаптивных механизмов организма может привести к истощению. Понимая эти этапы стресса, мы можем более осознанно подходить к адаптации к стрессовым ситуациям во время беременности. Стрессы в этот период могут оказывать влияние на психические функции женщины, а знание механизмов адаптации позволяет более эффективно управлять возникающими стрессорами (Изард, 2017). С этого периода идет широкое обсуждение самого понятия стресса (Коваленко, 2017). С одной стороны стресс способствует запуску процесса мобилизации защитных сил организма, ресурсов организма для преодоления трудностей, но с другой стороны стресс может оказаться причиной серьезных расстройств (Выготский, 1983). То что беременность наступила, означает, что у женщины начинается период, который является нормативным критически важным жизненным периодом, в силу того что имеет биологическую природу. Это событие может для каждой женщины иметь разный знак - положительный - желанность, востребованность, отрицательный - нежелательность, несвоевременность, определенные сложности (ограничение профессиональных возможностей, материальные затруднения и т.д.). В данных ситуациях психика по-разному подвергается длительной нагрузке из-за необходимости адаптации. Но во всех случаях беременность попадает под определение макрострессора, который соответствует трем критериям: беременность датируется и локализована во времени и пространстве; беременность требует качественной реорганизации в структуре «индивид - окружающий мир» и этим отличается от временной, преходящей адаптации; беременность сопровождается стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это нередко случается в повседневной жизни (Фрейд, 1993).

Критическое нормативное жизненное событие - беременность требует от женщин более высоких затрат и более продолжительного времени на

адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров. В случае возникшей установленной патологии вынашивания, со стороны матери или плода, часто женщинам недостаточно собственных сил и возможностей, для преодоления такого рода стрессора. Этим объясняется важность описания и понимая, что именно происходит с психикой женщин, с патологией беременности и как медицинский персонал должен оказывать помощь, в соответствии с пониманием этого.

Беременность часто рассматривается в литературе как критическое нормативное жизненное событие, которое может вызывать у женщины различные психологические реакции, особенно при наличии патологий (Варга, 2009).

Согласно Ветчаниной Е.Г., беременность может быть особой стрессовой нагрузкой для организма. При этом степень стресса зависит от множества факторов: общего состояния здоровья, формы и стадии патологии, а также от индивидуальных особенностей самой женщины (Ветчанина, 2015).

Психолог Каплан М. в своей работе «Психология беременности» подчёркивает значимость социальной поддержки в период беременности (Каплан, 2018). Отмечается, что у женщин, страдающих от различных форм патологий и имеющих недостаточную социальную поддержку, риск развития депрессивных состояний возрастает. Также акцентируется внимание на важности подготовки к родам. По мнению авторов, неподготовленность женщины к процессу родов может привести к повышенной тревожности и страху, что особенно актуально при наличии патологий. Психологические факторы также могут играть ключевую роль в развитии осложнений беременности. Авторы указывают на то, что у женщин с высоким уровнем тревожности и стресса больше вероятность развития гипертонической болезни или преэклампсии (Блох, 2015).

В своей работе «Жизнь после диагноза» О'Брайан затрагивает тему психологического влияния диагноза патологии на состояние беременной

женщины. Автор отмечает, что неопределённость и страх перед неизвестным могут вызывать сильное эмоциональное напряжение (О'Брайан, 2021).

Беременность является особо важным и ответственным периодом в жизни каждой женщины. Однако, некоторые будущие мамы сталкиваются с различными формами патологии, которые могут оказать влияние на их эмоциональное состояние и психическое благополучие. При наличии патологий во время беременности возникают не только физические проблемы, но и различные эмоциональные и психические трудности у женщин. Медицинская психология играет важную роль в поддержке и помощи таким будущим мамам.

1.2. Патология беременности с позиций медицинской психологии

В основе психологии патологии и болезни лежит медицинская психология, которая представляет собой ответвление из общей психологической науки, изучает нормальные психические процессы и личностные свойства человека. В проблемы и задачи медицинской психологии входит исследование личности пациента в болезни, как соматической, так и психической; изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение отношений больного человека с окружающей его средой.

Один из аспектов, который изучается при анализе этих особенностей, – это связь между патологией беременности и уровнем тревожности, депрессии и других психических расстройств у женщин. Некоторые исследования указывают на то, что женщины с патологической беременностью имеют повышенные уровни тревожности и депрессии по сравнению с теми, у кого беременность протекает нормально (Басалаев, 2019). Также стоит отметить важность поддержки социальной среды для женщин с патологической беременностью. Различные формы патологии

могут вызывать не только физическую боль и дискомфорт, но также могут оказывать негативное влияние на психологическое состояние будущей мамы. Поддержка со стороны родных, друзей и специалистов может помочь улучшить эмоциональное состояние женщины и повысить ее адаптивные возможности.

Беременность – это период, который характеризуется не только физиологическими изменениями в организме женщины, но и глубокими психоэмоциональными переживаниями. При наличии патологии у беременной, процесс становится еще сложнее и требует особого подхода со стороны медицинских специалистов (Алешина, 2016).

В работе Кутушева Р.Р. и Гумерова Р.Б. отмечается, что при возникновении патологий в период беременности значительно повышается риск развития стрессовых состояний, тревожности и депрессивных расстройств (Кутушева, Гумерова, 2019). Это связано с обеспокоенностью здоровьем ребёнка, страхом перед предстоящим родами и возможными осложнениями.

Белогай К.Н. подчеркивает ключевую роль психосоматической подготовки к беременности для предотвращения развития депрессии и тревожности (Белогай, 2016). Она также указывает на необходимость комплексного подхода в лечении психологических нарушений, включая не только медикаментозную терапию, но и психотерапевтическое вмешательство.

Специалисты отмечают, что у женщин с патологической беременностью часто происходит переосмысление жизненных ценностей, возникает ощущение угрозы для жизни и здоровья будущего ребёнка (Брачкова, 2019). Это может вызывать развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое требует своевременного выявления и комплексной коррекции (Ланцбург, 2011).

Переживания женщины в этот период напрямую связаны с её способностью приспосабливаться к новому состоянию. Степень адаптации может колебаться от положительного приема изменений до развития глубокой депрессии. Психологическая поддержка беременной является ключевым элементом в управлении этим процессом (Миронова, 2020).

Основная задача медицинского персонала – создание условий для психологического комфорта беременной, помощь в адаптации к новому состоянию, снижение уровня тревожности и страха. Это может быть достигнуто через психотерапию, проведение групповых занятий, обучение техникам релаксации (Савеньшева, 2010).

Таким образом, патологическая беременность оказывает существенное влияние на психологическое состояние женщины и требует особого подхода со стороны медицинского персонала. Понимание специфики этих изменений поможет своевременно выявить возможные проблемы и предложить эффективные методы коррекции.

В последние десятилетия психологи и медицинские специалисты уделяют все больше внимания взаимосвязи психического состояния беременной женщины и её физического здоровья, а также благополучия развивающегося плода.

Согласно работам Могилевской Е.В., одной из важных проблем современного акушерства является выявление связи между наличием различных форм патологии у беременной женщины и изменением её психологического состояния. По данным автора, каждая третья женщина при наличии патологии испытывает значительные эмоциональные расстройства (Могилевская, 2010).

Анализ литературы указывает на то, что нарушение здоровья матери может вызывать ряд негативных психологических реакций: повышение уровня тревожности, депрессивные состояния, стресс и дистресс (Шалаганова, 2017).

Также в своей работе Осипенко И.М. обращает внимание на то, что психические реакции могут быть различными в зависимости от формы патологии. Например, хронические заболевания могут вызывать у женщины страх за будущее ребенка, неопределенность и тревожность по поводу собственного состояния (Осипенко, 2019).

Авторы Радзинский В.Е. и Пустотина О.А., подчеркивают, что основой для эффективной помощи беременным с патологиями должна быть комплексная оценка как физического, так и психического состояния женщин (Радзинский, Пустотина, 2016).

Изучение работ Ситникова В.Л. и Доевой Л.И. позволяет прийти к выводу о том, что влияние патологии на психологическое состояние беременных женщин является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии (Ситников, Доева, 2017).

Психологические аспекты беременности, особенно в контексте различных форм патологии, занимают важное место в современной научной литературе. Эксперты постоянно рассматривают проблему сочетания физического и психологического состояния женщины при носительстве ребёнка.

С точки зрения медицинской психологии, интересна работа В.И. Левченко (2008), который изучал эмоциональное состояние беременных женщин с различной патологией. Он отметил, что нарушения в процессе вынашивания часто вызывают у женщин повышение уровня тревожности и страх перед потерей ребёнка.

Аналогичные выводы сделали Борисова Е.Г., Карпова Е.В., Агаджанян Н.А., которые в своем исследовании 2010 года подтвердили корреляцию между уровнем акушерской патологии и эмоциональными нарушениями у беременных (Borisova E.G., Karpova E.V., Agadzhanian N.A., 2010). Они установили, что наличие патологии во время беременности значительно

увеличивает риск развития психологических проблем, включая депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство.

С другой стороны, Кузнецова Л.А. (2012) подчеркивает значение психосоматического подхода к анализу состояния женщины в период беременности. Она считает, что эмоциональные нарушения могут не только быть следствием патологии беременности, но и её причиной. Это мнение поддерживается также и другими авторами Власова Е.Г. (2014); М.В. Данилова (2016).

Как замечает Н.Г. Попова (2009), проблемы медицинской психологии при беременности с патологиями требуют комплексного подхода в области диагностики и лечения эмоциональных нарушений у будущих матерей.

1.3. Условия изменения эмоциональной сферы женщин в период беременности

Исследования показывают, что беременность может оказывать значительное влияние на эмоции женщин. Некоторые исследования связывают это с гормональными изменениями, происходящими в организме женщины во время беременности. Например, уровень эстрогена и прогестерона резко возрастает, что может вызывать различные эмоциональные переживания у женщин.

Эмоциональное состояние беременной женщины оказывает значительное влияние на протекание беременности и развитие плода. Как подчеркивают Тагирова З.М., Умаханова М.М., Филиппова Г.Г., часто эмоциональные изменения связаны с негативными факторами, такими как стресс, тревога, депрессия (Тагирова, Умаханова, Филиппова, 2017).

Одно из исследований проведено Ульянич А.Л. и ее коллегами в 2016 году, которые изучали связь между беременностью и депрессией у женщин (Ульянич, 2016). Исследователи обнаружили, что уровень депрессии может возрастать во время беременности и достигать пика во втором триместре. Это

может быть связано с физическими и эмоциональными изменениями, сопровождающими беременность. Однако, не все женщины испытывают депрессивные состояния во время беременности. Исследование Фекличевой И.В. и ее коллег в 2017 году показало, что уровень эмоционального благополучия может быть выше у женщин, которые ожидают ребенка (Фекличева, 2017). Они отмечали большую радость и полноту жизни в этот период. Еще одно интересное направление исследований – связь между беременностью и тревожностью у женщин. Большое число исследований указывает на то, что тревожность может возрастать в период беременности. Например, анализ проведенный Филипповой Г.Г. и ее коллегами в 1999 году и 2018 году показал, что около 15-20% женщин испытывает сильную тревогу в течение всей беременности (Филиппова, 2018).

Однако, не все исследования подтверждают эти результаты. Например, исследование Филоненко А.Л. и его коллег в 2010 году показало, что тревожность может быть выше только в первом триместре беременности, а затем снижаться к концу беременности (Филоненко, 2010).

Важно отметить, что по данным Хох И.Р. и Шакировой Е.В., женщины с различными формами патологии испытывают усиленное эмоциональное напряжение. Это может быть связано как со страхом перед ожидаемыми изменениями в теле и образе жизни, так и с переживаниями за здоровье будущего ребенка (Хох, Шакирова, 2015).

Как отмечают Шелехов И.Л., Гребенникова Е.В. страх перед родами и неуверенность в своих материнских способностях могут вызывать у беременных женщин тревожные расстройства (Шелехов, Гребенникова, 2015). Это особенно актуально для тех, кто встречается с патологиями во время беременности. Исследования Эйдемиллера Э.Г., Добрякова И.В., Никольской И.М. также подтверждают, что эмоциональное состояние женщины в период беременности может быть значительно ухудшено из-за проблем со здоровьем (Эйдемиллер, Добряков, Никольская, 2003).

Согласно исследованию Якуповой Е.И. и Захаровой А.А. депрессивные расстройства у беременных женщин связаны не только с физическими трудностями, но и с чувством одиночества, невозможностью обеспечить должную заботу о себе и будущем ребенке (Якупова, Захарова, 2015) Такие же выводы делает и Филиппова Г.Г., которая отмечает, что эмоциональные изменения могут быть вызваны страхом перед ответственностью за новую жизнь (Филиппова, 2018).

По мнению Трониной Л.Н., неадекватная психологическая подготовка может привести к негативным последствиям для здоровья матери и ребенка. Это особенно важно с учетом того, что стресс и тревожность во время беременности были связаны с повышенным риском развития преждевременных родов, гипоксии плода и других серьезных осложнений (Тронина, 2010).

В то же время, Тимошенко Н.С. утверждает, что определение степени психологической готовности к беременности поможет специалистам выбрать наиболее эффективный подход к лечению и профилактике возможных осложнений (Тимошенко, 2017).

Также, согласно исследованию Плешковой Н.Л. и её коллег, психологическое благополучие беременной женщины имеет прямое влияние на ее физическое здоровье, а также на развитие младенца. Авторы подчеркивают, что активная работа с психологическими факторами может помочь уменьшить воздействие стресса на организм беременной (Плешкова, 2008).

Кроме того, Осипенко И.М. приходит к выводу, что эффективное психологическое сопровождение беременных при наличии у них различных форм патологии способно повысить качество жизни будущей матери и предотвратить возникновение отрицательных последствий для здоровья ребенка (Осипенко, 2019).

Отметим также работу Лустина С.И., который выделяет значимость привлечения психологов к процессу ухода за беременными женщинами с целью минимизации стресса и тревожности, связанных с ожиданием ребенка (Лустин, 2016).

Таким образом, эмоциональная сфера беременной женщины меняется под влиянием множества факторов: от страха перед предстоящими изменениями до тревог за здоровье ребёнка.

Отметим, что обзор литературы по влиянию беременности на эмоциональное состояние женщин показывает, что этот период может вызывать различные эмоциональные изменения у будущих мам. Депрессия и тревожность могут возрастать или снижаться в зависимости от индивидуальных особенностей каждой женщины. Дальнейшие исследования помогут лучше понять эти процессы и разработать соответствующие стратегии поддержки для женщин в период беременности.

1.4. Роль психологического состояния матери в протекании беременности

Беременность – это период в жизни женщины, когда она испытывает множество эмоциональных и физических перемен. Однако, когда беременность сопровождается различными формами патологии, психологическое состояние будущей матери может быть серьезно нарушено.

Изучение данной темы является актуальной задачей для медицинской науки, поскольку здоровье матери напрямую влияет на здоровье ребенка. Поэтому необходимо изучить связь между патологиями и психологическим состоянием беременных женщин.

Психология играет ключевую роль в успешном протекании беременности при наличии патологий. Часто женщина испытывает стресс или даже депрессию из-за своего состояния (Пустотина, 2017). При этом

негативные эмоции могут отразиться на здоровье будущего ребёнка (Рубинштейн, 2013).

В связи с этим проводилось много исследований о способах оказания психологической поддержки беременным женщинам с различными формами патологий. Специалисты выделили несколько основных направлений.

Во-первых, это образование женщины о её состоянии и возможных последствиях для ребёнка. Женщина должна быть полностью информирована о своём заболевании, что позволяет ей лучше контролировать своё состояние, а также снижает уровень тревоги (Лустин, 2016).

Во-вторых, очень важно использование различных методик и техник психотерапии. Они помогают справиться с тревогой и страхами, которые испытывает беременная женщина (Овчарова, 2005). Такие методы могут включать в себя когнитивно-поведенческую терапию или гипноз (Корнетов, 2015).

Также акцент делается на поддержку со стороны окружения: от специалистов до членов семьи. Они играют большую роль в формировании позитивного отношения к беременности и предстоящим изменениям (Куфтяк, 2017).

Возможно использование групповой психологической поддержки в форме общения с другими женщинами, переживающими аналогичные проблемы (Коробова, 2016).

Современные исследования подтверждают тесную связь между психологическими состояниями беременной женщины и процессом ведения беременности, особенно в случаях существующей патологии. При этом речь идет не только о стрессе или депрессивных состояниях, но и об общих чертах личности, которые могут влиять на перцепцию заболевания (Кондря, 2017).

На примере хронических заболеваний было продемонстрировано, что лица с выраженной тревожностью чаще испытывают негативные эмоции от

своего состояния здоровья и больше страдают от физического дискомфорта (Коваленко, 2001). В контексте беременности это может означать увеличение вероятности развития осложнений или неблагоприятного исхода.

Другой аспект – это способность к самоконтролю. Женщины с высоким уровнем самоконтроля могут лучше справляться с ограничениями, связанными с беременностью и патологией, и в большей степени следовать медицинским рекомендациям (Коваленко, 2017).

Последние исследования также указывают на значимость эмоциональной поддержки для улучшения психологического состояния беременных женщин с патологиями. По результатам работ Гунзуновой Б.А., женщины, получающие надежную социальную поддержку, демонстрируют меньший стресс и тревожность (Гунзунова, 2019).

Психологические особенности могут влиять как на восприятие самой беременности и сопутствующей ей патологии, так и на приверженность лечению. Отмечается необходимость дальнейшего изучения данного направления с целью разработки стратегий психологической помощи для женщин в период беременности при наличии разных форм патологии.

Таким образом, психологическая поддержка беременных женщин с различными формами патологий является сложной и многокомпонентной работой, которая требует профессионального подхода со стороны специалистов.

Одно из исследований, проведенное Абрамченко В.В и его коллегами в 2016 году, выявило значительное влияние патологии на эмоциональное состояние беременных женщин (Абрамченко, 2016). Участницы исследования с различными формами патологии (например, гестационный диабет, преэклампсия) испытывали больший уровень тревожности и депрессии по сравнению с женщинами без патологий. Это подтверждает необходимость проведения дополнительных мер по поддержке психического здоровья беременных женщин с патологиями.

Другое исследование, проведенное Савенышевой С.С. и ее коллегами в 2010 году, обратило внимание на связь между ранней потерей беременности и психическим состоянием будущих матерей (Савенышева, 2010). Участницы исследования, которые сталкивались с ранней потерей беременности, испытывали повышенный уровень тревожности и депрессии во время последующих беременностей. Это свидетельствует о том, что эмоциональные последствия потери ребенка могут сохраняться на протяжении всего периода беременности и требуют дополнительной психологической поддержки.

Еще одно исследование, проведенное Савенышевой С.С. и ее коллегами в 2017 году, сравнило психологическое состояние беременных женщин с различными формами патологии. Результаты показали, что женщины с хроническими заболеваниями (например, астма или ревматоидный артрит) испытывали больший уровень тревожности и стресса по сравнению с женщинами без этих заболеваний. Это указывает на необходимость индивидуального подхода к поддержке психического здоровья беременных женщин с хроническими заболеваниями (Савенышева, 2017).

Также стоит отметить исследование Сидорова П.И. и его коллег из 2015 года, которое рассмотрело влияние приобретенных инфекций на психическое состояние беременных женщин (Сидоров, 2015). Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что инфекции могут вызывать повышенный уровень тревожности и стресса у беременных женщин. Это подчеркивает важность профилактики инфекций и своевременного лечения для сохранения психического здоровья будущих матерей.

Психологические факторы играют важную роль в протекании беременности, особенно при наличии различных форм патологий. В своих работах многие учёные подтверждают эту зависимость и акцентируют

внимание на необходимости дополнительного психологического сопровождения для женщин, страдающих от определенных заболеваний.

Так, например, Филиппова Г.Г. обосновывает взаимосвязь психоэмоционального состояния беременной и течения её беременности. Автор отмечает, что стресс и тревога могут ухудшить общее состояние организма и способствовать развитию или усугублению различных форм патологии (Филиппова, 2007). Кроме того, Чибисова М.Ю. подчеркивает значимость эмоционального благополучия будущей матери для успешного вынашивания ребенка. При этом автор акцентирует внимание на том факте, что наличие серьезной патологии может вызывать у женщин стресс и тревожность по поводу здоровья ребенка, что в свою очередь может негативно сказаться на их психологическом состоянии (Чибисова, 2011).

Чижова М.А. подтверждает данные выводы, утверждая, что беременные женщины с патологиями испытывают большую психологическую напряженность по сравнению со здоровыми беременными (Чижова, 2015). По мнению автора, это связано не только с физическим дискомфортом от заболевания, но и со страхами и опасениями о возможных последствиях для ребёнка.

Бердникова Ю.Л. указывает на то, что психосоматические расстройства у беременных женщин могут быть вызваны как самой беременностью, так и различными формами патологий (Бердникова, 2018). Таким образом, подчеркивается необходимость комплексного подхода к лечению - применение медикаментозной терапии должно сочетаться с психотерапевтической работой.

Также стоит отметить работы Золотых И.В. и Налобиной А.Н., которые говорят о влиянии психологического состояния беременной на риск преждевременных родов при наличии патологии. По их мнению, важно не только лечить заболевание, но и обеспечивать психологическую поддержку женщине для минимизации стресса и тревоги (Золотых, Налобина, 2015).

Таким образом, существует прямая связь между психологическим состоянием беременной женщины и течением беременности при наличии различных форм патологий. Это подтверждают работы различных авторов и подчеркивает важность комплексного подхода к лечению.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что различные формы патологии могут значительно влиять на психологическое состояние беременных женщин. Поддержка психического здоровья является неотъемлемой частью комплексного подхода к уходу за беременными женщинами с патологиями. Дальнейшие исследования в этой области помогут разработать эффективные стратегии поддержки и предупреждения возможных проблем, что способствует лучшему протеканию беременности у женщин с различными формами патологии.

1.5. Анализ психологических реакций при разных особенностях патологии беременности

В условиях возникновения различных патологий этот период может стать особенно сложным и требующим дополнительного внимания со стороны медицинских специалистов (Хох, Шакирова, 2015).

Анализ психологических реакций на различные особенности патологии беременности является крайне актуальной областью исследований. Об этом свидетельствуют многочисленные работы учёных (Тренина, 2010), которые отмечают тесную связь эмоционального состояния будущей матери с её здоровьем и здоровьем ребёнка.

Последние данные научных исследований указывают на то, что стресс или негативные эмоции могут привести к различным осложнениям беременности, таким как преждевременные роды, низкая масса тела при рождении и повышенный риск развития депрессии после родов (Осипенко, 2019).

Тем не менее, эмоциональное состояние беременной женщины может быть подвержено изменениям в зависимости от характера патологии. По данным Ван дер Вельдена и коллег, женщины, у которых были выявлены серьезные аномалии развития плода, испытывали значительно больше тревоги и стресса по сравнению с другими беременными (Эйдемиллер, Добряков, Никольская, 2003).

На основании вышесказанного, можно сделать вывод о необходимости проведения комплексного анализа психологических реакций при различных особенностях патологии беременности. Он будет способствовать определению наилучших подходов к управлению стрессом и предотвращению его негативных последствий для здоровья матери и ребёнка.

Исследование этой области поможет расширить наше понимание влияния психологического состояния на здоровье беременной женщины и её ребёнка, что позволит разработать более эффективные методы поддержки и помощи этой категории пациентов.

Одной из наиболее серьезных и опасных особенностей патологии беременности являются преждевременные роды. Это состояние, когда роды начинаются до 37-й недели беременности. Преждевременные роды могут быть вызваны различными причинами, такими как инфекции, проблемы с плацентой, гормональные нарушения и другие факторы. Однако, независимо от причин, преждевременные роды могут оказать серьезное влияние на психологическое состояние женщины (Лустин, 2016).

Научные исследования показывают, что женщины, пережившие преждевременные роды, испытывают различные психологические реакции. Одной из самых распространенных реакций является стресс. Женщины, столкнувшиеся с преждевременными родами, испытывают огромное напряжение и тревогу, связанную с неизвестностью и неопределенностью исхода беременности и здоровья ребенка. Они часто бывают на грани

эмоционального истощения и испытывают чувство вины и неудовлетворенности, что не смогли сохранить беременность до полного срока.

Кроме того, преждевременные роды могут вызвать у женщин посттравматический стрессовый синдром (ПТСС). Это психологическое состояние, которое развивается после травматического события и проявляется в виде повторных воспоминаний, кошмаров, тревожности и гиперактивности. Женщины, пережившие преждевременные роды, могут испытывать симптомы ПТСС, связанные с самим процессом родов или с последствиями для ребенка (Плешкова, 2008).

Влияние преждевременных родов на психологическое состояние женщины также может проявляться в виде депрессивных симптомов. Женщины, пережившие преждевременные роды, могут испытывать чувство грусти, бессилия, утраты и недостатка радости. Они могут быть изолированы от окружающего мира и чувствовать себя неспособными налаживать эмоциональные связи с ребенком или близкими людьми (Филиппова, 2018).

Кроме того, преждевременные роды могут повлиять на психологическое состояние женщины в долгосрочной перспективе. Исследования показывают, что женщины, пережившие преждевременные роды, имеют повышенный риск развития психических заболеваний, таких как депрессия, тревожность и посттравматический стрессовый синдром, в последующие годы после родов. Это может быть связано с тем, что преждевременные роды могут стать травматическим событием, оставляющим длительное влияние на психическое здоровье женщины (Якупова, Захарова, 2015).

Важно отметить, что не все женщины, пережившие преждевременные роды, испытывают психологические проблемы. Некоторые женщины могут справиться с ситуацией и адаптироваться к новым обстоятельствам. Однако, для тех женщин, которые испытывают психологические проблемы, важно

получить поддержку и помощь со стороны медицинских специалистов и психологов (Шелехов, Гребенникова, 2015).

Поэтому преждевременные роды могут оказать серьезное влияние на психологическое состояние женщины. Они могут вызывать стресс, ПТСС, депрессию и повышенный риск развития психических заболеваний в долгосрочной перспективе. Для женщин, переживших преждевременные роды, важно получить поддержку и помощь, чтобы справиться с психологическими реакциями и обеспечить свое психическое благополучие (Тимошенко, 2017).

Вынашивание многоплодной беременности является одной из особенностей патологии беременности, которая сопровождается рядом физиологических и психологических изменений у женщины. Первое, на что следует обратить внимание, это повышенная тревожность у женщин с многоплодной беременностью. Исследования показывают, что женщины, ожидающие несколько плодов, испытывают большую тревогу и беспокойство по сравнению с теми, у кого беременность одноплодная. Причиной этого является не только физическая нагрузка на организм женщины, но и переживания о возможных осложнениях и рисках для здоровья как матери, так и детей (Филоненко, 2010).

Второй аспект, который стоит отметить, это эмоциональные изменения у женщин с многоплодной беременностью. Исследования показывают, что они часто испытывают смешанные чувства: радость от предстоящего рождения нескольких детей смешивается с беспокойством и страхом перед будущими трудностями и стрессом. Это может привести к изменению настроения, эмоциональным вспышкам, а иногда и к развитию депрессии (Филоненко, 2010).

Третьим аспектом, который необходимо рассмотреть, это психологические особенности, связанные с социальной поддержкой. Женщины с многоплодной беременностью часто испытывают потребность в

большей поддержке от своих близких и окружающих. Различные изменения в организме, страх перед осложнениями и рисками могут вызывать у них чувство беспомощности и неуверенности. Поэтому важно, чтобы женщины с многоплодной беременностью получали достаточную поддержку и понимание со стороны своих близких и окружающих людей (Филоненко, 2010).

Кроме того, необходимо обратить внимание на психологические особенности, связанные с подготовкой к родам. Женщины с многоплодной беременностью часто испытывают определенные трудности и ограничения во время беременности, которые могут повлиять на их физическую и психологическую подготовку к родам. Например, они могут испытывать большее утомление, неспособность выполнять определенные физические упражнения или заниматься специальными подготовительными курсами. В связи с этим, женщины с многоплодной беременностью могут испытывать большее беспокойство и тревогу, связанные с предстоящими родами.

Наконец, последним аспектом, который стоит отметить, это психологические особенности, связанные с уходом за несколькими детьми одновременно. Женщины с многоплодной беременностью сталкиваются с увеличенными требованиями и ответственностью в уходе за несколькими детьми одновременно. Это может вызывать у них чувство перегрузки, усталости и стресса. Поэтому важно, чтобы у них была поддержка и помощь в уходе за детьми (Филипшова, 2018).

Важное значение в контексте патологии беременности приобретают психологические реакции женщин на возникающие проблемы. К таким реакциям относятся стресс, тревожность и депрессия, которые могут негативно влиять не только на самочувствие женщины, но и на течение беременности.

Стресс является одной из ключевых проблем. По данным Ульянич А.Л. и коллег, хронический стресс может вызывать различные патологии в период

беременности, включая предрасположенность к преждевременным родам (Ульянич, 2016). Изучение Тагировой З.М. подчеркивает связь между уровнем стресса и повышением риска развития гипертонии и позднего токсикоза (Тагирова, Умаханова, Филиппова, 2017).

Тревожность также обладает серьезным потенциалом для создания негативных последствий. Существует объективная корреляция между высоким уровнем тревожности у беременных и повышением риска развития внутриутробных нарушений (Филиппова, 2018). Как отмечает исследование Фекличевой И.В. и коллеги в 2017 году, тревожность может привести к снижению показателей роста плода и недоношенности (Фекличева, 2017).

Депрессия в период беременности также является предметом серьезного исследования. По оценкам Комисаренко Т.И., до 20% женщин испытывают депрессивные симптомы в течение беременности, что может вызывать проблемы со здоровьем матери и ребёнка (Комисаренко, 2016). Изучениями Клименко Г.Я. и Стародубова В.М., подтверждено, что материнская депрессия может способствовать преждевременному рождению, а также низкому весу при рождении (Клименко, Стародубов, 2010).

В последние десятилетия внимание ученых всего мира привлекает изучение психологического состояния женщин, переживающих различные особенности патологии беременности. Существуют многочисленные исследования в данной области, проводившиеся разными методами и имеющие разнообразные результаты.

Одним из наиболее широко используемых подходов является использование стандартизированных опросников для оценки уровня тревожности и/или депрессии (Савеньшева, 2010). В своей работе Мид М. с коллегами применили данный метод для оценки эмоционального состояния женщин с преждевременными родами (Мид, 1988). Авторы пришли к выводу

о том, что уровень тревожности и депрессии значительно выше у женщин, столкнувшихся с данной проблемой.

Метод наблюдения также был активно использован в изучении этой тематики. Исследователь Леонтьев Д.А. наблюдал за женщинами, пережившими внематочную беременность (Леонтьев, 2016). Его выводы свидетельствуют о том, что эта патология вызывает у женщин значительные психологические трудности и требует дополнительной психологической поддержки.

Важное место занимают и качественные исследования. Они предполагают глубокий анализ интервью с женщинами, преодолевающими различные проблемы беременности. В одном из таких работ было выявлено, что для большинства женщин беременность с осложнениями стала периодом повышения стресса и тревожности (Наку, Бохан, 2016).

Стоит отметить работу Фекличевой И.В., где использовались комбинации различных методов: опросники, наблюдение и интервью (Фекличева, Чипеева, 2017). Авторы пришли к выводу о том, что риск наступления посттравматического стрессового расстройства выше у женщин с осложнениями в ходе беременности.

Проведение такого широкого спектра исследований подчеркивает важность данной проблематики. Результаты исследований позволяют глубже понять специфику психологического влияния патологий беременности на женщин и обосновывают необходимость разработки эффективных методов психологической поддержки для этой категории пациенток.

Таким образом, психологические аспекты имеют значительное значение для изучения патологии беременности. Наличие стресса, тревоги или депрессии у беременной женщины может не только усложнить её состояние, но и повлиять на здоровье и развитие ребёнка.

1.6. Особенности психологической поддержки женщин с патологией во время беременности

Беременность является одним из самых важных периодов в жизни женщины, и при наличии патологий она может стать еще более сложной. Психологическая поддержка в таких случаях играет ключевую роль в обеспечении благополучного течения беременности и достижении положительных результатов как для матери, так и для ребенка.

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 15% всех беременностей сопровождаются различными видами патологий (Карелина, 2023). Это может быть как физическое заболевание, так и психическое расстройство. Некоторые из этих состояний могут иметь серьезные последствия для здоровья матери и ребенка, а также повлиять на эмоциональное состояние женщины.

Очень часто беременность с патологиями вызывает у женщин тревогу, страх перед будущим, чувство неполноты или даже депрессивные состояния. В таких случаях психологическая поддержка может помочь беременной женщине справиться с эмоциональными трудностями, улучшить ее психологическое состояние и повысить вероятность благополучного и успешного протекания беременности.

Важность психологической поддержки для женщин с патологией во время беременности трудно переоценить. Согласно исследованиям, психологические факторы могут оказывать существенное влияние на протекание беременности и состояние здоровья матери и ребенка (Добряков, Прохоров, Прохорова, 2016). За последние десятилетия было проведено множество исследований, направленных на изучение психологических особенностей протекания беременности у женщин с различными формами патологии. Это позволило выявить основные принципы и методы психологической поддержки, способствующие успешному протеканию беременности и улучшению состояния здоровья матери и ребенка.

Одним из основных аспектов психологической поддержки является обеспечение информированности женщины о своем состоянии и перспективах лечения. По данным Филипповой Г.Г. и Пашковой Ю., информированность о своем состоянии и перспективах лечения положительно влияют на психоэмоциональное состояние женщины и снижают уровень тревожности. Важно, чтобы информация была предоставлена в доступной и деликатной форме, с учетом индивидуальных особенностей и потребностей каждой женщины (Филиппова, Пашкова, 2001).

Кроме того, психологическая поддержка должна включать в себя развитие навыков справления со стрессом и эмоциональным напряжением. Согласно Шелехову И.Л. и Берестневой О.Г., женщины с патологией во время беременности испытывают повышенный уровень стресса, который может негативно сказаться на протекании беременности и развитии ребенка. В этом контексте особенно актуальными становятся методы психологической релаксации, медитации и майндфулнесс (Шелехов, Берестнева, 2013). Следующий важный аспект психологической поддержки - содействие установлению позитивного отношения к беременности и ребенку. Как показывают исследования, позитивное отношение к беременности и ребенку способствует улучшению психоэмоционального состояния женщины, снижает риск развития депрессивных симптомов и обеспечивает лучшие условия для развития ребенка (Володина, 2016).

Еще одно направление психологической поддержки - работа с социальным окружением женщины. По мнению экспертов, поддержка со стороны семьи и близких людей играет важную роль в успешном протекании беременности и справлении с психоэмоциональными трудностями (Коваленко, 2017). В этом контексте психолог может оказывать консультативную помощь семье, помогая в разрешении конфликтов и улучшении взаимопонимания между членами семьи.

Следовательно, психологическая поддержка женщин с патологией во время беременности должна быть комплексной и индивидуальной, учитывая специфику патологии, психологические особенности женщины и ее социальное окружение. Только такой подход позволит максимально эффективно использовать возможности психологической поддержки для улучшения состояния здоровья матери и ребенка.

1.7. Роль психолога в поддержке беременных женщин с патологией

Беременность – это период в жизни женщины, который часто сопровождается физическими и эмоциональными изменениями. Особенно это актуально для женщин, у которых уже имеются патологические состояния, такие как высокий кровяное давление, диабет или депрессия. В таких случаях, психологическая поддержка может сыграть важную роль в помощи беременным женщинам справиться с эмоциональным стрессом и улучшить их психологическое и физическое благополучие (Плешкова, 2008).

Исследования, посвященные эффективности психологической поддержки для беременных женщин с патологией, включают как качественные, так и количественные методы исследования. Качественные исследования обычно проводятся с помощью интервью или фокус-групп, чтобы получить глубокое понимание о том, как беременные женщины с патологией ощущают и переживают свою беременность. Количественные исследования, в свою очередь, обычно включают опросы и измерение психологического и физического благополучия беременных женщин с патологией до и после получения психологической поддержки (Брачкова, 2019).

Результаты исследований показывают, что психологическая поддержка может значительно улучшить психологическое и физическое благополучие беременных женщин с патологией. Например, одно исследование, проведенное на группе женщин с диабетом во время беременности, показало,

что психологическая поддержка помогла им справиться с эмоциональным стрессом и улучшить контроль над своим состоянием. Это привело к снижению уровня глюкозы в крови и улучшению общего состояния здоровья (Миронова, 2020).

Другое исследование, проведенное среди беременных женщин с высоким кровяным давлением, показало, что психологическая поддержка снизила уровень стресса и тревожности у этих женщин. Это, в свою очередь, привело к снижению кровяного давления и улучшению их общего состояния (Могилевская, 2010).

Кроме того, исследования также показывают, что психологическая поддержка может улучшить отношения между партнерами и повысить уровень доверия и поддержки во время беременности. Это особенно важно для беременных женщин с патологией, которые часто испытывают повышенный уровень тревожности и страха (Шалаганова, 2017).

Исследования показывают, что психологическая поддержка является эффективным инструментом для помощи беременным женщинам с патологией (Радзинский, Пустотина, 2016). Она способна снизить уровень стресса, тревожности и эмоционального дискомфорта, а также улучшить физическое благополучие и контроль над состоянием здоровья. Кроме того, психологическая поддержка способна улучшить отношения между партнерами и повысить уровень доверия и поддержки во время беременности.

Психологическая поддержка женщин во время беременности является критически важной, особенно когда она сопровождается различными формами патологии. В своем исследовании 2015 года Эйдемиллер Э. Г. обнаружил, что у женщин, страдающих от хронических заболеваний или аномалий развития плода, выше риск развития депрессии и тревожных расстройств (Эйдемиллер, 2015).

Отметим также результаты работы Трониной Л.Н. и её коллег, которая подчеркнула значимость активного вовлечения медицинского персонала для оказания эффективной психологической помощи беременным. Изучение включало опросы больниц по всей стране и обнаружило, что центрированный на пациенте подход может значительно снизить степень стресса и тревожности у беременных женщин с присутствующей патологией (Тронина, 2010).

Мнение профессора Эриксона Э. также важно упомянуть. В его работе подчеркивается, что психологическая помощь должна быть индивидуализированной и сосредоточена на конкретных потребностях каждой беременной женщины. Так, некоторым пациенткам может потребоваться больше информации о своем состоянии и возможных последствиях для ребенка, другим - поддержка в принятии сложных медицинских решений (Эриксон, 1996).

Кроме того, научная работа Крюковой Т.Л. и Екимчика О.А. указывает на необходимость обеспечения доступа к специализированным психологическим услугам для женщин с высоким риском развития патологии во время беременности. Они отмечают, что даже короткий период качественного психотерапевтического взаимодействия может иметь значительное положительное влияние на благополучие женщины и её будущего ребёнка (Крюкова, Екимчик, 2019).

В то время как большинство беременностей проходит без проблем, некоторые женщины сталкиваются с различными формами патологии беременности, которые могут вызвать значительное психическое напряжение (Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Патологии беременности охватывают широкий спектр состояний от гипертонии и диабета до преждевременных родов и заболеваний сердца. Эти состояния требуют активного участия медицинского персонала и часто вызывают у женщин чувство страха и беспокойства (Alder et al., 2007).

Следовательно, поддержка со стороны профессионального психолога может быть необходимым компонентом в общей стратегии лечения.

Оценивая последствия такой поддержки, исследователи обнаружили, что женщины с патологией беременности, которые получали психологическую помощь, демонстрировали значительные улучшения в своем эмоциональном состоянии (Field et al., 2008). Это включает в себя меньший уровень стресса и тревоги и более высокий уровень удовлетворенности жизнью. Также было замечено, что поддержка со стороны психолога положительно влияет на общее качество протекания беременности.

Важность роли психолога в поддержке беременных женщин с патологиями не может быть недооценена. Психологическая поддержка может помочь женщине приспособиться к изменениям ее тела, а также помочь ей разработать стратегии для справления со стрессом и тревогой (Cohen et al., 2015).

Очевидно, что имеется потребность в дальнейшем изучении этого аспекта заботы о беременных женщинах. В частности, следует изучить отношение различных видов патологий к переменным психосоциального благополучия, а также выявить специфические потребности женщин в психологической поддержке.

В целом, представляется очевидным, что роль психолога в поддержке беременных женщин с патологией критически важна. Дальнейшее исследование этого вопроса поможет улучшить качество заботы о беременных женщинах и повысить уровень их удовлетворенности процессом беременности и родами.

Психологическая поддержка может снизить уровень стресса, тревожности и депрессии, которые могут негативно повлиять на ход беременности и развитие плода (Van den Bergh et al., 2017).

В первую очередь, психолог играет ключевую роль в диагностике психологических проблем, которые могут возникнуть у беременных женщин с патологией. С помощью различных инструментов оценки, таких как стандартизированные опросники или клинические интервью, психолог может определить уровень стресса, тревожности или депрессии (Grote et al., 2020).

После диагностики следует этап поддержки. Использование техник краткосрочной психотерапии и консультирования может помочь женщинам справиться со стрессом или тревожностью (Field et al., 2017). Дополнительно, психолог может обучить женщину стратегиям справления со стрессом, таким как прогрессивное расслабление или медитация.

Важность психологической поддержки подтверждается исследованиями в этой области. Например, исследование Leeners et al. (2016) показало, что беременные женщины с хроническими заболеваниями, которые получали психологическую поддержку, имели более низкий уровень тревожности и депрессии и лучше приспособились к своему состоянию.

Также стоит отметить работу Milgrom et al. (2005), где авторы утверждают, что депрессивные состояния у беременных женщин могут негативно повлиять на развитие ребенка. Внедрение программ психологической помощи способствует снижению риска развития патологий и осуществляется на всех этапах: от предварительной консультации до послеродового периода.

Следует подчеркнуть значимость работы психолога в контексте поддержки беременных женщин с патологией. Использование адекватной диагностики и вмешательств может существенно улучшить качество жизни беременных женщин, а также благоприятно повлиять на развитие и здоровье будущего ребенка.

Беременность – это сложный период в жизни женщины, особенно если она осложнена патологиями. Помимо физического дискомфорта, многие

беременные женщины испытывают значительный эмоциональный стресс, связанный со страхами и тревогой об имеющихся заболеваниях или состояниях.

Согласно работам Рейера (2015) и Хобель (2018), страх подчас может быть настолько выраженным, что приводит к развитию акушерских осложнений. Страх перед родами, беспокойство за здоровье будущего ребёнка или опасение не справиться с материнскими обязанностями могут вызвать повышение уровня стрессовых гормонов в организме женщин, что в свою очередь может негативно отразиться на течении беременности.

Здесь важную роль играет психологическая поддержка специалиста. Как отмечает Ауэрбах (2019), психологи могут помочь беременным женщинам справиться со страхом и тревогой, применяя различные стратегии и методы. Одним из наиболее эффективных подходов является когнитивно-поведенческая терапия, которая направлена на изменение негативного мышления и поведения.

Практика релаксации и медитации также может быть полезной в уменьшении уровня тревоги. Важное значение имеет обучение техникам дыхательных упражнений, что подтверждают работы Бёстера (2017) и Диркса (2020).

Проводить сессии групповой поддержки для беременных женщин с патологией также оказывается полезным. Социальная поддержка и возможность обмена опытом помогает женщинам чувствовать себя менее одинокими в своих переживаниях.

Стоит отметить, что необходимость включения психологической помощи в комплексную терапию беременных с патологиями описывается в работах множества авторов: Гордеевой (2016), Левченко (2017), Фрейтага (2019).

Таким образом, психологическая поддержка играет важную роль в управлении страхом и тревогой у беременных женщин с патологией.

Необходимо больше исследований по этому вопросу, чтобы разработать наиболее эффективные методы поддержки для этой группы женщин.

Психологическая поддержка играет определяющую роль в процессе лечения и реабилитации беременных женщин, страдающих от различных видов патологий. Своевременное обращение к специалисту может помочь минимизировать стресс, улучшить адаптацию к состоянию здоровья и повысить качество жизни (Архиреева, 2009).

Эксперты подчеркивают, что основная задача психолога при работе с беременными с патологиями – это помощь в принятии новой для них роли матери-пациента (Сидоров, 2015). Интересно, что зачастую самое большое препятствие на этом пути создает не само состояние здоровья, а страхи и негативные ожидания женщин.

Существует много методов работы с данной проблемой: индивидуальные консультации, групповые занятия и даже онлайн-консультации. Важно подбирать методы в соответствии с индивидуальными потребностями каждой женщины (Чибисова, 2011).

Психологическая поддержка беременных с патологиями также может быть направлена на преодоление постоянного чувства тревоги, связанного с состоянием здоровья и перспективами рождения ребенка. В этом контексте особую ценность приобретает работа с когнитивным перестроением – изменением способа мышления о своей болезни и ее последствиях (Чижова, 2015).

Беседы с психологом могут помочь беременной женщине лучше понять свое тело и процесс беременности, управлять стрессом и научиться эффективно общаться со своими врачами (Бердникова, 2018). Такая поддержка может быть особенно полезна для женщин, испытывающих трудности в понимании медицинской информации и принятии решений о лечении. Очень важной является работа психолога по подготовке к родам. Это направление включает не только изучение техник дыхания и

расслабления, но и психологическую подготовку к процессу родов, работу со страхами и управление ожиданиями (Золотых, Налобина, 2015).

Кроме всего прочего, психологическая поддержка может способствовать улучшению общей эмоциональной благополучности женщины, что в свою очередь положительно сказывается на ее физическом здоровье (Тренина, 2010).

Таким образом, важность психологической поддержки для беременных женщин с патологией не вызывает сомнений. Это инвестиция в здоровье матери и будущего ребенка, которая окупается многократно.

Психологические стратегии поддержки беременных женщин с патологией являются значимым аспектом в области перинатальной психологии. Существуют различные подходы, направленные на улучшение психоэмоционального состояния и качества жизни будущих матерей при протекании беременности с различными формами патологии.

Савеньшева С.С. отмечает, что одной из основных целей психологической поддержки в этот период является снижение уровня тревожности и депрессивных состояний, которые могут возникнуть у женщин вследствие диагностирования патологии (Савеньшева, 2016). При этом акцент делается на использование когнитивно-поведенческого подхода и методик расслабления.

Как выявлено Филиппова Г.Г., между уровнем тревожности беременной и течением беременности есть прямая связь. Таким образом, одна из главных задач специалиста - это помощь в осознании и коррекции негативных эмоций и мыслей (Филиппова, 2015).

Работы Ланцбург М.Е. и Соловьевой Е.В. подчеркивают значимость групповых форм работы с беременными. В частности, проведение психологических тренингов и семинаров может способствовать обмену опытом между женщинами, столкнувшимися с аналогичными проблемами,

что в свою очередь поможет им лучше адаптироваться к сложившейся ситуации (Ланцбург, Соловьева, 2015).

Знаков В.В рассматривает роль индивидуальной психотерапии при работе с беременными женщинами в условиях высокого риска. Автор отмечает, что в ходе такой работы необходимо учитывать индивидуальные особенности каждой женщины, её личностные характеристики и уровень готовности к материнству (Знаков, Рябикина, 2017).

Также актуальной остается тема онлайн-поддержки для беременных женщин. В работе Добрякова И.В. с соавторами обозначены преимущества использования интернет-технологий для предоставления психологической помощи: доступность услуги, возможность анонимного обращения и комфортное для женщины окружение (Добряков, Прохоров, Прохорова, 2016).

Таким образом, психологическая поддержка беременных женщин с патологиями представляет собой многокомпонентный процесс, включающий индивидуальную и групповую работу, использование когнитивно-поведенческого подхода и методик расслабления, а также использование возможностей онлайн-технологий. От выбора стратегии и методик зависит эффективность помощи и благополучие будущей матери и ребёнка.

Одним из ключевых аспектов обеспечения здоровья и благополучия матери и ребенка является психологическая поддержка в период беременности. Изучение этого вопроса становится особенно актуальным при наличии у женщин различных форм патологий (Осипенко, 2019).

Беременность - это период значительных физических и эмоциональных изменений для женщины. При появлении любых отклонений или проблем, таких как гипертония, диабет, преэклампсия или другие формы патологий, необходимость в психологической поддержке возрастает (Лустин, 2016). Основной задачей специалиста в этом случае становится помощь в адаптации к новому состоянию и смягчение стресса.

В последние годы наблюдалось повышение интереса к этой теме со стороны учёных. В частности, Филиппова, Г.Г. подчеркивает важность разработки новых подходов к психологической помощи для женщин с патологическими беременностями (Филиппова, 2018). Она предлагает интегрированный подход, сочетающий элементы психотерапии и медитаций для повышения уровня самоосознания и снижения уровня стресса.

С другой стороны, Блох М.Е. обращает внимание на значительный потенциал телесно-ориентированных методик в работе с этой категорией пациенток. Это может быть особенно полезно при преодолении трудностей связанных с физическим дискомфортом или боязни процедур (Блох, 2015).

Кроме того, все больше исследований посвящено использованию онлайн-технологий для оказания психологической помощи (Сидоров, 2015). Дистанционное консультирование может быть особенно актуальным для женщин с ограничениями по мобильности или проживающих в удалённых районах.

Важность роли психолога в поддержке беременных женщин с патологией получает все большее признание, что подтверждают исследования родами (Горьковская, Микляева, Коргожа, 2016). Вместе с тем, остается много пробелов и возможностей для дальнейшего развития данной области.

Одна из перспектив - углубить исследования на тему влияния эмоционального состояния беременной на здоровье ее будущего ребенка. К примеру, некоторые авторы указывают на связь между стрессом матери во время беременности и различными отклонениями в развитии ребенка (Володина, 2016). Эти данные могут стимулировать активное использование психологической помощи как профилактического механизма.

Другое направление – это расширение методов работы специалиста. В частности, интерактивные формы работы с беременными могут стать эффективным инструментом поддержки (Борисенко, 2018). Например,

групповые занятия, включающие обучение методикам расслабления и снижения уровня стресса. Также следует отметить значимость разработки программ психологической поддержки для женщин с особыми потребностями – например, имеющих проблемы с наркотиками или алкоголем (Тимошенко, 2017). Для этой категории пациенток нужен особый подход и дополнительные ресурсы.

Остается актуальной задача повышения квалификации специалистов. Важно не только обучать психологов работе с беременными женщинами с патологией, но и распространять информацию о значении такой работы среди медицинских работников в целом.

Можно отметить: хотя работа психолога со сложными случаями беременности уже признана важной, есть еще много возможностей для развития этого направления. Подтверждением этому являются текущие исследования и опубликованные работы на эту тему. Перспективы включают углубление исследований влияния эмоционального состояния беременной на здоровье ребенка, расширение методов психологической помощи, разработку программ для женщин с особыми потребностями и повышение квалификации специалистов.

Таким образом, перспективы развития психологической помощи женщинам с патологической беременностью связаны с разработкой новых подходов, интеграцией различных методик и использованием технологий. Все это должно быть направлено на создание условий для эффективной адаптации к беременности и подготовки к материнству. В целом, эта область требует дальнейшего изучения и разработки оптимальных стратегий поддержки. Существующая литература подтверждает, что психологическая помощь и поддержка играют ключевую роль в управлении беременностью с патологией.

Таким образом, психологическая поддержка играет важную роль в поддержке беременных женщин с патологией. Исследования показывают,

что она эффективна и способна улучшить психологическое и физическое благополучие этих женщин. Поэтому, важно продолжать исследования в этой области и разрабатывать программы психологической поддержки, которые будут наиболее эффективными для беременных женщин с патологией.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика исследуемой выборки

Наше исследование проводилось в 2023 году на базе одного из родильных домов Санкт-Петербурга. В состав исследуемой группы вошли женщины с патологически протекающей беременностью. Общий объем исследуемых составил 60 человек. Контрольную группу составили 20 женщин с беременностью, протекающей без осложнений. Обе группы пациенток наблюдаются в женской консультации на базе родильного дома.

Критериями включения в исследование были: возраст от 18 до 30 лет, отсутствие хронических заболеваний в анамнезе, семейное положение – замужем/в отношениях, согласие на участие в исследовании.

Для реализации целей исследования, связанных со сравнением групп пациентов, вся выборка была поделена на группы. Первая, обозначенная нами как «норма» (женщины с нормально протекающей беременностью), вторая, обозначаемая нами как «патология», разделена нами в соответствии с сопутствующим диагнозом: группа пациенток с диагнозом «гестоз», группа «маловодие», группа «предлежание плаценты».

Группа пациенток «патология» составляет 60 человек и характеризуется возрастом $25,35 \pm 5,65$ лет. Из них 62% имеют высшее образование, 22% неоконченное высшее, 10 % среднее специальное, 6% студенты. Группа пациенток «норма» составляет 20 человек. Из них 75% имеют высшее образование, 20% среднее специальное, 5% студенты.

95% испытуемых из группы «норма» не имеют вредных привычек. 65% испытуемых из группы «патология» имеют вредные привычки (периодическое курение во время беременности, употребление алкоголя в небольших количествах, избыточное потребление сладкого).

Каждый пациент, принимавший участие в исследовании, давал информированное согласие для его прохождения.

2.2. Организация исследования

Исследование проводилось на базе одного из родильных домов Санкт-Петербурга в 2023 году.

Пациенты из группы «патология» включались в исследование при условии наличия диагноза, подразумевающего наличия угрозы прерывания беременности или преждевременных родов, и необходимости в постоянном стационарном наблюдении. Пациенты подтверждали свое добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование было анонимным.

Организация исследования проходила в несколько этапов. На первом этапе была сформулирована гипотеза и выбраны методы и методики, критерии включения испытуемых в исследование.

На втором этапе проводились собственно экспериментально-психологические исследования испытуемых. Исследования с каждым пациентом проводилось в течении одного дня: пациент самостоятельно заполнял часть методик, также проводилась клиническая беседа. Время, затраченное на одного пациента, составляло около 2-х часов.

На третьем этапе проводился качественный и количественный анализ полученных данных, интерпретация результатов и формулирование выводов исследования.

2.3. Методы и методики исследования

Клинико-психологическое исследование осуществлялось с помощью сбора анамнестических сведений касательно клинических характеристик заболевания и социально-экономического положения (образование, занятость, семейное положение, жилищные условия и др.).

Также в рамках нашего исследования было запрошено независимое мнение лечащего врача, давшего объективную оценку тяжести состояния пациенток, находящихся на стационарном лечении, по шкале от 0 до 10, где 0-полное отсутствие риска для здоровья матери или ребенка, а 10 – крайне высокий риск для здоровья матери или ребенка.

1. Пятифакторный опросник личности (Big-5).

Структура личности была исследована с использованием Пятифакторного опросника личности, также известного как "Большая пятёрка". Этот опросник был создан в 1983–1985 годах американскими психологами Р. МакКрае и П. Коста, после чего был модифицирован в 1992 году в виде NEO PI. В своем исследовании сотрудники Курганского государственного университета под руководством А. Б. Хромова использовали адаптированный вариант этого опросника в период с 1995 по 1999 год.

Опросник состоит из 75 парных высказываний, которые представляют собой противоположные по значению характеристики. Оценка выраженности этих характеристик осуществляется с помощью пятиступенчатой шкалы Лайкерта, где значения -2, -1, 0, 1 и 2 отражают степень выраженности характеристики.

Анализ результатов исследований множества ученых, таких как Г. Олпорт, Д. Гилфорд, Р. Кэттелл, Г. Айзенк, Р. МакКрэй, П. Коста и другие, привел к выделению нескольких фундаментальных факторов, характеризующих структуру личности:

1. «Нейротизм» (neuroticism, N),
2. «Экстраверсия» (extraversion, E),
3. «Открытость опыту» (openness to experience, O),
4. «Согласие» (agreeableness, A),
5. «Сознательность» (conscientiousness, C).

Каждый фундаментальный (вторичный) фактор включает в себя пять первичных:

1. Нейротизм: тревожность – беззаботность, напряженность – расслабленность, депрессивность – эмоциональная комфортность, самокритика – самодостаточность, эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность.

2. Экстраверсия: активность – пассивность, доминирование – подчиненность, общительность – замкнутость, поиск впечатлений – избегание впечатлений, привлечение внимания – избегание внимания.

3. Открытость опыту: любопытство – консерватизм, любознательность – реалистичность, артистичность – отсутствие артистичности, сенситивность – нечувствительность, пластичность – ригидность.

4. Согласие: теплота – равнодушие, сотрудничество – соперничество, доверчивость – подозрительность, понимание – непонимание, уважение других – самоуважение.

5. Сознательность: аккуратность – неаккуратность, настойчивость – отсутствие настойчивости, ответственность – безответственность, самоконтроль поведения – импульсивность, предусмотрительность – беспечность.

Первой черте в паре соответствует высокое значение баллов, второй, соответственно, низкое. 32 Условно балльные оценки можно разделить на высокие (51–75 баллов), средние (41–50 баллов) и низкие (15–40 баллов).

II. Опросник «Копинг-стратегии Лазаруса»

Автор: Р. Лазарус и С. Фолкман, 1988

Адаптация: Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляева, 2004

Показатели:

Конфронтационный копинг, дистанцирование, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Описание проведения:

Испытуемому предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Испытуемый должен оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него.

Инструкция:

“Вам предлагается 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Обведите в строке с утверждением тот вариант, который наиболее часто проявляются у Вас в поведении.”

III. Тест отношений беременной – ТОБ И. Добрякова

Методика, разработанная И. В. Добряковым в сотрудничестве с Э. Г. Эйдемиллером и И. М. Никольской (2003, с.110), основана на концепции психологии отношений В. Н. Мясищева, которая позволяет рассматривать беременность с позиции единства организма и личности. Тест состоит из трех блоков утверждений, отражающих следующие аспекты: А) отношение женщины к себе беременной, Б) отношения женщины в формирующейся системе "мать-дитя" и В) отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом из блоков выделяются три раздела, в которых шкалируются различные понятия, представленные пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Испытуемой предлагается выбрать одно утверждение, которое наиболее соответствует ее состоянию. Первый блок (отношение женщины к себе беременной) включает следующие разделы: I) отношение к беременности, II) отношение к образу жизни во время беременности и III) отношение к предстоящим родам. Второй блок (отношения женщины в формирующейся системе "мать-дитя")

включает следующие разделы: I) отношение к себе как к матери, II) отношение к своему ребенку и III) отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Третий блок (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) включает следующие разделы: I) отношение ко мне, беременной, мужа, II) отношение ко мне, беременной, родственников и близких и III) отношение ко мне, беременной, посторонних людей.

Данная методика позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и направлять врачей и психологов на оказание необходимой помощи. Своевременная и адекватная помощь не только улучшает ситуацию в семье, течение беременности и роды, но и является профилактикой гипогалактии - недостатка грудного молока, послеродовых невротических и психических расстройств. Изменения результатов тестирования, проведенного до начала семейной психотерапии и по ее завершении, могут быть использованы для оценки эффективности работы.

IV. Шкала самооценки Зунга

Шкала тревожности самооценки Зунга (SAS) была разработана Уильямом У. К. Зунгом, доктором медицины (1929-1992), профессором психиатрии из Университета Дьюка, для количественной оценки уровня тревожности пациента.

SAS – это устройство для оценки самооценки из 20 пунктов, созданное для измерения уровней тревожности, основанное на подсчете баллов по 4 группам проявлений: когнитивным, вегетативным, моторным симптомам и симптомам центральной нервной системы. Отвечая на утверждения, человек должен указать, насколько каждое утверждение применимо к нему в течение одной или двух недель до прохождения теста. Каждый вопрос оценивается

по шкале Лайкерта от 1 до 4 баллов (на основе следующих ответов: "немного времени", "некоторое время", "значительную часть времени", "большую часть времени"). Некоторые вопросы сформулированы негативно, чтобы избежать проблемы с заданным ответом. Общая оценка производится по общему баллу.

Общее количество необработанных баллов варьируется от 20 до 80. Затем необработанный балл необходимо преобразовать в показатель "Индекса тревожности", используя таблицу в бумажной версии теста, которую можно найти по ссылке ниже. Оценка "Индекса тревожности" затем может быть использована по приведенной ниже шкале для определения клинической интерпретации уровня тревожности человека:

Диапазон нормы 20-44

45-59 Уровней тревожности от легкой до умеренной степени

60-74 Отмечены как серьезные уровни тревожности

75 и выше экстремальных уровней тревожности

В нашей стране тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой.

V. Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина (шкала реактивной и личностной тревожности)

Опросник из 40 вопросов, разработанный Ч. Д. Спилбергером и адаптированный Ю. Л. Ханиным, представляет собой надежный инструмент для оценки субъективной оценки текущего уровня тревожности у человека. Он позволяет исследовать реактивную тревожность, связанную с конкретными ситуациями, а также личностную тревожность, которая является устойчивой характеристикой личности.

Тревога характеризуется чувством беспокойства, напряжения и стресса. Она часто сопровождается ситуациями, которые вызывают эти негативные эмоции, такими как экзамены или собеседования. Кроме того,

тревогу может вызывать наличие тревожных расстройств, например, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) или генерализованного тревожного расстройства (ГТР).

Тест тревожности Ч. Д. Спилберга - Ю. Л. Ханина предназначен для измерения двух различных типов тревожности. Во-первых, это тревожность состояния, которая возникает в ситуациях, вызывающих тревогу, и эмоции, связанные с такими ситуациями. Во-вторых, это личностная тревожность, которая представляет собой устойчивую характеристику личности и проявляется независимо от конкретных ситуаций.

Таким образом, опросник из 40 вопросов является надежным источником информации, который позволяет оценить уровень тревожности у человека в различных сферах его жизни. Использование данного инструмента помогает более точно определить и понять особенности тревожности, что может быть полезным для дальнейшей работы с пациентом или изучением данного психологического феномена.

Шкала самооценки состоит из двух частей и отдельно оценивает реактивную тревожность (РТ, утверждения №1-20) и личностную (ЛТ, утверждения №21-40).

VI. Опросник близости отношений (RCI)

Опросник близости отношений, RCI (Авторы: Е. Бершейд, М. Снайдер, А. Омото (1989)). Тест разработан для оценки уровня близости партнеров, находящихся в браке или в серьезных отношениях. Авторы рассматривают близость с точки зрения степени взаимозависимости между партнерами по отношениям, о чем свидетельствует характер их повседневной совместной деятельности.

В тесте четыре блока вопросов:

Первый блок посвящён времени, которое вы проводите с партнёром.

Второй — совместным занятиям.

Третий — о влиянии любимого человека на ваши мысли, чувства, поведение.

Четвёртый — о влиянии партнёра на ваше будущее, цели и планы.

VII. Тест межличностных отношений ЛИРИ

Тест диагностики межличностных отношений (ДМО, Опросник Лири, Опросник интерперсонального диагноза) был разработан в 1950-х годах проектом "Kaiser Foundation" под руководством американского психолога Тимоти Лири. Этот метод предназначен для изучения представлений человека о себе и определения преобладающего типа отношений с окружающими. Результаты теста представляются в виде психограммы, которая представляет собой круг, разделенный на секторы, называемые октантами. Каждый из этих октантов отражает определенный тип отношений. Важно отметить, что горизонтальная и вертикальная оси психограммы соответствуют основным ориентациям — доминирование/подчинение и дружелюбие/враждебность соответственно. В России применяется адаптированная и модифицированная версия теста, созданная в 1970-х годах Людмилой Николаевной Собчик.

III. Статистические методы

Анализ полученных эмпирических данных происходил в программе SPSS Statistics 23.0. Нами применялись следующие методы математической статистики:

1) Н-критерий Краскелла-Уоллеса использовался для проведения сравнительного анализа в трёх группах с патологически протекающей беременностью.

2) U-критерий Манна-Уитни для сравнения различий между средними показателями в группах «нормально протекающая беременность» и «патологически протекающая беременность».

3) Коэффициент корреляции Спирмена для выявления корреляции между исследуемыми выборками.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ

3.1. Описательная статистика анамнестических данных

Среди пациентов в исследовании приняли участие 80 женщин, из них 20 с беременностью, протекающей без осложнений, и планово наблюдающихся в женской консультации (табл. 1). Другие 60 пациенток находились на стационарном лечении на базе Родильного дома, из них 20 человек с диагнозом «гестоз второй половины беременности» (диагнозы по МКБ-10 O10 - O-16), 20 - с диагнозом «маловодие» (диагноз по МКБ-10 O-41.0), 20 - с диагнозом «предлежание плаценты» ((диагноз по МКБ-10 O-44.0).

Таблица 1.

Описательные характеристики выборки

	Нормально протекающая беременность	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты
Количество	20	20	20	20
Возраст	25,8 ±2,88	25,9 ±2,94	24,35±3,25	27,5±1,99
Триместр	2,35 ±0,67	2,8 ±0,41	2,9±0,31	2,9±0,31
Роды в анамнезе	1,3 ±0,57	1,65 ±0,59	1,3±0,48	1,45±0,51
Аборты в анамнезе	0,2 ±0,41	0,5 ±0,61	0,2±0,41	0,75±0,79
Продолжительность отношений (лет)	3,7 ±2,55	4,75 ±1,97	3,4±1,76	6±3,31
Оценка врача (уровень риска)	1,45 ±0,68	6 ±1,38	5,7±0,73	7,35±1,18

Кроме общих анамнестических данных мы добавили такой показатель как «уровень риска», оцененный лечащим врачом пациентки на основании ее общего физиологического состояния, и подразумевающий под собой риск преждевременных родов или патологического исхода для матери или младенца. «Уровень риска» оценивался по шкале от 0 до 10, где 0 – полное отсутствие риска, а 10 – чрезвычайно высокий риск для матери и младенца.

3.2. Описательная статистика по результатам методик

По результатам методики «пятифакторный опросник личности» нами были получены следующие результаты (табл. 2., рис.1.).

Таблица 2.

Описательные характеристики по факторам личности

Фактор	Нормально протекающая беременность	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты	Нормативный диапазон
Интроверсия – Экстраверсия	44,8±8,52	39,1±9,22	40,5±7,44	38,3±11,52	41 – 50
Обособленность – Привязанность	49,3±10,84	45,6±9,85	47,5±8,75	41,2±12,23	
Естественность – Контролирование	43,7±12,11	48,9±11,21	47,6±10,16	49,7±8,11	
Сдержанность – Эмоциональность	55,2±11,48	49,5±10,21	57,1±8,84	54,5±7,44	
Практичность – Экспрессивность	51,0±8,17	54,2±7,81	44,1±5,15	49,4±8,17	

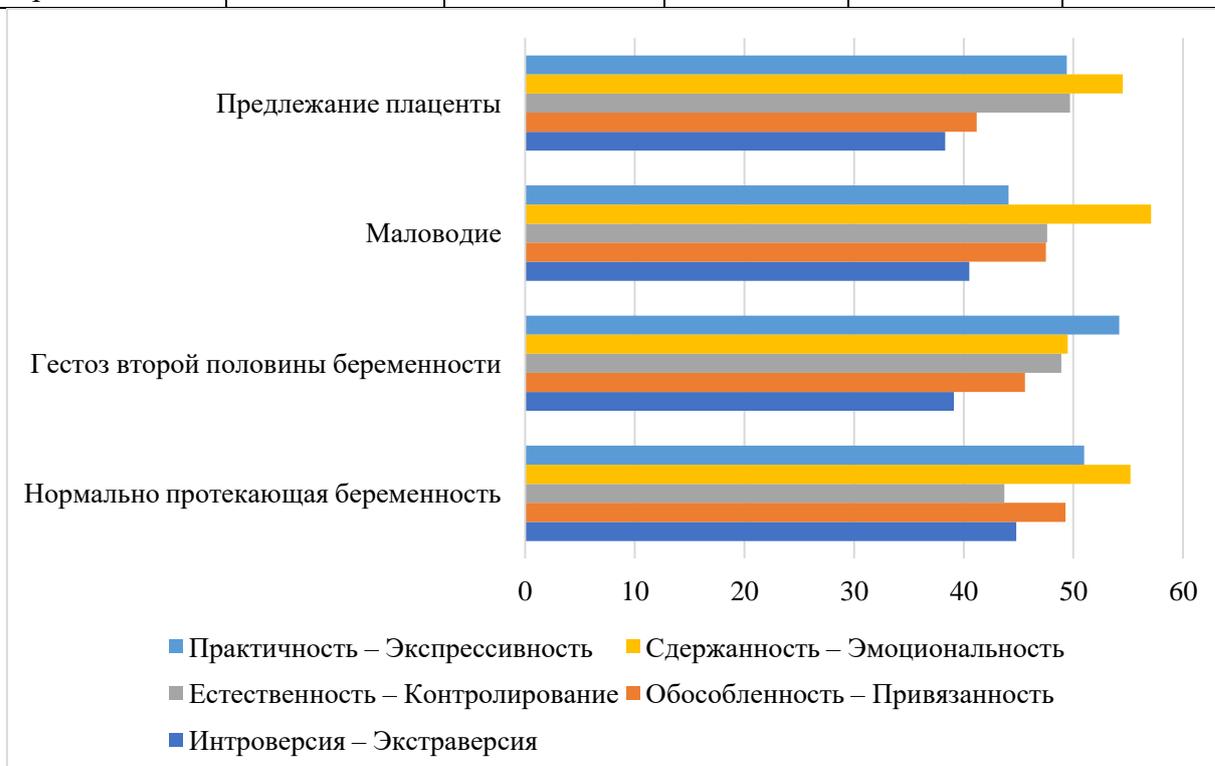


Рис.1. Описательные характеристики по факторам личности.

Установлено, что высокие результаты (т. е. однозначная выраженность одного из полюсов) у пациенток с нормально протекающей беременностью отмечены лишь по двум факторам. Так, высокие результаты по четвертому фактору ($M = 55,2$) предполагают склонность у данной группы пациенток к импульсивным реакциям. В свою очередь, высокие результаты по пятому фактору ($M = 51,0$) свидетельствуют о некоторой склонности исследованных пациенток к экспрессивности, тогда как практичность менее выражена. Так как по остальным факторам у данных пациенток получены средние значения, это может указывать на отсутствие у них преобладающей тенденции, в связи с чем в той или иной ситуации они могут проявлять разные модели поведения.

У пациенток в группе «гестоз второй половины беременности» высокие результаты отмечены только по фактору «практичность-экспрессивность», что предполагает склонность к экспрессивности. Также снижены значения по фактору «интроверсия-экстраверсия», что предполагает определенную интроецированность пациенток в данной группе.

У пациенток в группе «маловодие» снижены показатели по фактору «интроверсия-экстраверсия» и повышены по фактору «практичность-экспрессивность», что характеризует их как интроецированных и экспрессивных.

Пациентки в группе «предлежание плаценты» характеризуются интроецированностью и склонностью к импульсивным реакциям.

По результатам методики «Копинг-стратегии Лазаруса» нами были получены следующие результаты (табл. 3., рис.2.).

Описательные характеристики по доминирующим копинг-стратегиям.

Стратегия	Нормально протек. беременность	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты	Нормативный диапазон
Конфронтация	41,45±15,44	52,48±13,51	43,25±8,95	43,62±6,96	0-39 – редкое использование стратегии,
Дистанцирование	50,36±11,68	55,19±10,70	50,12±11,16	57,18±14,51	
Самоконтроль	51,27±9,08	56,81±18,74	53,12±9,70	58,91±17,48	
Поиск соц. поддержки	55,05±8,41	51,85±15,97	54,75±14,97	50,45±7,69	40-60 – умеренное использование,
Принятие ответственности	53,05±6,12	45,26±9,96	55,78±11,51	49,24±8,25	
Избегание	50,05±8,85	53,15±16,13	45,96±9,31	56,94±16,47	61-90 – выраженное использование
Планирование решения	54,32±9,38	50,15±15,16	52,18±17,47	44,18±10,69	
Положительная переоценка	55,55±9,61	45,26±9,96	52,24±11,63	48,29±7,94	

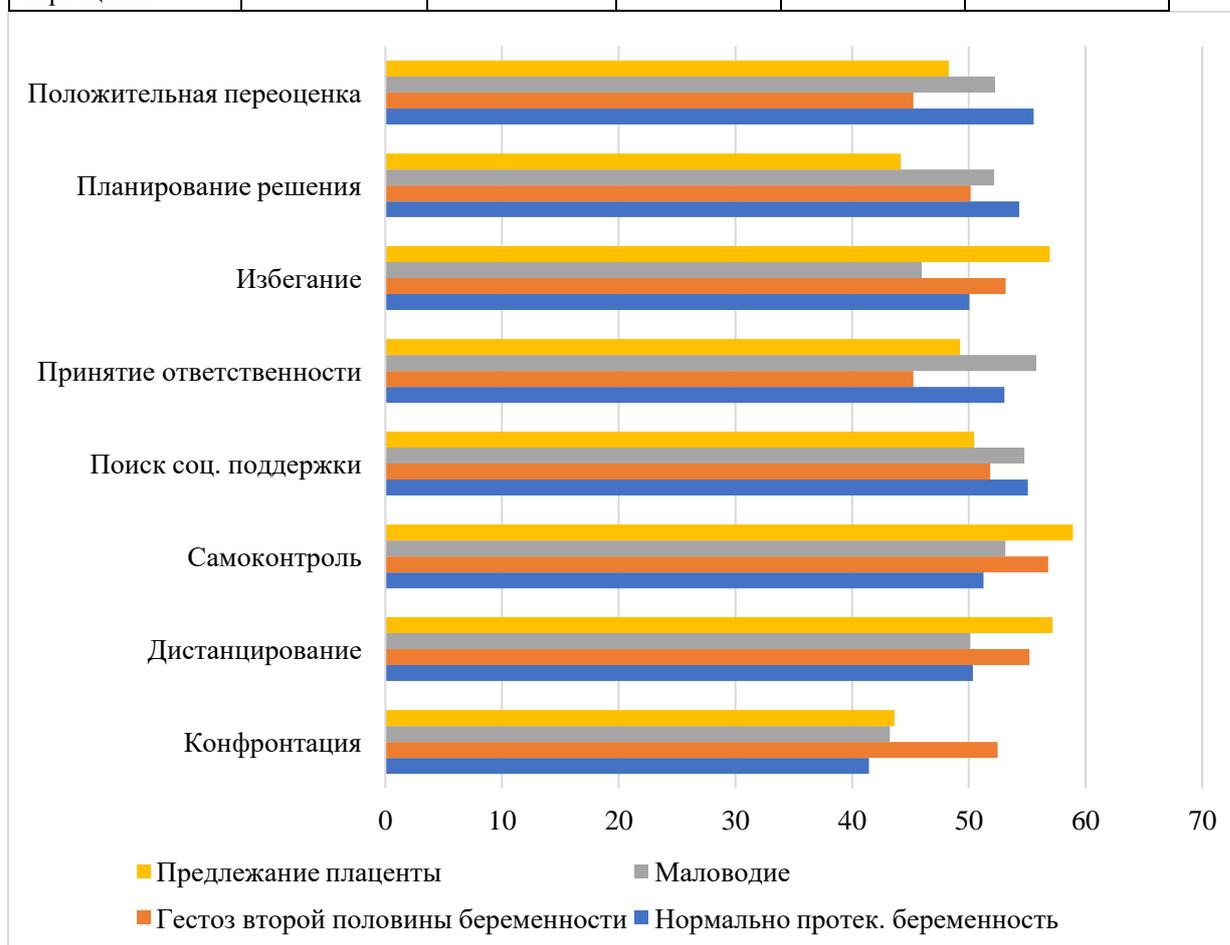


Рис.2. Описательные характеристики по доминирующим копинг-стратегиям.

Для пациенток с нормально протекающей беременностью свойственны различные стратегии совладающего поведения, но наиболее часто ими используются такие стратегии как «поиск социальной поддержки», «планирование решения» и «положительная переоценка», а такая стратегия как «конфронтация» используется редко.

Для пациенток с гестозом второй половины беременности наиболее предпочтительны такие стратегии как «дистанцирование», «самоконтроль», наименее предпочтительны «принятие ответственности» и «положительная переоценка».

Для пациенток с маловодием свойственны такие стратегии как «принятие ответственности» и «поиск социальной поддержки», стратегия «конфронтация» используется реже.

Пациентки с предлежанием плаценты чаще всего прибегают к поведенческой стратегии «избегание», «дистанцирование» и «самоконтроль».

По результатам методики ЛИРИ группа пациенток с нормально протекающей беременностью характеризуется гармонично складывающимися межличностными отношениями и адекватной самооценкой, что обеспечивает ее качественную адаптацию в социальной среде.

Пациентки с гестозом второй половины беременности преимущественно выстраивают гармоничные межличностные отношения с тенденциями к чрезмерному дружелюбию и подчеркнутой причастности к интересам большинства. У них адекватная самооценка.

У пациенток с маловодием тенденция к построению гармоничных отношений с окружающими, адекватная самооценка, нормальный уровень адаптации в социальной среде.

У пациентов с диагнозом «предлежание плаценты» в межличностных отношениях склонны к недоверчивости, неуверенности в себе, повышенной

склонности к рефлексии, определенной враждебности, самообвинению, что мешает им стоять гармоничные отношения и незначительно нарушает социальную адаптацию.

Таблица 4.

Описательные характеристики межличностных отношений.

Тип межличностн. взаимоотнош.	Норм. протек. берем-ть	Гестоз второй половины берем.	Маловодие	Предлежание плаценты	Нормативный диапазон
Властный-лидирующий	4,2±1,43	3,4±1,55	2,8±1,34	2,2±1,12	0-8 – гармоничное поведение, 9-12 – акцентуация, 13-16 – выраженные трудности
Независимый-доминирующий	6,10±1,60	3,8±1,32	3,3±1,06	2,4±1,55	
Прямолинейный-агрессивный	6,2±1,05	5,1±1,78	4,8±1,12	4,3±0,95	
Недоверчивый-скептический	4,95±1,25	6,83±1,40	6,65±1,63	8,15±0,95	
Покорно-застенчивый	5,1±1,41	6,4±1,35	6,24±1,18	7,4±1,17	
Зависимый-послушный	5,55±1,60	6,59±1,22	6,2±1,42	7,15±1,52	
Сотруд.-конвенц.	6,65±1,22	7,45±1,52	6,88±1,13	5,44±1,32	
Ответственно-великодушный	4,95±1,63	4,18±1,42	3,14±1,42	3,74±1,54	
Уровень самооценки	0,4±0,18	0,2±0,23	0,34±0,16	- 0,11±0,15	

По результатам обследования пациентки с нормально протекающей беременностью характеризуются нормальным уровнем личностной тревожности, незначительно повышенным уровнем ситуативной тревожности, скорее всего, обусловленных их состоянием (табл. 5). Пациентки с диагнозом «гестоз второй половины беременности» и «маловодие» имеют повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности. У группы с диагнозом «предлежание плаценты» уровень тревоги чрезвычайно высокий.

Таблица 5.

Различия показателей тревожности в разных группах сравнения

Индекс близости	Нормально протекающая беременность	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты
Личностная тревожность	30,87±10,69	40,13±11,4	49,05± 8,35	58,06±9,98
Ситуативная тревожность	34,75± 12,60	45,18±8,75	43,73±12,60	61,2±4,19
Самооценка тревоги (Цунг)	35,06±10,03	49,4±8,44	50,12±9,24	59,4±6,15

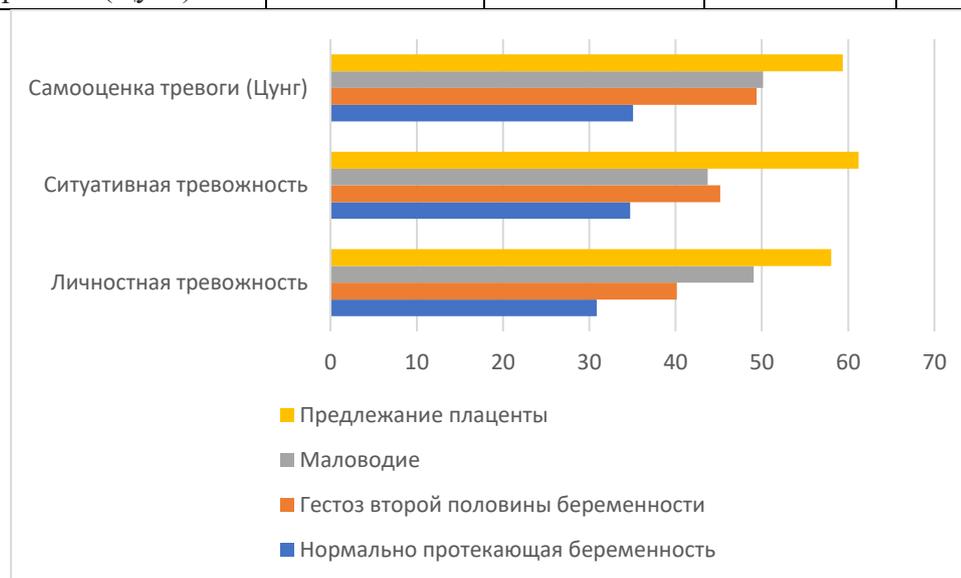


Рис.3. Различия показателей тревожности в разных группах сравнения.

По результатам опросника близости отношений все пациенты обладают средним уровнем близости в отношениях (табл. 6).

Таблица 6.

Показатели уровня близости в отношениях.

Индекс близости	Нормально протекающая беременность	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты	Нормативный диапазон
Шкала близости отнош.	5,35±1,69	4,94±1,85	5,24±0,74	5,54±1,65	0-10

По результатам теста отношений беременной И. Добрякова пациентки с протекающей без осложнений беременностью обладают преимущественно оптимальным типом гестационной доминанты, что проявляется в

ответственном отношении к своей беременности, без лишней тревоги (табл. 7., рис.4.).

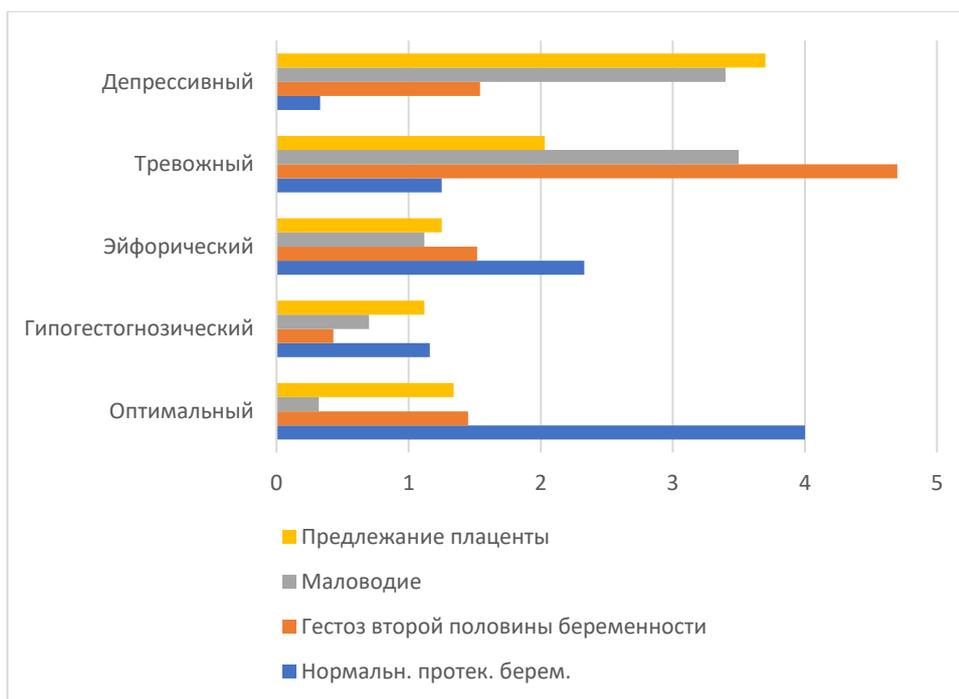


Рис.4. Тип гестационной доминанты в разных группах сравнения.

Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка. У пациенток с осложненной гестозом беременностью обладают преимущественно тревожным типом гестационной доминанты, который характеризуется сниженным фоном настроения, страхами перед родами и воспитанием ребенка, высоким уровнем тревоги у беременных девушек, не принятием изменений в своём теле. У пациенток с диагнозом «маловодие» преимущественно тревожный и депрессивный тип гестационной доминанты, Пациентки с беременностью, осложненной предлежанием плаценты, обладают преимущественно депрессивным типом гестационной доминанты, что выражается в том, что, женщина, мечтавшая о ребенке, может не верить в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах, часто плачет.

Тип гестационной доминанты в разных группах сравнения.

Тип гестационной доминанты	Нормальн. протек. берем.	Гестоз второй половины беременности	Маловодие	Предлежание плаценты	Нормативный диапазон
Оптимальный	4±1,12	1,45±0,85	0,32±0,74	1,34±0,65	0-9
Гипогестогнозический	1,16±1,02	0,43±0,39	0,7±0,48	1,12±0,49	
Эйфорический	2,33±0,88	1,52±0,54	1,12±0,8	1,25±0,45	
Тревожный	1,25±0,45	4,7±0,52	3,5±1,44	2,03±0,91	
Депрессивный	0,33±0,49	1,54±0,78	3,4±1,18	3,7±1,56	

3.3. Сравнительный анализ психологических показателей между пациентками с нормально-протекающей беременностью и беременностью, протекающей с патологией.

Перед сравнением групп «норма» и «патология» нами был проведен сравнительный анализ между группами с патологически протекающей беременностью. Так как не было обнаружено статистически значимых различий в показателях между этими группами, нами было принято решение объединить пациенток из группы «гестоз второй половины беременности», «маловодие» и «предлежание плаценты» в одну группу под названием «патология» и проводить сравнительный анализ по критерию Манна-Уитни.

Таким образом, нами был проведен сравнительный анализ психологических показателей между пациентками с нормально протекающей беременностью и пациентками с беременностью, протекающей с патологией (табл. 8). За критерий позитивно протекающей беременности был взят уровень риска, определяемых лечащий врачом относительно каждой из наблюдаемых пациенток.

Различия в группах с нормально и ненормально протекающей
беременностью.

Показатель	Средние значения		Значение критерия $U_{Эмп}$	Критерий Значимости
	Нормальная беременность	Беременность с патологией		
<i>Пятифакторный опросник личности (Big-5)</i>				
Интроверсия – Экстраверсия	44,8±8,52	39,3±9,39	358,5	p<0,001
<i>Опросник «Копинг-стратегии Лазаруса»</i>				
Самоконтроль	51,27±9,08	54,1±15,7	320	p<0,05
Дистанцирование	50,36±11,68	56,4±12,7	313,5	p<0,05
<i>Шкала самооценки Цунга</i>				
Самооценка тревоги	35,06±10,03	52,97±7,94	13,5	p≤0.01
<i>Методика Спилбергера-Ханина</i>				
Личностная тревожность	30,87±10,69	49,2±9,91	98,5	p≤0.01
Ситуативная тревожность	34,75± 12,60	50,03±8,51	37,5	p≤0.01

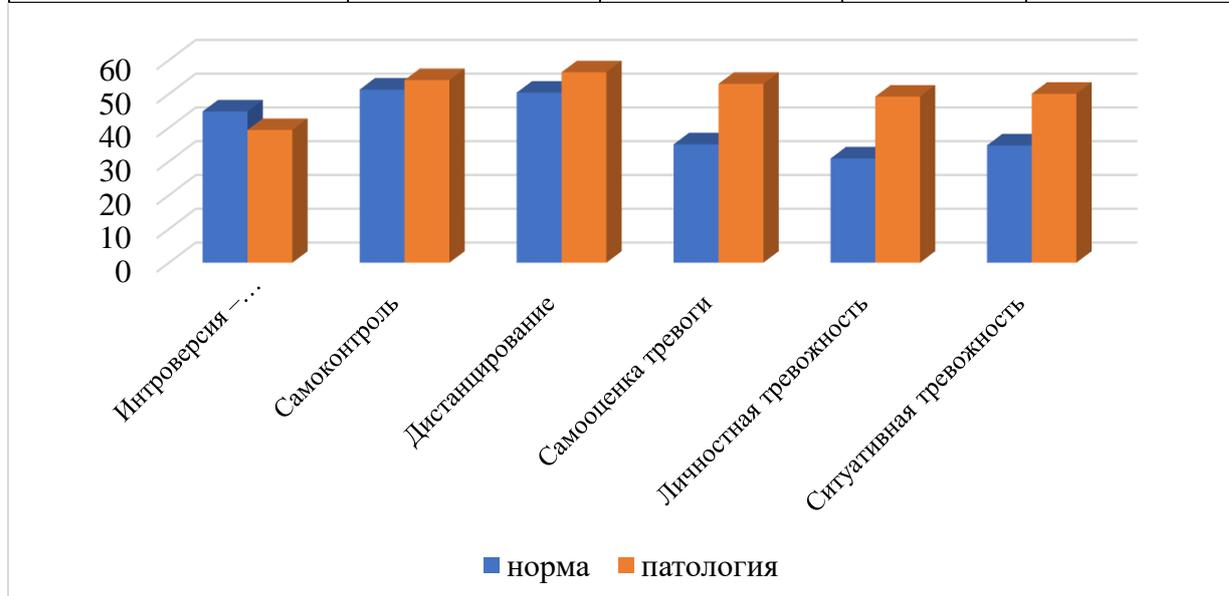


Рис.5. Различия в группах с нормально и ненормально протекающей
беременностью.

По результатам сравнительного анализа пациентки, у которых беременность протекает с патологией, обладают более высоким уровнем ситуативной и личностной тревоги, что скорее всего связано с тяжестью их состояния и необходимостью пребывания в стационаре под постоянным наблюдением врачей, более интроецированы, что, вероятно, обусловлено их сосредоточенностью на своем внутреннем состоянии, склонны к дистанцированию и самоконтролю, вероятно, в отличие от пациенток, чья беременность протекает без патологии.

Такой результат позволяет нам предположить, что сам факт осложнения беременности независимо от его типа оказывает влияние на психическое состояние пациентов и приводит к увеличению уровня тревоги.

3.4. Анализ взаимосвязей между психологическими характеристиками и уровнем риска в группе пациенток с нормально протекающей беременностью.

Для выявления взаимосвязей психологических характеристик, уровня риска был использован критерий корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа изучаемых показателей в группе пациентов с нормально протекающей беременностью представлены на рисунках.

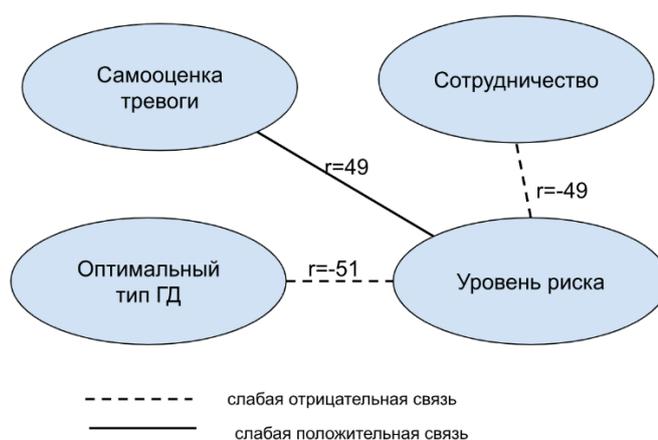


Рис. 6. Взаимосвязи уровня риска у пациенток с нормально протекающей беременностью.

При корреляционном анализе в группе пациенток с нормально протекающей беременностью, была выявлена статистически значимая отрицательная взаимосвязь оптимальной гестационной доминанты с уровнем риска (рис.6), что говорит о том, что низкий уровень риска способствует формированию оптимальной гестационной доминанты, что положительно влияет на протекание беременности.

По результатам корреляционного анализа взаимосвязи уровня риска с рассматриваемыми показателями в группе пациентов с нормально протекающей беременностью была обнаружена статистически достоверная отрицательная взаимосвязь с сотрудничающим типом межличностных отношений и значимая положительная взаимосвязь с самооценкой тревоги, то есть у пациентов, которые склонны к сотрудничеству в межличностных отношениях, уровень риска ниже (рис. 1). А низкий уровень риска связан с оценением своего общего уровня тревоги как незначительного. Желание сохранить межличностные контакты и уровень общения во время беременности в сочетании с незначительным уровнем тревоги в ситуации беременности помогают пациенткам чувствовать себя гармонично в ситуации беременности.

Также в ходе корреляционного анализа были выявлены статистически достоверные положительные взаимосвязи оптимальной гестационной доминанты с копинг-стратегией поиск социальной поддержки, продолжительностью отношений, экспрессивностью. То есть длительные отношения способствуют формированию оптимальной гестационной доминанты. Также были выявлены отрицательные взаимосвязи оптимальной гестационной доминанты с личностной тревожностью и копинг-стратегией конфронтации. То есть низкий уровень риска и нормальная личностная тревожность способствует формированию оптимальной гестационной доминанты, при которой пациентка не склонна вступать в конфронтацию с другими людьми.

3.5. Анализ взаимосвязей между психологическими характеристиками и уровнем риска в группе пациенток с патологией беременности.

Для выявления взаимосвязей психологических характеристик, уровня риска и анамнестических данных был использован критерий корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа изучаемых показателей в группе пациенток с патологией беременности представлены на рисунках.

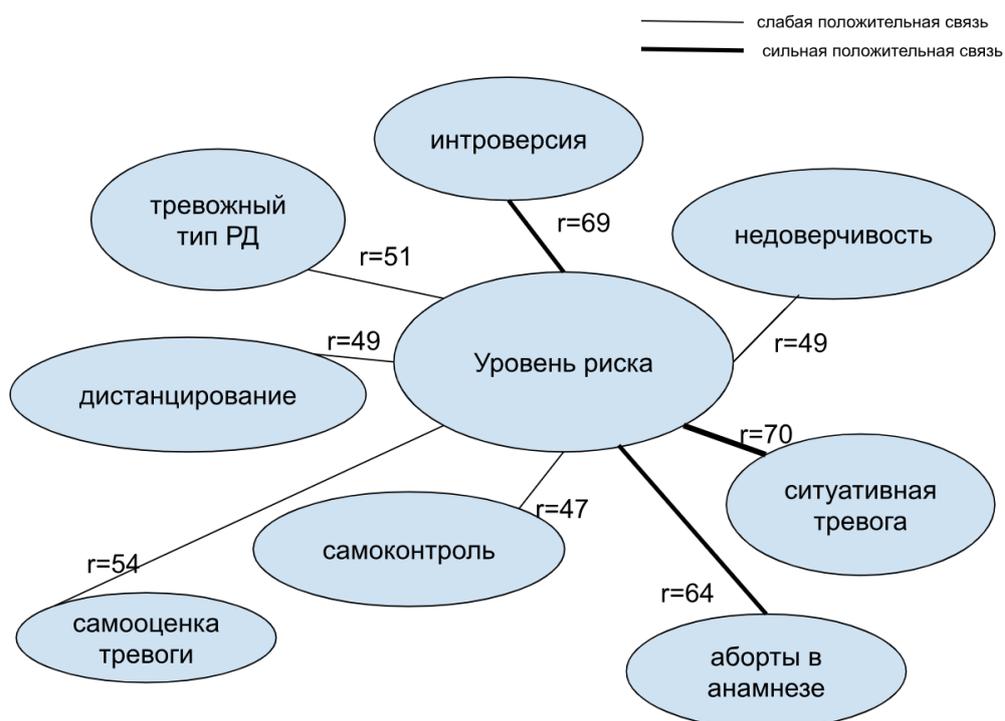


Рис. 7. Взаимосвязи уровня риска у пациенток с патологически протекающей беременностью.

При корреляционном анализе в группе пациенток с беременностью, протекающей с патологией, были выявлены статистически достоверные положительные взаимосвязи уровня риска с тревожным типом гестационной доминанты, недоверчивым типом межличностных отношений, копинг-стратегией дистанцирования и самоконтроля, уровнем самооценки тревоги,

интровертированностью, повышенным уровнем ситуативной тревоги, наличием аборт в анамнезе (рис. 7).

То есть при наличии абортов в анамнезе уровень риска повышается, с увеличением уровня риска повышается как ситуативная тревога, так и самооценка тревоги, пациентки склонны концентрироваться на собственных ощущениях, дистанцироваться и избегать общения, очень недоверчивы и пытаются держать ситуацию под контролем (рис. 8).

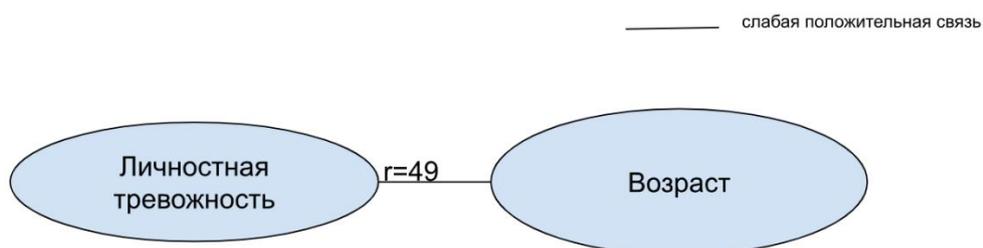


Рис. 8. Взаимосвязи возраста и личностной тревожности у пациенток с патологически протекающей беременностью.

При корреляционном анализе в группе пациенток с беременностью, протекающей с патологией, были выявлены статистически достоверные положительные взаимосвязи возраста с уровнем личностной тревожности. То есть чем старше женщина, тем выше ее уровень тревоги. Вероятно, это связано с уровнем осознанности и пониманием последствий, которые несет в себе патологически протекающая беременность.

3.6. Регрессионный анализ.

В нашем исследовании множественная линейная регрессия использовалась для того, чтобы понять, насколько такие факторы как как аборт в анамнезе, личностная тревожность, интровертированность и тенденция к самоконтролю как к копинг-стратегии могут предсказать

высокий уровень риска патологически протекающей беременности, а так же, как такие факторы как низкая тревожность, склонность к сотрудничеству и оптимальный тип гестационной доминанты могут предсказать низкий уровень риска у женщин с нормально протекающей беременностью.

Было обнаружено, что только фактор «аборты в анамнезе» может предсказывать высокий риск беременности протекающей с патологией ($\beta = 5,65$, $p = <0,005$, $R^2=0,7$ при $p = <0,005$). Факторы тревожности ($\beta = -0,59$, $p = 0,5$), интровертированности ($\beta = -0,83$, $p = 0,5$), и самоконтроля как ведущий копинг стратегии ($\beta = -0,60$, $p = 0,5$), в значительной степени не могут предсказать высокий уровень риска беременности, протекающей с патологией.

Наличие факторов склонности к сотрудничеству, оптимального типа гестационной доминанты и низкой тревожности могут объяснить 54% случаев что беременность будет протекать нормально ($R^2=0,54$ при $p = <0,005$), при этом только фактор оптимального типа гестационной доминанты имеет значительную роль в предсказании результата ($\beta = 5,25$, $p = <0,005$).

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Выборка исследования состояла из 80 беременных женщин, наблюдающихся на базе одного из родильных домов Санкт-Петербурга, причем большая часть выборки состояла из женщин, чья беременность была осложнена патологией. Тот факт, что патологически протекающая беременность несет чрезвычайно высокий риск как для жизни матери, так и для жизни ребенка, говорит о необходимости анализа данной ситуации и поиска тех факторов, которые влияют на этот риск, для разработки программ психологической поддержки и помощи.

Проведенное исследование позволило проанализировать причины высокого уровня риска и выявить статистически значимые различия психологических параметров у женщин с нормально протекающей беременностью и женщин, чья беременность протекает с патологией. Женщины, чья беременность протекает с патологией, часто имеют в анамнезе аборт, они более тревожны, более инровертированы и их более недоверчивы.

Анамнез женщины с нормально протекающей беременностью преимущественно не осложнен абортами, их отношения более продолжительны, что, вероятно, позволяет им меньше тревожиться и чувствовать уверенность в партнере и своем решении о беременности, что помогает в выстраивании гармоничных отношений с окружающими, в том числе в сотрудничестве с врачами, что может служить профилактическим фактором возможных осложнений (очень частых во время любой беременности), и купировании их на ранней стадии, не требующей постоянного наблюдения в стационаре.

В проведенном нами литературном обзоре показаны свидетельства о сложной взаимосвязи между физическими и психологическими аспектами беременности, особенно при наличии различных форм патологий. Это подчеркивает важность дальнейших исследований в данной области для

выработки эффективных методик диагностики и помощи женщинам в этот ответственный период жизни.

Таким образом, активное изучение этой проблемы необходимо для оптимального выбора тактики ведения беременности при различных формах патологий у матери, улучшения качества медицинской помощи и повышения эффективности профилактических мероприятий. Дальнейшие исследования могут способствовать развитию психологического сопровождения беременных женщин с патологиями, что является одной из важных задач современного акушерства.

Наше исследование продемонстрировало, что психологическое сопровождение женщинам необходимо не только на всех этапах переменности, начиная от планирования и заканчивая послеродовым периодом, но и в период полового созревания, когда недостаточная психологическая просвещенность в вопросах сексуального образования может привести к отдаленным последствиям в виде осложнений беременности.

Как и было показано и в рамках литературного обзора, и в рамках исследования, любая беременность, как нормативная, так и патологическая, сопровождается определенными психологическими состояниями, такими как, например, повышенная тревожность. И как наблюдается, как в более ранних исследованиях, так и в нашем, что женщины, находящиеся в продолжительных отношениях, менее тревожны и их беременность реже сопровождается патологией. А в случае, если сопровождается, то они справляются с ней лучше, чем женщины с менее продолжительными отношениями. Возможно, это объясняется, что в длительных отношениях женщина чувствует определенную стабильность и уверенность в будущем, ее партнер умеет оказывать нужную ей поддержку и заботу, и, как результат, женщина может заботиться о себе и чутко реагировать на изменения своего состояния, не отвлекаясь на посторонние факторы.

Гипотеза исследования, что патология, связанная с беременностью, негативно влияет на восприятие беременности и психологический аспект ее дальнейшего протекания, подтвердилась.

ВЫВОДЫ

1. Пациентки с нормально протекающей беременностью преимущественно обладают низким уровнем риска, оптимальным типом гестационной доминанты, у них гармоничные межличностные отношения, продолжительные отношения с партнером, их поведение гибкое, меняющееся в зависимости от ситуации и окружения, они экспрессивны и социально адаптированы.

2. Пациентки с беременностью, протекающей с патологией, часто имеют в анамнезе аборт, они тревожны, интровертированы, недоверчивы, замкнуты и дистанцированы. Склонны к самокритике и импульсивным реакциям. Социальная адаптация может быть незначительно нарушена.

3. У пациенток с беременностью, осложненной диагнозами «гестоз второй половины беременности», «предлежание плаценты» и «маловодие» не выявлено специфических при их формах осложнений беременности психологических особенностей. Они обладают преимущественно тревожным и депрессивным типами гестационной доминанты, интроецированы, склонны к самоконтролю и дистанцированию, имеют повышенный уровень ситуативной и личностной тревоги, испытывают трудности в построении межличностных отношений, социальная адаптация незначительно снижена.

4. У пациенток с патологически протекающей беременностью более высокий уровень риска, тревоги, они более интровертированы и дистанцированы, выше уровень самоконтроля.

5. У женщин с нормально протекающей беременностью с ее благополучием связан сотрудничающий тип межличностных отношений.

6. У женщин с патологически протекающей беременностью уровень риска тесно связан с уровнем ситуативной и личностной тревожности, который в свою очередь повышается с возрастом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беременность – ответственный и непростой период в жизни женщины. В связи с растущими демографическими проблемами и увеличением числа беременностей, протекающих с патологиями, невероятно важно разобраться в причинах данных тенденций. Наше исследование было посвящено изучению психологических особенностей будущих матерей, чья беременность омрачилась патологиями. Психологическая поддержка в таких случаях играет ключевую роль в обеспечении благополучного течения беременности и достижении положительных результатов, как для матери, так и для ребенка.

По результатам нашего исследования, одним из ключевых психологических факторов, характеризующих патологическую беременность, является высокая тревога. И роль психолога в поддержке беременных женщин с патологией может оказать существенное влияние на повышение качества жизни беременной женщины.

Другим аспектом, характеризующих патологическую беременность, является наличие аборт в анамнезе. И здесь важно отметить ценность своевременного психообразования и просвещения о репродуктивном здоровье женщины, возможных проблемах, рисках и способах их преодоления.

Еще один аспект, характеризующий патологическую беременность, является тенденция к дистанцированию и уходу в себя, что влияет на качество взаимодействия врача и пациента. И психологическая поддержка и сопровождение на этапах планирования-вынашивания-родов могут помочь снизить риски, повысить качество социальных контактов, уровень комплаентности, а также общее качество жизни.

Наше исследование подчеркивает важность психологической осведомленности и поддержки женщины в этот ответственный для нее период, так как многие проблемы возникают от незнания и непонимания

определенных аспектов, связанных с беременностью, подготовкой к ней, родами, антенатальным развитием ребенка.

Понимание психологических особенностей пациенток и их влияние на уровень риска особо важно учитывать при разработке психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение уровня комплаентности и качества жизни. Полученные в результате исследования данные должны учитываться при планировании программы вмешательства.

По результатам нашего исследования можно отметить, что ключевой мишенью для работы с беременными женщинами является программы по снижению уровня тревоги и нормализации эмоционального состояния, что должно повысить адаптивные возможности женщины в этот важный для нее период, а так же положительно повлиять на ее взаимодействие с социумом и особенно с лечащим врачом/медицинским персоналом, что, в свою очередь, позитивно скажется на уровне комплаентности.

Второй мишенью психокоррекционной работы представляется низкий уровень информированности женщин о вреде абортов и о необходимости использования надежных методов контрацепции, что возможно реализовывать через своевременно проведенные психообразовательные программы, повышающие общий уровень сексуальной просвещенности.

В заключении стоит отметить, что психологическая помощь женщинам, находящимся в ситуации беременности очень важна, так как это оказывает положительное влияние на послеродовое состояние матери и снижает риск возникновения послеродовой депрессии (Ветчанина Е.Г.,2003)

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам, С-П: 2016.
2. Алешина Е.А. Когнитивные нарушения, тревога и депрессия у беременных: современный взгляд на проблему //Перинатология. 2016. № 2. С. 22-27.
3. Архиреева Т.В. Ситуационные детерминанты отцовства. Перинатальная психология и психология родительства 2009, № 2. С. 35-46.
4. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. №4.
5. Басалаев Н.В. Обзор исследовательских трендов психологических составляющих рисков невынашиваемости беременности / Н. В. Басалаев, Т. Г.Гадельшина С.П. Иванова, Т.В. Сапринова // Научно-педагогическое обозрение. PEDAGOGICAL REVIEW. 2019. № 6. С. 45-51.
6. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. М.: РГУ, 2016. 498 с
7. Бердникова Ю.Л. Психология и психоанализ беременности. Москва: Бахрах-М, 2018. 250 с.
5. Блох М. Е. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья / М. Е. Блох, И. В. Добряков // Дискуссионные вопросы современного акушерства: материалы международного конгресса. Санкт-Петербург : НИИ АГ им. Д. О. Отта, 2015. С. 16-19.
8. Борисенко Ю.В. Становление психологической готовности к отцовству: психолого-педагогический контекст и технологии сопровождения: дис. ... докт. психол. наук. Кемерово, 2018. 538 с.

9. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 59-69.

10. Василенко Т.Д., Воробьева М.Е. Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья // Педиатр. - 2016. - Т. 7. - № 1. - С. 151-157.

11. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когит-Центр, 2009. 240 с.

12. Ветчанина Е.Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции // Автореф.канд. псих, наук // Томск 2015.

13. Володина В.В. Организация психотерапевтической помощи женщинам в ситуации репродуктивных потерь / В. В. Володина, Н. Б. Иванова. Воронеж : БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», 2016. 36 с.

14. Выготский Л.С. Проблемы развития высших психических функций. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3; под ред. А.М. Матюшкина. М.: Педагогика, 1983.

15. Горьковая И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А. Динамика качества жизни женщин после рождения ребенка в зависимости от типа родоразрешения // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2016. - Т. 5. - № 4(17). - С. 324-327.

16. Гунзунова Б.А. Взаимосвязь психологической готовности к материнству и эмоциональных особенностей беременных женщин // Известия Иркутского государственного университета. Серия «Психология». 2019. Т. 28. С. 3-11.

17. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 352 с.

18. Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. М., 2016. С. 118-132.

19. Знаков В.В., Рябикина З.И. Психология человеческого бытия. М.: Смысл, 2017.

20. Золотых И.В., Налобина А.Н., Желистова Л.В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности // Мать и дитя в Кузбассе. - 2015. - № 2. - С. 28-33.

21. Изард К. Э. Психология эмоций. Питер, 2007. 464 с.

22. Клименко Г.Я., Стародубов В.М., Говоров С.В., и др. Исследование качества жизни беременных женщин как новый интегральный показатель оценки их здоровья // Успехи современного естествознания. - 2010. - № 9. - С. 131-132.

23. Комисаренко Т.И. Нежеланность рождения ребенка и девиантные формы поведения в подростковом возрасте // Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи: сб. материалов науч.-практ. конф. М., 2016. С. 493-501.

24. Коваленко Н.П. Перинатальная психология / Н.П. Коваленко. - Санкт-Петербург: Ювента, 2000.

20. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности // Сборник материалов конференции по пренатальной психологии. СПб, 2017. С. 134-142.

21. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н. П. Коваленко. - Санкт-Петербург : Издательство СПбГУ, 2001.

22. Кондря Т. И. Особенности работы кризисных центров с женщинами, пострадавшими от семейного насилия / Т.И. Кондря // Baikal Research Journal. –2017. –Т. 8, № 4. –DOI : 10.17150/2411-6262.2017.8(4).7.
23. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия - центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2015; 14(6). С. 5-24.
24. Коробова Н.С. Базисные убеждения как фактор психологической готовности к материнству у беременных и небеременных женщин // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2016. № 1. С. 123-134.
25. Кризисные центры как система социальной поддержки населения / Е. А. Брачкова [и др.] // NovaInfo.Ru. –2016. –Т. 1, № 47. –С. 358-361.
26. Крюкова Т.Л., Екимчик О.А., Опекина Т.П. Психология совладания с трудностями в близких (межличностных) отношениях. Кострома: Изд-во Костром. гос. ун-та, 2019. 340 с.
27. Кутушева Р. Р., Гумерова Р. Б. Система ценностей у беременных женщин // Актуальные вопросы психологии. РИЦ БашГУ, 2015. 180 с
28. Куфтяк Е.В. Взаимосвязь депрессивной симптоматики и копинг-поведения у женщин с осложнённым течением и исходом беременности// Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2017. Т. 12, № 1. - С. 60-62.
29. Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В. О материнских представлениях и ожиданиях к детям раннего возраста, зачатым спонтанно и при помощи ЭКО // От истоков к современности: 130 лет организации психологического общества при Московском университете: сб. материалов юбилейной конф.: в 5 т. М., 2015. Т. 4. С. 73-75
30. Ланцбург М.Е. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей // Психологическая наука и образование. 2004. № 3. С. 88-97.

31. Ланцбург М.Е. Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 15-26.
32. Леонтьев Д.А. Понятие мотива у А.Н. Леонтьева и проблема качества мотивации // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2016. № 2. С. 3-18.
33. Лустин С.И. Психологические особенности беременных женщин // Царскосельские чтения. 2016. № 3. С. 241-244.
34. Медико-социальный портрет беременной женщины города Семей и информированность беременных женщин о социальных и психологических службах / Т. Ж. Шалаганова [и др.] // Наука и здравоохранение. - 2017. -№1,- С. 133-145
35. Мид М. Культура и мир детства. Избранные произведения. М., 1988.
36. Могилевская Е.В. Профессиональная подготовка специалистов в сфере перинатальной психологии // Психология в ВУЗе. 2010. № 6. С. 91-99.
37. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л., Шабаловская М.В., Тосто М.Г., Терехина О.В., Ковас Ю.В. Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2016. - Т. 15, № 6. - С. 23-30.
38. Овчарова Р.В. Психология родительства: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Академия, 2005. 368 с.
39. Организация профилактического консультирования беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей / А. В. Балакирева [и др.] // Российский педиатрический журн. - 2017. - Т. 20, № 1. - С. 23-29
40. Осипенко И. М. Психологические особенности женщин с кризисной беременностью в ситуации репродуктивного выбора // Вестник Пермского университета. Сер.: Философия. Психология. Социология. 2019. № 3. С. 388-401.

41. Плешкова Н. Л. Развитие теории и системы классификации отношений привязанности у детей // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. СПб.: Изд-во СПбГУ 2008. С. 220-239.
42. Прохорова А.А. Зарубежные исследования сверхвключенного типа родительства («overparenting») // Современная зарубежная психология, 2019. Т. 8. № 4. С. 16-24
43. Пустотина О.А. Прегравидарная подготовка / О.А. Пустотина // Медицинский совет. - 2017. - № 13. -С. 64-70
44. Радзинский В.Е., Пустотина О.А., Верижникова Е.В., Дикке Г.Б., Иловайская И.А., Курмачева Н.А. и др. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. М: Редакция журнала Status Praesens 2016; 80.
45. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2013. 713 с.
46. Савенышева С.С. Особенности супружеских отношений и отношений к ребенку в период беременности // Вестник С.-Петербургского университета. 2010. Сер. 12. Вып. 4. С. 106-112.
47. Савенышева С.С. Удовлетворенность браком и отношение к беременности и ребенку у беременных женщин. Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология. - Сб. статей: - Ялта: РИО ГПА, 2016. - Вып. 54
48. Санжаева Р. Д. Готовность и психологические механизмы ее формирования. Улан-Удэ : Изд-во БГУ, 2017. 208 с.
49. Сидоров, П.И. Перинатальная психология / П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина. - СПб.: Спец лит, 2015. - 143 с.
50. Ситников, В.Л., Доева, Л.И. Образы супругов в сознании мужчин и женщин с разным стажем семейной жизни. Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, № 186, 2017 с. 61-71.

51. Тагирова З.М., Умаханова М.М., Филиппова Г.Г., Цидаева М.М. Оценка психологического статуса у беременных с невынашиванием беременности // Проблемы репродукции. - 2018.- Т. 24, № 2. - С. 108-111.
52. Тимошенко Н.С. Доминирующие стратегии поведения в конфликтных ситуациях у беременных женщин с разным типом психологического компонента гестационной доминанты беременности // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2017. № 23. С. 47-49.
53. Тренина Л.Н. Этико-психологические проблемы современного материнства : дис. ... канд. филос. наук Тула, 2010. 136 с
54. Ульянич А.Л. Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности / А.Л.
55. Ульянич Т.Г. Бо-хан, С.Б. Лещинская, Л.А. Агаркова, И.Г. Ку-ценко, Г.А. Михеенко // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2019. -Т. 21, № 2 (78). - С. 435-450. DOI: 10.21603/2078-8975-2019-21 -2-435-450
56. Фекличева И.В., Чипеева Н.А., Воронина И.Д., Солдатова Е.Л., Масленникова Е.П., Шабаловская М.В., Агаркова Л.А., Малых С.Б., Ковас Ю.В. Взаимосвязь между отношением к будущему ребенку и отношениями между родителями в семьях со спонтанной и индуцированной беременностью // Акушерство и гинекология. - 2017. - № 10. - С. 78-83.
57. Филиппова, Г.Г. Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности на Комитет модальности ОППЛ (16 декабря 2006г., г. Москва), Девятый съезд ОППЛ и Четвертый Паназиатский конгресс «Психотерапия и консультирование в эпоху перемен» (17-20 мая 2007 г., г. Екатеринбург) / Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология родительства. - 2007. - № 2. - С. 5-42.

58. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психологический журнал. 1999. Т. 20, № 5. С. 81-88
59. Филиппова, Г.Г. Перинатальная психология: взгляд с порога третьего тысячелетия / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. - 2018. - № 2. - С. 6-15
60. Филиппова Г.Г. Пренатальный стресс: усиление риска при современных технологиях ведения беременности и лечения бесплодия // Психологические проблемы современной семьи: материалы VI Междунар. науч. конф. Екатеринбург, 2015. С. 501-510.
61. Филиппова Г.Г., Пашкова Ю. Проявление функций матери в пренатальном периоде развития ребенка // Вопросы охраны психического здоровья населения. СПб., 2001. С. 7-13.
62. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. М. : Издательство Юрайт, 2018, 211 с.
63. Филиппова, Г.Г. Развитие исследований по репродуктивной психологии на кафедре общей психологии и истории психологии Московского гуманитарного университета / Г.Г. Филиппова // Научные труды Московского гуманитарного университета. -2018. - № 1.
64. Филоненко А. Л. Базисные убеждения, особенности состояния и переживания беременных женщин // Сибирский психологический журнал. 2010. № 37. С. 13 - 20.
65. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М.: Педагогика-Пресс, 1993. 144 с.
66. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: АСТ, 2014. 416 с.
67. Хох И.Р., Шакирова Е.В. Изучение психологической доминанты переживаний беременных женщин // XXXV Международная научно-практическая конференция «Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии» 19.02.2015 г. Москва.

68. Чибисова М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 21 с.

69. Чиждова М.А. Содержание и структура психологического консультирования в ситуации перинатальных потерь // От истоков к современности: 130 лет организации психологического общества при Московском университете: сб. материалов юбилейной конф.: в 5 т. М., 2015. Т. 4. С. 87-89.

70. Шелехов И.Л., Гребенникова Е.В. Методологический подход к исследованию репродуктивного поведения женщины как к системному структурно-уровневому феномену // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2015. № 9. С. 89-94.

71. Шелехов И. Л., Берестнева О. Г. Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты. Томск: Изд-во Томского политехн. ун-та, 2013. 367 с.

72. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи. Санкт-Петербург: Питер, 2015. 672 с.

73. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. -СПб.: Речь, 2003. - 380 с.

74. Эриксон Э. Детство и общество / пер. с англ. 2-е изд. СПб.: Ленато: АСТ, 1996. 592 с.

75. Якупова, Е. И. Захарова // Психологические проблемы современной семьи: сборник тезисов VI Международной научной конференции. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2015. С. 25-32.

76. Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference «Current problems of social and labour relations» (ISPC-CPSLR 2021) : Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference,

Makhachkala, 16–17 декабря 2021 года. Vol. 646. – Amsterdam: Atlantis Press, 2022. – 442 p. – ISBN 978-94-6239-541-1. – EDN UMNHBW.

77. Rybinska V., Stukan L., Pototska I. FEATURES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN PREGNANT WOMEN WITH THE THREAT OF TERMINATION OF PREGNANCY // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2021. №63-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/features-of-the-psycho-emotional-state-in-pregnant-women-with-the-threat-of-termination-of-pregnancy> (дата обращения: 15.11.2023).

78. Modern aspects of science and practice : abstracts of XI International Scientific and Practical Conference, Melbourne, 30 ноября – 03 2021 года. – Melbourne: Без издательства, 2021. – 590 p. – ISBN 978-1-68564-520-5. – DOI 10.46299/ISG.2021.II.XI. – EDN VUSKJK.

79. VIII International Scientific and Practical Conference 'Current problems of social and labour relations' (ISPC-CPSLR 2020) : Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference, Makhachkala, 17–18 декабря 2020 года. Vol. 527. – Amsterdam: Atlantis Press, 2021. – 777 p. – ISBN 978-94-6239-357-8. – EDN ONAFNU.

80. Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference «Current problems of social and labour relations» (ISPC-CPSLR 2021) : Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference, Makhachkala, 16–17 декабря 2021 года. Vol. 646. – Amsterdam: Atlantis Press, 2022. – 442 p. – ISBN 978-94-6239-541-1. – EDN UMNHBW.

81. Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference “Current Problems of Social and Labour Relations» (ISPC-CPSLR 2021), Mahahckala, 16 декабря 2021 года. – Mahahckala: Atlantis Press, 2021. – 442 p. – ISBN 978-94-6239-541-1. – EDN VKMWAM.