

ЛИЧНОСТНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

PERSONAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS IN WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL AND COMPLICATED PREGNANCY

*V. Vasil'eva
T. Botasheva
I. Pelipenko
Z. Elzhorukaeva
E. Zheleznyakova
O. Zavodnov*

Summary. A comprehensive psychological examination of 174 pregnant women in the period of 35–36 weeks was carried out. During the study, we found that the personality characteristics of women with physiological and complicated pregnancy are different. The obtained results of the study made it necessary to create and implement a program aimed at psychological prevention and correction, and its effectiveness was also tested. According to the results of the study, it was found that it is possible to optimize the psycho-emotional status of pregnant women through the introduction of a psychological support program. It will also contribute to reducing the number of complications that can happen during pregnancy and childbirth.

Keywords: physiological pregnancy, complicated pregnancy, personality traits, emotional status, psychocorrection.

Васильева Валентина Валерьевна

*Д.б.н., в.н.с., Ростовский государственный
медицинский университет
v.vasiljeva@rniiar.ru*

Боташева Татьяна Леонидовна

*Д.м.н., профессор, г.н.с., Ростовский
государственный медицинский университет
t_botasheva@mail.ru*

Пелипенко Ирина Григорьевна

*Аспирант, Ростовский государственный
медицинский университет
rim.cesar@yandex.ru*

Эльжорукаева Жанна Азретовна

*К.м.н., с.н.с., Ростовский государственный
медицинский университет
elzhorukatva@mail.ru*

Железнякова Елена Васильевна

*К.м.н., н.с., Ростовский государственный
медицинский университет
elena.Gel.1961@yandex.ru*

Заводнов Олег Павлович

*К.б.н., н.с., Ростовский государственный
медицинский университет
ozz2007@mail.ru*

Аннотация. Проведено комплексное психологическое обследование 174 беременных в сроке 35–36 недель. В процессе проведения исследования нами было обнаружено, что личностные характеристики женщин с различным течением беременности (физиологическим и осложненным) отличаются. Полученные результаты обусловили необходимость создания и реализации программы, направленной на психологическую профилактику и коррекцию, а также была проведена проверка ее эффективности. По результатам исследования было выявлено, что существует возможность оптимизировать психоэмоциональный статус беременных за счет внедрения программы психологического сопровождения. Она же будет способствовать и снижению числа осложнений, которые могут случиться в процессе беременности и родов.

Ключевые слова: физиологическая беременность, осложненная беременность, личностные особенности, эмоциональный статус, психокоррекция.

Беременность — это особое состояние организма, которое оказывает ярко выраженное воздействие как на психические, так и на соматические процессы, протекающие в женском организме. По данному вопросу проводилось достаточно большое количество исследований и отечественными, и зарубежными специалистами [1–5]. Тем не менее, в то время как исследователи обращают внимание на физиологические

процессы, протекающие в женском организме во время беременности, то сфере психики уделяется недостаточное количество внимания, в особенности личностным и психоэмоциональным характеристикам. В то же время, ряд исследований показывает, что разные нарушения, которые касаются психоэмоциональной сферы беременных, часто сопровождаются самыми разнообразными клиническими осложнениями гестации [6, 7, 8].

Анализ специальной литературы показал, что психология беременности охватывает огромный пласт самых разнообразных исследований [9–14], при этом она практически не содержит исследования, включающие в себя количественный сравнительный анализ особенностей личности беременных как в процессе нормальной, физиологической беременности, так и при наличии осложнений. Также анализ литературы позволяет говорить об актуальности проведения психопрофилактики и психокоррекции с беременными. Таким образом, можно отметить, что в психологической науке есть необходимость системного анализа всех методов, позволяющих подготовить женщину к материнству и процессу родов, и сформировать на этой основе комплексный подход.

Цель исследования

Выявить групповые различия ряда личностных характеристик женщин с физиологическим и осложненным течением беременности и проанализировать динамику изменения психоэмоционального состояния в процессе проведения комплексной программы психологического сопровождения беременности.

Материалы и методы

Для психологического тестирования ретроспективно были отобраны 194 беременные в сроке 35–36 недель (основная группа), проходившие клиническое обследование в течение всего периода беременности. В рамках основной группы, в соответствии с акушерским заключением были выделены две подгруппы: с физиологическим течением гестации 108 беременных («норма») и с наличием различных осложнений гестации в течении всего периода беременности 86 беременных («угроза»). Обследование беременных проводилось с помощью комплекса диагностических психологических методик, который включал в себя: шкалу реактивной и личностной тревожности (Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю. Л. Ханина), 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, цветовой тест М. Люшера, определение типа психологического компонента гестационной доминанты И. В. Добрякова [15], опросник «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН), опросник нервно-психического напряжения (Т. А. Немчин) [16]. Тестирование с помощью тестов Кеттелла, Спилбергера-Ханина и Люшера проводилось с помощью компьютера, который также автоматически анализировал полученные результаты. Интерпретация осуществлялась при помощи существующих описаний к заявленным методикам [1]. Результаты по каждому из факторов Кеттелла были переведены в стеновые значения, учитывая половозрастные особенности испытуемых. Результаты интерпретировались с помощью стенов по каждому из 16 факторов. Средние значения стенов означают то, насколько в среднем выражено определенное свойство,

в то время как слишком высокие или же слишком низкие значения будут значить то, что оно выражено слишком сильно или, соответственно, слишком слабо.

Когда нами анализировались данные по методике исследования тревожности, то мы исходили из того, что значения показателей распределялись по градации от низкой тревожности до очень высокой. В случае анализа по методике САН учитывается сумма баллов по каждой из шкал, которые оцениваются по градации от низкого до высокого. Цветовой тест Люшера базируется на феномене того, что предпочитаемые цвета позволяют продиагностировать нервно-психическое состояние и выявить то, какие потребности и внутриличностные конфликты присутствуют. Нами он использовался в качестве индикатора психоэмоционального состояния беременных. По данным теста мы оценивали показатель СО, который является эталонным индикатором нервно-психического благополучия — суммарное отклонение от аутогенной нормы и показатель ВК — вегетативный коэффициент. В зависимости от того, насколько в числовом значении предпочтения цветов находились далеко от нормы, можно узнать о состоянии вегетативной нервной системы, а также об энергетическом балансе, эмоциональном резерве личности и ее общем эмоциональном состоянии. Все расчеты проводились в соответствии с необходимыми стандартами и по формулам, которые позволяли сказать о том, готова ли испытуемая тратить свою энергию — об этом будет говорить выбор ярких цветов сначала, или же наоборот, стремится сократить энергетические траты — в случае если отмечает яркие цвета (например, красный) ближе к концу. Классификация Т. А. Немчина позволила определить уровень нервно-психического напряжения [15], который также варьируется от слабого до высокого в пределах от 30 до 90 баллов. Также при помощи опросника для определения типа психологического компонента гестационной доминанты [14] нами выделялось 5 основных психотипов, среди которых оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Полученные данные обрабатывались при помощи методов математической статистики — параметрических и непараметрических. К используемым методам описательной статистики относились оценка среднего значения, а также ошибки среднего значения. Для статистического анализа нами использовался стандартный пакет Statistika 6.0. В качестве метода параметрической обработки данных использовался t-критерий Стьюдента для равных и неравных выборок. Оценка проводилась на уровне значимости результатов $p \leq 0,05$.

Ввиду того, что в рамках исследования необходимо было применить комплексный подход к ситуации материнства и родов, после того, как все существующие ме-

тоды были проанализированы и систематизированы, нами была предложена специальная программа, направленная на психологическую профилактику и коррекцию состояния беременных, включающая в себя три основных блока — информационный, развивающий и физический. В частности, нами учитывалось то, что главная причина нервно-психического напряжения беременных — это чувство неопределенности из-за недостатка информации, в информационный блок программы были включены лекции с видео-материалами, посвященными данной тематике. Также беременных информировали о причинах возможных акушерских осложнений, о том, как протекает лечение и процесс родов при патологии. Данный подход активно применяется в рамках когнитивной психотерапии, т.к. позволяет снизить нервно-психическое напряжение, уровень тревогу и уменьшить количество переживаний, воспрепятствовать «уходу в болезнь», а также улучшить отношение женщины к возможным патологиям беременности. Благодаря данному методу женщина может осознать то, насколько значимы болезненные проявления, а также — насколько ей требуется квалифицированная медицинская помощь. В информационный блок входили сведения о том, как физиологически протекает процесс родов, какие могут быть осложнения в период беременности, информация об особенностях режима, питания, гигиены, а также основных психологических особенностях данных процессов, включавший в себя и процессы после рождения ребенка. Развивающий блок включал в себя разнообразные групповые и индивидуальные занятия с психологом. Групповая терапия была организована в формате группы встреч в соответствии с методами гуманистической психотерапии.

На занятиях обучали процессу эмоциональной саморегуляции — обучали необходимым техникам саморелаксации, процессу регуляции эмоций, техники поиска ресурсов. Также будущих матерей обучали, как правильно общаться с ребенком, говорили о важности тактильных взаимодействий, эмоций и об аспектах привязанности. Задачей психологической коррекции было преодолеть избегание женщин, как когнитивное, так и эмоциональное, а также воздействовать на мыслительные установки и убеждения, которые обычно сопровождают процесс гестации и родов и вызывают страх, социальную тревогу. В основном психологическая коррекционная программа базировалась на методах когнитивно-поведенческого анализа, включающего в себя анализ автоматических бессознательных мыслей, затем эмоций, которые они вызывают, и уже потом реакций, к которым приводят.

Физический блок включал в себя комплекс дыхательных техник, самомассаж, физические упражнения, предназначенные специально для беременных, обучение техникам нервно-мышечной релаксации. Данную про-

грамму проходили 125 беременных, которые составили контрольную группу испытуемых. В экспериментальную группу входило 194 беременных, которые не участвовали в программе психологического сопровождения. В каждой из групп равномерно были представлены клинические группы с разным течением гестации — нормальным и осложненным. На констатирующем этапе эксперимента проводилось обследование по методикам САН, Немчина и Спилбергера-Ханина в обеих группах — на 11–12 неделе. На контрольном этапе обследования проводились после того, как была проведена программа по психологическому сопровождению и психокоррекционная работа — 36–37 недель. После того, как программа была завершена, нами проводилось анкетирование испытуемых на анонимной основе для того, чтобы выявить субъективные впечатления о том, насколько проведенная программа была эффективна.

Результаты исследования

В рамках исследования нами проводилась диагностика психоэмоционального состояния женщин с нормальным течением беременности и женщин с осложнениями. В результате было обнаружено, что у них присутствуют определенные различия в личностной и психоэмоциональной сферах.

Результата 16-факторного опросника личности Кеттелла показали значимые различия по следующим шкалам:

- ◆ «замкнутость-общительность» ($t=3,48$; $p \leq 0,05$);
- ◆ «доверчивость-подозрительность» ($t=2,43$; $p \leq 0,05$);
- ◆ «уверенность в себе — тревожность» ($t=3,15$; $p \leq 0,05$);
- ◆ «уровень самоконтроля» ($t=2,66$; $p \leq 0,05$);
- ◆ «расслабленность-напряженность» ($t=2,86$; $p \leq 0,05$).

Также было обнаружено, что показатели по шкале эмоциональной устойчивости находились в шкале низких значений. Можно было сказать о том, что средний профиль личности группы при нормальном развитии беременности находится в рамках нормы, а разброс результатов невысок. Нами было также обнаружены высокие показатели по шкале открытости и замкнутости, и при этом низкие значения по фактору эмоциональной стабильности, спонтанности и дисциплинированности. Таким образом, мы можем сказать, что женщины с нормально протекающей беременностью открыто идут на общение, активны и доверчивы, доброжелательны, проявляют толерантность, уверенность в своих силах, отсутствие требовательности. Однако при этом они недостаточно дисциплинированы и недостаточно эмоционально устойчивы. Говоря о группе беременных с осложнениями в процессе беременности можно сказать, что у них преобладают значения по факторам O, Q4, L и при этом низкие значения по факторам A и C.

Таблица 1. Значения средних показателей стенов факторов (по методике Кеттела), имеющих достоверные отличия в группах беременных «норма» и «угроза»

Группы/ Факторы	A	C	L	Q3	O	Q4
Норма	7,8±0,23*	4,4±0,18	5,2±0,12*	4,6±0,15*	6,2±0,13*	5,3±0,19*
Угроза	4,8±0,21	4,1±0,15	6,8±0,14	5,9±0,16	7,7±0,15	7,4±0,16

Также можно обратить внимание на то, что высокие значения по шкале L сочетаются с низкими по шкалам A и C, в связи с чем можно говорить о том, что у них нарушено межличностное взаимодействие и это обуславливает амбивалентность взаимодействий с другими людьми. Эти женщины ищут внимание и заботу со стороны других людей, и в то же время проявляют холодное отношение, отсутствие доброжелательности и нежелание идти на компромиссы. Качественный анализ профиля позволяет сказать о том, что в данной группе испытуемых много замкнутых женщин, у которых внутренний локус контроля, внимание направлено на собственные переживания и их личность характеризуется проявлениями ригидности, высокой строгостью в процессе оценивания окружающих, а также скептицизм.

Для женщин, у которых существует риск возможного прерывания беременности, характерна подозрительность, низкая уверенность в своих силах и возможностях, отсутствие эмоциональной устойчивости, низкий уровень толерантности к разочарованию, а также возбуждение и беспокойство. Завершая анализ средних значений личностных профилей можно сказать о том, что для представительниц обеих групп характерно низкое значение по шкале C, что говорит о проблемах с эмоциональной устойчивостью. Таким образом, сведения, полученные в результате нашего исследования, дополняют данные, которые были получены другими учеными [3, 5, 7].

Для количественной оценки данных нами использовался цветовой тест Люшера, который позволил оценить уровень психоэмоционального напряжения беременных обеих групп. По данным диагностики по этому тесту женщины обеих групп отличаются по показателям и CO, и BK. Для женщин с физиологической беременностью среднее значение CO составило 17,5±3,8, а для женщин с осложнениями — 26,1±3,7. Это говорит о том, что высокие показатели CO характерны для проявлений непродуктивной напряженности, ощущения зажатости, высокой утомляемости, преобладании отрицательных переживаний и отсутствии стабильности. Среднее значение BK у 87% беременных в группе с физиологической беременностью было 0,88–1,21. У 54% женщин в группе с осложнениями — низкие показатели BK (0,41–0,68), и у 37% женщин в данной группе — высокие показате-

ли BK (1,25–3,4). Таким образом, мы можем сказать о том, что в группе с физиологической беременностью функциональное состояние является оптимальным и находится в рамках средних значений 0,9–1,2, и женщины ориентированы на то, чтобы тратить энергию, а не сберегать ее, выполнять активные действия. Если же значения данного показателя низкие, то у таких женщин преобладают энергосберегающее поведение, они стремятся минимизировать свои усилия, нуждаются в отдыхе, не готовы к активности, к тому, чтобы мобилизовать свои усилия, преодолевать трудности. Также высокие показатели говорят о вероятном развитии состояния перевозбуждения. Качественный анализ результатов по данной методике позволил определить ряд особенностей, характерных для испытуемых в нашем исследовании. В группе женщин с физиологической беременностью у 27% женщин первым и вторым выбором оказывался зеленый цвет, у 24% — красный, у 19% — желтый. У женщин из группы с осложнениями результаты были следующие: 29% выбирали первым серый цвет, 26% выбирали фиолетовый, 21% — коричневый. По данным теста ситуативной тревожности Спилберга-Ханина мы можем сделать следующие выводы. В среднем в группе женщин с физиологической беременностью значение показателей составило 48,0±4,5 ус.ед, а для группы женщин с осложнениями в беременности — 54,1±4,1. Такие данные дают нам возможность сказать о том, что уровень ситуативной тревожности высокий у представительниц обеих групп. По средним данным личностной тревожности можно говорить о том, что присутствуют статистически значимые различия. В группе женщин с физиологической беременностью уровень личностной тревожности был равен 42,8±5,1, что попадает в диапазон средних значений, а в группе женщин с осложнениями — 53,2±3,0, что попадает в диапазон высоких значений. Уровень различий составил $t=2,37$; $p\leq 0,05$.

По данным методики на определение типа психологического компонента гестационной доминанты нами были обнаружены следующие результаты. У 59% женщин из группы с физиологической беременностью доминировал оптимальный тип. В той же группе у 7% был выявлен эйфорический тип, у 8% — тревожный, у 7% — гипогестогнозический, и для 19% женщин данной группы был характерен смешанный вариант типа, включающий особенности всех выше перечисленных. В группе

Таблица 2. Результаты теста САН при обследовании основной группы беременных

Группы / Шкалы	Самочувствие	Активность	Настроение
Норма	48,1± 2,3*	50,1±4,0	55,7±2,8*
Угроза	36,4± 2,9	49,2± 4,5	44,3± 3,2

Таблица 3. Динамика показателей психоэмоционального статуса беременных после проведения программы психологического сопровождения (%)

Динамика/Группы	Контрольная	Основная
Положительная	75%	15%
Отрицательная	3%	30%
Незначительная	9%	25%
Неустойчивая	13%	30%

Таблица 4. Частота осложнений родового процесса и послеродового периода у женщин наблюдаемых групп (в %)

Параметры / Группы	Контрольная группа	Основная группа
Дискоординация родовой деятельности	3	9
Слабость родовой деятельности	6	15
Гипоксия плода в родах	3	16
Разрывы шейки матки и тканей влагалища	17	39
Неэффективное поведение женщины в родах (отсутствие правильного дыхания, техник расслабления и т.п.)	4	85
Медикаментозное обезболивание	18	48
Нарушение сна в послеродовом периоде	20	45
Нарушение лактации	10	23

женщин с осложнениями у 42% женщин был обнаружен тревожный тип, у 16% гипогестогнозический, у 5% — эйфорический, у 18% оптимальный и 2% — депрессивный. Для 17% женщин данной группы был свойственен смешанный. По Немчину уровень НПН в группе с физиологической беременностью составил 43,1±4,4, в то время как в группе с осложнениями он был 52,1±7,2. Мы можем видеть, что в группе женщин с осложнениями наблюдается повышение НПН на значимом уровне, что составляет $t=3,37$; $p \leq 0,05$. Более того, можно сказать о том, что для данного показателя характерен большой разброс показателей — от 37 до 86 баллов. Результаты теста САН позволили нам выявить то, что самооценка по представленным шкалам различалась на достоверном уровне в представленных группах. Показатели самооценки в группе с осложнениями были низкими. Однако, самооценка по шкале активности не была отличной. Данные можно увидеть в таблице 2.

На контрольном этапе эксперимента, когда нами было проведена программа психологического сопровождения и повторная диагностика, мы обнаружили, что присутствуют достоверные различия между группами. Так, обобщив результаты можно обнаружить наличие общих тенденций в группе женщин с физиологической беременностью, которые представлены в таблице 3.

Нами были обнаружены следующие варианты оценок: положительная динамика со сдвигами показателей в положительную сторону, отрицательная со сдвигом, соответственно, в отрицательную, незначительная, где изменения несут существенны, и неустойчивая, где по одним параметрам показатели положительные. По другим же факторам показатели являются либо незначительными, либо отрицательными. Таким образом, мы можем утверждать, что программа психологической коррекции была эффективна, т.к. нам удалось нормализовать психоэмо-

циональное состояние женщин, понизить их уровень личностной тревожности, нервно-психического напряжения, а также повысить все данные по шкалам САН. Также, анонимное анкетирование, которое проводилось с целью анализа эффективности программы позволило выявить с помощью контент-анализа, что женщины, прошедшие программу психопрофилактики начали чаще употреблять такие слова как «знания», «уверенность», у них снизилось чувство страха, повысилось настроение, они начали ощущать прилив энергии, а также проявлять общительность и выходить на контакт с другими матерями. В таблице 4 можно увидеть результаты по контрольной и экспериментальной группам о течении родов после комплексной программы психологической коррекции.

Благодаря анализу клинических результатов было обнаружено, что женщины, прошедшие психопрофилактику, реже сталкивались с осложнениями в процессе родов. Их эмоциональное состояние было адекватным, что способствовало гармоничному включению естественных механизмов регуляции интенсивности деятельности организма при родах. В связи с этим редко происходили осложнения, а также не было необходимости в медикаментозных пособиях — они реже в 2 раза применяли анальгетики и реже в 3 раза применяли наркотические препараты. В связи с этим можно сказать, что роженицы применяли техники дыхания и расслабления, которым их обучали в процессе программы психопрофилактики.

Заключение

В результате проведенного исследования можно прийти к следующим заключениям. Для каждой будущей матери характерны определенные личностные особенности, которые могут служить показателем либо нормального, либо осложненного протекания беременности. В рамках исследования мы установили, что существуют определенные психологические характеристики, которые могут быть связаны с клиническими осложнениями во время беременности, в связи с чем необходимо в дальнейшем искать пути для того, чтобы усовершенствовать методы прогноза и диагностики определенных нарушений психоэмоциональной сферы беременных.

Результаты исследования позволяют говорить о том, что личностные и эмоциональные особенности женщин с разным вектором успешности протекания беременности отличаются. Например, тревожность является одной из базовых качеств личности, влияющих на протекание беременности. Беременность обуславливает повышение ситуативной тревоги, которое, в свою очередь положительно сказывается на механизмах адаптации к стрессовой ситуации вынашивания ребенка и его

рождения. В то время как повышенная личностная тревожность отрицательно влияет на процесс гестации, однако при грамотном психологическом сопровождении, позволяющем сформировать правильную мотивацию и повысить уровень компетентности матери, возможно улучшение данного показателя. Некоторые исследования показывают, что высокая тревожность и страхи перед родами взаимосвязаны с недостаточной критичной оценкой состояния организма [1,4,7,12]. Говоря о нервно-психическом напряжении, необходимо сказать, что оно повышается в зависимости от наличия осложнений во время гестации. Обычно всегда присутствует определенный умеренный уровень НПН, благодаря которому активизируются адаптационные механизмы, однако при высоком уровне НПН могут появиться негативные последствия. По данным методики САН можно сказать о том, что у беременных с осложнениями низкий уровень самочувствия и настроения. Тест Люшера позволяет сказать о том, что у женщин с осложнениями беременности негативно изменяется вегетативно-эмоциональное состояние. Таким образом, можно сказать, что это свидетельствует о высоком уровне психоэмоционального напряжения у беременных с осложнениями. Однако, важно отметить и то, что полнота физического и психического здоровья женщины зависит от того, как именно сбалансированы факторы, приводящие к поведенческим нарушениям. Важное значение имеет и то, как женщина снимает стресс, каким образом тратит свою энергию. Таким образом, наличие определенных благоприятных личностных и психоэмоциональных характеристик будет характеризовать нормальное течение беременности. Подводя итог, можно сказать о том, что на сегодняшний день беременные нуждаются в квалифицированной психологической помощи и психопрофилактике. Психологическая программа позволяет подготовить женщину к материнству в рамках комплексного подхода. Благодаря данной программе был снижен уровень НПН, нормализовано их психоэмоциональное состояние, а также снижено число осложнений, сопровождающих беременность. Благодаря грамотно сформированной программе психопрофилактики можно повысить у беременных уверенность в своих силах, настроение, мотивацию и адекватное поведение при родах. Результаты, полученные в процессе нашего исследования, говорят о том, что программы психологического сопровождения беременных имеют свою важность и ценность. Врач акушер-гинеколог и психолог могут сотрудничать вместе, в результате чего появляется возможность создать положительный эмоциональный фон у беременной. Таким образом, программа психологической профилактики и коррекции для беременных может быть эффективной для снижения числа осложнений в процессе беременности и родов, что в свою очередь положительно скажется на укреплении здоровья нации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. — СПб., 2001. — 320 с.
2. Васильева В. В. Механизмы формирования и функционирования репродуктивных доминант в спонтанных и стимулированных циклах // Журнал Физиология человека. — 2010. — Т. 36, № 3. — С. 55–65.
3. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.
4. Куприянова И. Е., Захаров Р. И., Ефанова Т. С., Лисовская М. Я., Ротова И. А. Психическое здоровье беременных (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 2. — С. 80–84.
5. Guardino С. М., Schetter С. D. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations // Health Psychol Rev. — 2014. — Vol. 8, N.1. — P. 70–94.
6. Rauchfuss M., Maier B. Biopsychosocial predictors of preterm delivery // J Perinat Med. — 2011. — Vol. 39, N. 5. P. 515–521.
7. Чехонацкая М. Л., Чернышкова Е. В., Чехонацкий А. А., Кипчатова Т. Ю. Особенности психоэмоционального статуса у беременных с фето-плацентарной недостаточностью // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8, № 2. — С. 541–547.
8. Турченко Н. М., Боташева Т. Л., Сагамонова К. Ю., Закружная М. А., Железнякова Е. В. Обоснование необходимости использования психотерапевтических подходов в акушерской практике // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. — 2006. — № 525. — С. 52–54.
9. Радостева А. Г. Личностные характеристики беременных женщин в зависимости от возрастных и социально-демографических различий // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 11 (часть 5). — С. 1149–1153.
10. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. — 2000. — № 5. — С. 18–27.
11. Бибикина А. Е., Добряков И. В. Особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин с различными типами сбалансированности семейной системы // Профилактическая и клиническая медицина. — 2012. — № 4. — С. 56–60.
12. Лохина Е. В. Особенности психо-эмоционального состояния беременных и формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре беременности // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=9058>
13. Di Pietro J., Novak M. F. et al. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two // Child development. — 2006. — Vol. 77, N. 3. — P. 573–587.
14. Агаркова Л. А., Гуткевич Е. В., Габитова Н. А., Нелидова Н. А., Бухарина И. Ю. Психоэмоциональный статус беременных с гиперандрогенией: новые клинические аспекты // Сибирский медицинский журнал (Томск). — 2008. — Т. 23, № 4–1. — С. 29–32.
15. Добряков И. В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конф. — СПб., 1997. — С. 16–24.
16. Немчин Т. А. Состояние нервно-психического напряжения. — Л., Наука, 1983. — 56с.

© Васильева Валентина Валерьевна (v.vasiljeva@niiar.ru), Боташева Татьяна Леонидовна (t_botasheva@mail.ru),
Пелипенко Ирина Григорьевна (rim.cesar@yandex.ru), Эльжорукаева Жанна Азретовна (elzhorukatva@mail.ru),
Железнякова Елена Васильевна (elena.Gel.1961@yandex.ru), Заводнов Олег Павлович (ozz2007@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»