

Педагогика и просвещение

Правильная ссылка на статью:

Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С., Кривошай К.О. Тревога и депрессия женщин с патологией беременности в контексте ранних дезадаптивных схем // Педагогика и просвещение. 2024. № 3. DOI: 10.7256/2454-0676.2024.3.44095 EDN: EXMYOT URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=44095

Тревога и депрессия женщин с патологией беременности в контексте ранних дезадаптивных схем

Кузьмина Анна Сергеевна

кандидат психологических наук

доцент, заведующий кафедрой клинической психологии; Алтайский государственный университет

656049, Россия, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ленина, 61, оф. 302

✉ annakuz87@yandex.ru

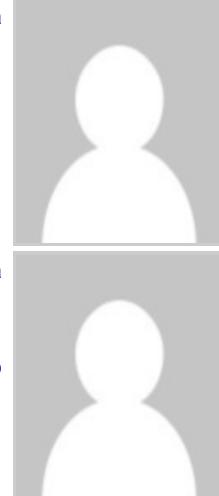
Прайзендорф Екатерина Сергеевна

ORCID: 0000-0002-9014-8927

старший преподаватель кафедры клинической психологии Алтайского государственного университета

656049, Россия, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ленина, 61, оф. 302

✉ catherinears@list.ru



Кривошай Кристина Олеговна

аспирант, кафедра клинической психологии, Алтайский государственный университет

656000, Россия, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ленина, 61, оф. 302

✉ 03fomina@mail.ru



[Статья из рубрики "Личность и личностный рост"](#)

DOI:

10.7256/2454-0676.2024.3.44095

EDN:

EXMYOT

Дата направления статьи в редакцию:

21-09-2023

Аннотация: Предмет исследования – тревога и депрессия у женщин с патологией

беременности. В статье рассматривается актуальность исследования беременных женщин в современном обществе. Работа направлена на изучение ранних дезадаптивных схем во взаимосвязи с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности. Представлены материалы эмпирического исследования, полученные на выборке женщин с патологией беременности. Цель работы: выявить взаимосвязь факторной модели ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности. Состояние и поведение матери являются одними из важнейших условий для развития ребенка в постнатальном периоде. Поэтому высокое качество психологического сопровождения беременности представляется необходимым условием улучшения психического здоровья женщин, увеличения репродуктивной активности и повышения показателя рождаемости, качества жизни населения в целом. В работе определены особенности имеющихся ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности. Получена и описана факторная модель ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности, в которой выделены следующие компоненты: «Эмоциональное отвержение», «Сверхбдительность и ожидание угрозы», «Направленность на других», «Нарушенные границы». Проанализированы корреляционные взаимосвязи факторной модели ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности. Данные, которые были получены в ходе проведения исследования, указывают на необходимость психологического сопровождения женщин с патологией беременности и могут использоваться в качестве основы в разработке программ психологического вмешательства перинатального периода. Имеющийся ранний опыт детства беременной женщины может выступать фактором, способствующим к развитию тревоги и депрессии, которые, в свою очередь, определяют эмоциональную неустойчивость, личностные нарушения, сложности в социально-ролевом функционировании женщины.

Ключевые слова:

тревога, депрессия, ранние дезадаптивные схемы, беременность, материнство, семья, психологическое сопровождение, патология беременности, перинатальный период, психологическое здоровье

Исследование выполнено в рамках реализации Программы развития университета на 2021-2030 годы в рамках реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет 2030» проект «Психологическое здоровье женщин, воспитывающих ребёнка с нарушениями развития»

Вопросы беременности и материнства активно изучаются как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Большое внимание им уделяется в рамках психологии личности, психологии развития, психологии семьи перинатальной психологии и др. Несмотря на то, что отмечается рост научного интереса к проблеме материнства и различным аспектам беременности и родов, существующих исследований и полученных данных недостаточно для комплексного изучения данной проблемы.

В современных реалиях наблюдается рост количества женщин с патологией беременности. Важнейшим условием благоприятного течения периода беременности, готовности к материнству, принятия роли матери является психологическое состояние и психологическое здоровье будущей матери [1]. Состояние и поведение матери являются одними из важнейших условий для развития ребенка в постнатальном периоде. Поэтому высокое качество психологического сопровождения беременности представляется

необходимым условием улучшения психического здоровья женщин, увеличения репродуктивной активности и повышения показателя рождаемости, качества жизни населения в целом [2].

Для разработки программ консультирования женщин по вопросам психологического здоровья необходимо разностороннее исследование факторов, влияющих на психологическое состояние женщины вовремя и после беременности женщины. Патология беременности у беременных женщин является фактором хронического стресса и нарушения психологического здоровья матери.

Беременность описывается многими авторами как кризисное состояние. И это правомерно. Рассматривая период беременности с позиций биопсихосоциального подхода обнаруживается следующее: с биологической точки зрения во время беременности происходит глобальная перестройка всего организма женщины, ее физиологии, гормональной сферы; социальные факторы предполагают переход в новую социальную ситуацию, приобретение новой социальной роли, перестройку семейной системы и др. К психологическим факторам относятся личностные реакции, переживания, связанные с социальными и физиологическими изменениями, с течением беременности и предстоящими родами [3].

При этом физиологическое состояние женщины, течение беременности и родов, состояние ребенка, а также взаимодействие внутри семьи зависят от психологического состояния беременной женщины, которое в свою очередь само представлено кризисом развития. Этот кризис сопровождается стрессовым состоянием будущей матери, ребенка, супруга и, как следствие, кризисом в семейных отношениях [4].

Отмечается, что материнское поведение имеет сложную структуру и путь развития, множество вариантов, обусловленных культурными и индивидуальными особенностями. По имеющимся данным, существует множество клинико-психологических факторов, которые влияют на готовность к материнству и принятие роли матери [5]. К ним относят контекст жизненного пути, особенности взаимоотношений с лечащим врачом, супругом, здоровье будущей матери. Отмечается, что материнское поведение имеет сложную структуру и путь развития, множество вариантов, обусловленных культурными и индивидуальными особенностями [6].

Проведено множество исследований переживания беременности и его компонентов, особенностей взаимодействия матери и ребенка в постнатальный период, особенностей эмоционального состояния и личностных трансформаций, изучаются взаимосвязи гормонального фона и взаимоотношений с ребенком и др.

Психологическое состояние женщин в послеродовой период является совокупностью разнонаправленных чувств и эмоций, и поэтому часто нестабильно. Некоторые авторы связывают его в большей степени с переживанием по поводу материнской роли, чем с переживанием родов [7]. Это состояние включает в себя как приятные и положительные чувства и эмоции, такие как любовь, радость, так и негативные, сложные и неприятные переживания – тревогу, депрессию, страх, чувство вины и тд.

Следует отметить, что наличие тревожных и депрессивных проблем во время беременности является весьма и весьма актуальным. Особенно это актуально при осложненных беременностях. Так, анализ научных источников свидетельствует о том, что типичный депрессивный эпизод переживают 10 – 15 % женщин по всему миру после

рождения ребенка [8,9]. Возникновение тревоги и депрессии это одно из самых социально значимых медицинских проблем, существенно влияющих на здоровье матери и на многие аспекты ее жизни: на семью в целом, родных и близких и особенно на ребенка. Данные аффективные нарушения могут трансформироваться в существенную проблему, поскольку адекватная помочь может либо запоздать из-за поздней постановки диагноза, либо ее может не быть совсем, так как женщины довольно часто не признаются и не рассказывают о своих чувствах [10,11].

Согласно когнитивно-поведенческому подходу возникающие эмоциональные и поведенческие реакции обусловлены мыслительными процессами. Эмоция возникает не как следствие происходящих ситуаций, а опосредована мыслями, возникающими по поводу этих ситуаций. Эти автоматические мысли основываются на убеждениях, а они в свою очередь на глубинных ранних дезадаптивных схемах. В когнитивно-поведенческой психотерапии, а точнее в схема-терапии Дж.Янга, схемы – это устойчивые, глубоко укоренившиеся структуры, которые определяют отношение к себе, окружающим людям и миру в целом, организующие и опосредующие личный опыт и тем самым позволяющие предвосхищать развитие событий, определять стратегии поведения в конкретных ситуациях [12].

Ранние дезадаптивные схемы формируются в детском возрасте в процессе взаимодействия ребенка с родителями и ближайшим окружением. Качество этого взаимодействия определяет будут ли сформировавшиеся схемы адаптивны или дезадаптивны во взрослом возрасте. На это влияет то, каким образом удовлетворялись базовые эмоциональные потребности в раннем детском возрасте. Было бы их удовлетворение достаточным и адекватным [13, 14, 15, 16].

Young, Klosko, & Weishaar описали пять основных категорий базовых эмоциональных потребностей. К ним относятся следующие категории [17, 18]:

- Привязанность и безопасность. Эта категория описывает значимость близкой эмоциональной связи с другими людьми, что позволяет чувствовать безопасность, стабильность и принятие.
- Независимость, компетенция и идентичность. Данная категория определяет необходимость самоопределения, адекватного самовосприятия, развития идентичности и самостоятельности.
- Свобода выражения своих потребностей и эмоций. В эту категорию включаются эмоциональные связи с другими людьми, при которых возможно открытое выражение мыслей, чувств и эмоций.
- Спонтанность, веселье и игра. В данной категории подчеркивается важность спонтанного выражения чувств и эмоций вне подавляющих правил для того, чтобы их изучить, научиться понимать.
- Реалистичные границы, самодисциплина и самоконтроль. Пятая категория, дополняя предыдущие, выделяет исключительную значимость осознания своих границ и границ других людей, умение подчинять самовыражение правилам.

Ранние дезадаптивные схемы, формирующиеся на основании качества удовлетворения базовых эмоциональных потребностей подробно описаны в концепции Дж. Янга.

Для эффективности психологического сопровождения беременных женщин важным

является выявление механизмов развития и поддержания нестабильных и сложных психологических состояний беременных женщин и женщин в послеродовый период. В этом контексте мы считаем важным разработку и исследование проблемы взаимосвязи эмоционального состояния будущих матерей и ранних дезадаптивных схем, которые активируются кризисными событиями, которым и является беременность. Так, негативный опыт детства женщины может приводить к различным отрицательным эмоциям, когнитивным искажениям, к реализации неадаптивных поведенческих стереотипов [19, 20, 21, 22].

Таким образом, существует проблема, заключающаяся в необходимости разрешения противоречия между объективной потребностью оказания психологической помощи женщинам с патологией беременности в части устранения риска развития тревожно-депрессивной симптоматики и отсутствием научно-обоснованных путей и средств реализации данного процесса.

В связи вышесказанным представляется значимым изучение тревоги и депрессии у женщин с патологией беременности во взаимосвязи с ранними дезадаптивными схемами.

Целью исследования стало выявление взаимосвязи факторной модели ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности.

Предмет исследования — тревога и депрессия у женщин с патологией беременности.

Научная новизна исследования. Впервые теоретически обосновано и эмпирически доказано существование взаимосвязей между ранними дезадаптивными схемами у женщин с патологией беременности с тревогой и депрессией. Определена факторная модель ранних дезадаптивных схем в структуре мышления женщин с патологией беременности.

Методология исследования: культурно-историческая теория психического развития человека Л.С. Выготского, теоретические положения Г.Г. Филипповой в отношении стилей переживания беременности, концепция о ранних дезадаптивных схемах Д.Янга. Дизайн исследования включал в себя методику диагностики ранних дезадаптивных схем Джейфри Янга «YSQ-S3R», госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), а также структурированную анкету. Математико-статистические методы обработки данных – корреляционный анализ Спирмена, факторный анализ методом главных компонент с Varimax-вращением с использованием программного пакета «SPSS Statistics» 23.

Гипотезой исследования выступило предположение о наличие взаимосвязи ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности.

Эмпирическая база исследования: исследование проведено на базе КГБУЗ «Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства» с женщинами, находящимися имеющими патологии беременности, такие как маловодие, многоводие, предлежание плаценты, гипертонус матки. В исследовании приняли участие 68 женщин, средний возраст $26,4 \pm 8,2$ с патологией развития беременности.

Результаты исследования

Проанализируем средние показатели тревоги и депрессии у женщин с патологией беременности (см. таблица 1).

Таблица 1.

Анализ средних значений показателей тревоги и депрессии у женщин с патологией беременности

Шкала	Кол-во человек	Среднее	Среднекв.отклонение
Тревога	68	10,2	5,26
Депрессия	68	8,4	3,67

Анализ таблицы 1 показал, что у женщин с патологией беременности субклинические симптомы тревоги и депрессии.

Можно предположить, что ранние дезадаптивные схемы выступают неким предопределяющим фактором в возникновении аффективных нарушений, таких как тревога и депрессия у женщин с патологией беременности.

Проведен качественный анализ содержательных характеристик ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности путем применения факторного анализа методом главных компонент с Varimax-вращением.

Модель ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности представлена 4 факторами, объясняющими 82,48% кумулятивной дисперсии (см. таблица 2).

В первый фактор, факторная нагрузка которого составила 27,68%, с наибольшим факторным весом вошли такие шкалы, как «Эмоциональная депривированность» ($I=0,81$), «Дефективность/стыдливость» ($I=0,80$), «Зависимость/Беспомощность» ($I=0,72$), «Социальная отчужденность» ($0,70$), «Неуспешность» ($I=0,66$), «Покорность» ($I=0,60$), «Запутанность/Неразвитая идентичность» ($I=0,58$), «Подавленность эмоций» ($I=0,58$). Женщины с патологиями беременности ощущают себя ненужными, неуспешными, неполноценными, зависимыми от других людей, даже в мелких повседневных делах. Они ощущают себя изолированными от общества и мира считают, что их потребность в принятии, любви и заботе никогда не сможет быть удовлетворена. Фактор 1 назван «Эмоциональное отвержение».

В второй фактор, факторная нагрузка которого составила 21,22%, с наибольшим факторным весом вошли шкала «Пунитивность» ($I=0,73$), шкала «Покинутость/нестабильность» ($I=0,63$), шкала «Негативизм/пессимизм» ($I=0,62$), «Уязвимость» ($I=0,61$). Данный фактор характеризует склонность женщин обвинять окружающих в их несоответствии с жесткими правилами и требованиями самой женщины. Женщины с патологией беременности сосредоточены на страхах и негативных сторонах жизни. Фактор назван «Сверхбдительность и ожидание угрозы».

В третий фактор, факторная нагрузка которого составила 18,77%, с наибольшим факторным весом вошли такие шкалы «Самопожертвование» ($I=0,76$), «Жесткие стандарты/Придирчивость» ($I=0,76$), «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» ($I=0,58$). Данный фактор характеризует направленность женщин в удовлетворении потребностей других людей, даже в ущерб собственным интересам и желаниям, при этом имея весьма жесткие стандарты и требования к самой себе. Фактор был назван «Направленность на других».

В четвертый фактор, факторная нагрузка которого составила 14,80%, с наибольшим факторным весом вошли такие шкалы, как «Недостаточность самоконтроля» ($I=0,76$), «Привилегированность/Грандиозность» ($I=0,74$), шкала «Поиск одобрения» ($I=0,56$). Данный фактор характеризует отношение женщин к себе как уникальной и

привилегированной, при этом очень нуждающейся во внимании и принятии со стороны других людей. При этом поведенческие реакции женщин могут быть представлены в виде импульсивности, рискованности, агрессивности. Фактор назван «Нарушенные границы».

Таким образом, в полученной факторной модели ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности выделены следующие компоненты: «Эмоциональное отвержение», «Сверхбдительность и ожидание угрозы», «Направленность на других», «Нарушенные границы».

Такие ранние дезадаптивные схемы могут выступать фактором риска для развития тревоги и депрессии у женщин с патологией беременности.

С целью выявления взаимосвязей факторной модели ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности применен непараметрический корреляционный анализ Спирмена факторного пространства ранних дезадаптивных схем и шкалами тревоги и депрессии.

Проанализируем корреляционные взаимосвязи.

Получена положительная корреляция 1 фактора «Эмоциональное отвержение» со шкалой «Депрессия» ($r=0,45$, $p=0,03$). Данные связи свидетельствует о том, что для женщин с патологией беременности, которые считают себя ненужными, лишними, невостребованными, зависимыми, изолированными свойственно переживание депрессивных состояний, связанных с потерей смысла жизни, нежеланием планировать свою деятельность и проявлять в ней активность.

Получена положительная корреляция 2 фактора «Сверхбдительность и ожидание угрозы» со шкалами «Тревога» ($r=0,37$, $p=0,047$), «Депрессия» ($r=0,15$, $p=0,03$). Данные связи свидетельствует о том, что для женщин с патологией беременности с очень завышенными требованиями к себе, ориентированных на негативные аспекты жизнедеятельности свойственно переживание тревожных и депрессивных реакций.

Получена положительная корреляция 3 фактора «Направленность на других» со шкалами «Тревога» ($r=0,14$, $p=0,027$). Данные связи свидетельствует о том, что для женщин с патологией беременности, которые ориентированы на окружение, на удовлетворение потребностей всех, кроме себя характерно появление тревожной симптоматики в виде неуверенности, страха, волнения.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования подтвердили выдвинутую гипотезу о том, что ранние дезадаптивные схемы имеют выраженную взаимосвязь с тревогой и депрессией у женщин поздних сроках беременности.

В ходе проведенного эмпирического исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Для женщин с патологией беременности характерна сублиннически выраженные симптомы тревоги и депрессии.
2. Факторная модель ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности представлена следующими факторами: «Эмоциональное отвержение», «Сверхбдительность и ожидание угрозы», «Направленность на других», «Нарушенные границы».
3. Ранние дезадаптивные схемы выступают фактором развития тревоги и депрессии у беременных женщин. Так, для женщин, которые считают себя ненужными, лишними,

невостребованными, зависимыми, изолированными свойственно переживание депрессии; для женщин с завышенными требованиями к себе и отличающихся негативизмом, общей неудовлетворенностью свойственно переживание тревожных и депрессивных реакций; для женщин, которые ориентированы на окружение, на удовлетворение потребностей всех, кроме себя характерно появление тревоги.

Таким образом, выявленные особенности переживания тревоги и депрессии в зависимости от ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности представляют собой мишень психотерапевтического взаимодействия.

Данные, которые были получены в ходе проведения исследования, указывают на необходимость психологического сопровождения женщин во время беременности и могут использоваться в качестве основы в разработке программ психологического вмешательства перинатального периода с использованием метода схема-терапии. Имеющийся ранний опыт детства беременной женщины может выступать фактором, способствующим к развитию тревоги и депрессии, которые, в свою очередь, определяют эмоциональную неустойчивость, личностные нарушения, сложности в социально-ролевом функционировании, выступая предикторами в появлении тревоги и депрессии, ранние дезадаптивные схемы не могут не отражаться на вынашивании беременности, родоразрешения, на качестве отношения матери и ребенка в послеродовом периоде.

Полученные результаты расширяют имеющиеся сведения об особенностях эмоциональной сферы женщин с патологией беременности и мишенях психотерапии с позиции схема-терапии.

Ограничениями исследования выступают малый объем выборки, а также ее географическая представленность, ограниченная только территорией Алтайского края. Кроме того, отмечается недостаточная сбалансированность выборок по возрасту и патологиям беременности.

Перспективы исследования по данной тематике видятся нам в расширении выборки в части сравнительного исследования эмоциональной сферы женщин с различными патологиями беременности и лонгитюдного исследования развития тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовый период.

Библиография

1. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Юрайт; 2018.
2. Галяутдинова С.И., Кутушева Р.Р., Гумерова Р.Б. Психологическая готовность беременных женщин к родительству // Российский гуманитарный журнал. 2016. Т. 5. № 2. С. 243-250.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург: Питер; 2010
4. Золотова И.А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе «мать – дитя» у женщин различных возрастных категорий // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Т. 27, № 2. С. 135-142.
5. Кедярова Е. А., Рысятова М. С., Уварова М. Ю. Характерологические особенности и типы отношения к беременности у молодых женщин // Известия Иркутского государственного университета. Серия Психология. 2018. Т. 24. С. 45–57.
6. Кольчик Е.Ю., Ушакова В.Р. Специфика отношения к беременности женщин с разным семейным статусом // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. № 3. С. 1-10.
7. Коргожа М.А. Динамика эмоциональных состояний у женщин в послеродовом периоде:

- дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2019. 205 с.
8. Гарданова Ж.Р., Анисимова К.А., Васильева А.В. и др. Тревожно-депрессивные расстройства у беременных с артериальной гипертензией // Акушерство и гинекология. 2016. № 8. С. 54-59.
9. Горьковая И.А., Рязанова О.В., Александрович Ю.С. и др. Психопрофилактика послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Том 28. Вып. 4. С. 437-442.
10. Балашов П.П., Колесникова А.М., Мамышева Н.Л. Клинические особенности тревожных расстройств у беременных женщин // Журнал неврологии и психиатрии. 2014. № 11. С. 20-23.
11. Игнатко И.В., Кинкулькина М.А., Флорова В.С. [и др.] Послеродовая депрессия: новый взгляд на проблему // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17. № 1. С. 45-53.
12. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press. 2003. 449 р.
13. Bach B., Lockwood G., Young J. E. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas // Cognitive Behavioral Therapy. 2018. Т. 47. № 4. pp. 328-349. DOI: 10.1080/16506073.2017.1410566
14. Di Florio A, Putnam K, Altemus M, et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale // Psychol Med. 2017. Vol. 47. № 5. pp. 787-99.
15. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis // Int Rev Psychiatry. 1996. Vol. 8. pp. 37-54.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. ACOG committee opinion № 757 // Obstet Gynecol. 2018. Vol. 132. pp. 208-212.
17. Капустина Т.В., Кадыров Р.В., Люкшина Д.С. Стратегии совладающего поведения и психологические защиты у девушек с разными ранними дезадаптивными схемами // Психолог. 2018. № 5. С. 25-32.
18. Карапаш И.С., Куприянова И.Е. Ранние дезадаптивные схемы как модераторы стресса и формирующейся психической патологии // Сибирский психологический журнал. 2022. № 83. С. 122-140.
19. Ланцбур М.Е., Крысанова Т.В., Соловьева Е.В. Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов: обзор современных зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5 (2). С. 78-87.
20. Макарова М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И. и др. Послеродовая депрессия – факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13. № 4. С. 75-80.
21. Резник В.А., Козырко Е.В., Рязанова О.В., и др. Распространенность и лабораторные маркеры послеродовой депрессии // Журнал акушерства и женских болезней. 2018. Т. 67. № 4. С. 19-29.
22. Рязанова О.В. Влияние анестезиологической стратегии при родоразрешении на развитие послеродовой депрессии: дис. ... док. мед. наук. Санкт-Петербург. 2021. 213 с.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Исследование тревожно-депрессивных расстройств в послеродовом периоде относится к

разряду тем, которые не утрачивают своей актуальности никогда. Это связано с тем, что переживания у некоторых женщин достигают опасной остроты и требуют клинико-психологического, а иногда и психиатрического вмешательства. Автор правильно пишет, что вопросы беременности и материнства активно изучаются как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Большое внимание им уделяется в рамках психологии личности, психологии развития, психологии семьи перинатальной психологии и др. Несмотря на то, что отмечается рост научного интереса к проблеме материнства и различным аспектам беременности и родов, существующих исследований и полученных данных недостаточно для комплексного изучения данной проблемы.

В статье делается акцент на патологии беременности, которая усугубляет риски возникновений тревожно-депрессивных нарушений. Как указано в тексте, патология беременности у беременных женщин является фактором хронического стресса и нарушения психологического здоровья матерей. При этом физиологическое состояние женщины, течение беременности и родов, состояние ребенка, а также взаимодействие внутри семьи зависят от психологического состояния беременной женщины, которое в свою очередь само представлено кризисом развития. Этот кризис сопровождается стрессовым состоянием будущей матери, ребенка, супруга и, как следствие, кризисом в семейных отношениях.

Отмечено, что некоторые авторы связывают трудное психическое послеродовое состояние женщины (в некоторых случаях) более с переживанием по поводу материнской роли, чем с переживанием самих родов. Это состояние включает в себя как приятные и положительные чувства и эмоции, такие как любовь, радость, так и негативные, сложные и неприятные переживания – тревогу, депрессию, страх, чувство вины и т.д.

По этому поводу автор обращается к когнитивно-поведенческому подходу, в соответствии с которым возникающие эмоциональные и поведенческие реакции обусловлены мыслительными процессами. Эмоция возникает не как следствие происходящих ситуаций, а опосредована мыслями, возникающими по поводу этих ситуаций. Эти автоматические мысли основываются на убеждениях, а они в свою очередь на глубинных ранних дезадаптивных схемах. Автор правильно сделал, что далее по тексту дал объяснение сути ранних дезадаптивных схем.

Целью исследования определено выявление взаимосвязи факторной модели ранних дезадаптивных схем с тревогой и депрессией у женщин с патологией беременности. Предмет исследования – тревога и депрессия у женщин с патологией беременности.

Показаны научная новизна и методология исследования, которые обоснованы в своих формулировках и выражений не вызывают.

Показана методика исследования и статистические методы обработки полученных данных.

Стиль изложения текста научно-исследовательский. Автор умело анализирует литературные данные и в некоторых случаях высказывает свое критические мнение по ним.

Структура статьи соответствует установившимся логическим требованиям к научным публикациям по психологической тематике.

Содержание работы свидетельствует об исследовании состояния тревоги и депрессии, которое было выявлено в послеродовом периоде 68 женщин. В частности, автор приводит данные по этим показателям в табл. 1. Из этой таблицы видно, что по обоим показателям выявлены достаточно большие средне-квадратические отклонения: по тревожности – 5,26 и по депрессии – 3,67. Если обратить внимание на их средние значения, то очевидно, что разброс настолько велик, что о достоверностях различий просто не приходится говорить. Но автор из этой ситуации умело вышел, поскольку

никаких сравнений не проводил, что очень правильно, а ограничился выявлением только взаимосвязей, что полностью согласуется с поставленной целью.

В результате обработки полученных данных были установлены взаимосвязи факторной модели, которые позволили автору утверждать о том, что ранние дезадаптивные схемы выступают неким предопределяющим фактором в возникновении аффективных нарушений, таких как тревога и депрессия у женщин с патологией беременности.

В полученной факторной модели ранних дезадаптивных схем у женщин с патологией беременности автором выделены следующие компоненты: «Эмоциональное отвержение», «Сверхбдительность и ожидание угрозы», «Направленность на других», «Нарушенные границы». Утверждается, что такие ранние дезадаптивные схемы могут выступать фактором риска для развития тревоги и депрессии у женщин с патологией беременности.

По мнению автора, имеющийся ранний опыт детства беременной женщины может выступать фактором, способствующим к развитию тревоги и депрессии, которые, в свою очередь, определяют эмоциональную неустойчивость, личностные нарушения, сложности в социально-ролевом функционировании, выступая предикторами в появлении тревоги и депрессии, ранние дезадаптивные схемы не могут не отражаться на вынашивании беременности, родоразрешении, на качестве отношения матери и ребенка в послеродовом периоде. С таким умозаключением можно согласиться и добавить, что, по всей видимости, все это связано с ранними экзистенциальными переживаниями женщин в послеродовом периоде.

В качестве рекомендации можно посоветовать автору объединить первые два выводы. В тексте имеются некоторые опечатки, которые следует исправить.

Библиографический список состоит из источников по теме исследования.

Данную статью можно рекомендовать к опубликованию в научном журнале, как представляющую интерес для читающей аудитории.