

УДК 159. 9. 072. 43

DOI 10.23951/2307-6127-2017-2-21-30

## **ОБЗОР ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ТРЕНДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ РИСКОВ НЕВЫНАШИВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Н. В. Басалаев<sup>1</sup>, Т. Г. Гадельшина<sup>2</sup>, С. П. Иванова<sup>1</sup>, Т. В. Саприна<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

<sup>2</sup> *Томский государственный педагогический университет, Томск*

Содержится актуальная информация о современном состоянии исследований проблемы невынашиваемости беременности. Обсуждаются данные исследований, посвященных выявлению рисков сокращения сроков гестации и невынашиваемости беременности, как многокомпонентного процесса, затрагивающего биологический, социальный и психологический уровень. В приведенном обзоре исследований детализируется психологическая сторона мотивационной, эмоциональной, ценностно-смысловой сферы личности беременных. Отдельно рассматривается психологическая сторона личности матери, ее особенности, сказывающиеся на сроках гестации. Содержится информация: об особенностях эмоциональной сферы, ее влиянии на течение и исход беременности, взаимосвязи тревожных расстройств и повышения частоты плацентарной недостаточности; о задержке роста плода, преждевременных родах, рождении детей с низкой массой тела и эмоциональной готовности будущей матери к материнству, оценке психологических установок и адекватности реакций. Дана характеристика мотивационной составляющей процесса беременности и индивидуально-психологических особенностей личности матери, особенностей типа темперамента и акцентуаций характера. Представлено описание проявлений в рамках антропологического подхода формирования ценностно-смысловой компоненты, которая связана с протеканием здоровой беременности. Рассматривается взаимосвязь психологических составляющих как риска сокращения сроков гестации.

**Ключевые слова:** *сокращение сроков гестации, невынашиваемость беременности, ценностно-смысловая сфера, психологические аспекты беременности.*

Тип отношения к родам и материнству, складывающийся в период гестации, как правило, сохраняется и закрепляется после рождения ребенка. Коррекция возможных будущих нарушений детско-родительских отношений на данном этапе имеет широкие психопрофилактические возможности. Важно отметить недостаточное исследование факторов, которые обуславливают формирование отношения к беременности и будущему ребенку, в том числе фактора личности беременной женщины, особенностей ценностно-смысловой сферы личности и, как следствие, сокращение срока гестации.

Вопросы профилактики, прогнозирования, диагностики и лечения преждевременных родов на сегодняшний день остаются весьма актуальными. По статистике частота встречаемости диагноза невынашиваемости беременности составляет 15–20 %. Подробное описание этиологии развития преждевременных родов присутствует в литературе по акушерству, неонатологии, эндокринологии, гинекологии и перинатологии. Роль психологического компонента личности женщины при зачатии, протекании беременности и родах изучена недостаточно, поэтому исследования, направленные на изучение психологических характеристик преждевременно родивших женщин, особенностей их эмоционально-волевой, потребностно-мотивационной, ценностно-смысловой сфер, и на сегодняшний день остаются

актуальными. Данная проблема исследуется в рамках перинатальной психологии, которая возникла относительно недавно, этим отчасти объясняется существование огромного числа вопросов, нуждающихся в дополнительном анализе, уточнении, теоретическом обосновании и подкреплении. Анализ теоретических основ перинатальной психологии позволит усовершенствовать практические наработки в области психологической помощи беременным.

Большинство исследователей проблемы преждевременных родов рассматривают ее в рамках биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии. Данный подход рассматривает человека как единство трех составляющих: физиологической, психоэмоциональной и социальной. В России распространена биопсихосоциальная методология в перинатальной психологии, предложенная Н. П. Коваленко, Г. Г. Филипповой и И. В. Добряковым [1–3].

В рамках биопсихосоциального подхода этиологию сокращения срока гестации рассматривается комплексно, исходя из трех аспектов:

1) биологического – патологические состояния организма (в 64–74 % случаев сокращение сроков гестации связано с гормональной недостаточностью яичников и плаценты); нейроэндокринные нарушения; иммунологические нарушения; хромосомные нарушения;

2) психологического – особенности эмоциональной сферы, индивидуально-психологические особенности личности беременной;

3) социального – качество жизни, условия труда, особенности социального окружения.

На основании исследований отечественных авторов [1, 3] разработана программа реабилитации для женщин, страдающих невынашиваемостью беременности. Тактика ведения таких пациенток складывается из трех компонентов:

- оценки состояния репродуктивной системы супругов и устранения возможных нарушений до и в процессе беременности,
- выявления патологических факторов гибели эмбриона/плода,
- нормализации психического статуса.

Последний пункт заключается в оценке психического статуса беременной, корректировка отклонений с помощью психологических и психотерапевтических средств до оптимального состояния течения беременности. На психический статус женщины оказывают влияние как социально-психологические, так индивидуально-психологические особенности. Исследования таких авторов, как В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад, свидетельствуют о том, что индивидуально-психологические особенности личности беременной женщины повышают риск выкидыша, вследствие нейро-эндокринных изменений и усиленного сокращения матки. Современные исследования подтверждают связь беременности с глубокими изменениями личности матери, которые затрагивают физиологический, когнитивный, эмоциональный, социальный и экзистенциальный уровни.

Исследование психологами индивидуально-психологических особенностей матери и их влияния на ребенка прорабатывается давно, и на сегодня есть огромный пласт информации в данной области, по статистике различные психические нарушения наблюдаются в 29–80 % случаев от общего количества родов. Однако личностные особенности матери, определяющие течение беременности и родов, попали в поле исследователей относительно недавно. Существует стереотип того, что невынашивание беременности зависит от физической составляющей – здоровье, социальной – образ жизни и профессионализма врачей, осуществляющих ведение беременности и прием родов. Стоит отме-

тить, что введение комплексной психологической диагностики беременных позволяет повысить качество психопрофилактики и, как следствие, уменьшить процент невынашивания беременности.

Большое количество исследований посвящено изучению влияния расстройств эмоциональной сферы на течение беременности и ее исходы, установлена взаимосвязь тревожных расстройств и повышения частоты плацентарной недостаточности, задержки роста плода, преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела.

Психологи, изучающие поведение плода и развитие новорожденного, придают большое значение эмоциональной готовности будущей матери к материнству, оценке психологических установок и адекватности реакций. В связи с этим возникает важный вопрос о взаимосвязи психических нарушений и патологии беременных, личностных особенностей, а также исследовании ценностно-смысловой сферы матери, детерминирующей образ жизни, поведение в конкретных жизненных ситуациях на течение беременности, развитие плода, послеродовое состояние матери и ребенка.

В период беременности женщина проходит адаптационные периоды, когда требуется активная личностная перестройка. В данные периоды она должна постепенно принять роль матери, научиться воспринимать будущего ребенка отдельно от себя и реализовать свои потребности с учетом его существования. Для этого необходимо уделить внимание психическому здоровью женщины и ее личностным особенностям. Основным критерием психического здоровья является способность будущей матери разрешать трудные жизненные ситуации, сохраняя собственный психический статус, выражающийся в ее способности адекватно проявлять свое поведение, регулировать свои психические состояния, адаптируясь к условиям кризисной ситуации [4].

Процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии личности, который предъявляет особые требования к внутренним психологическим ресурсам и несет для женщины как потенциальные возможности, так и опасность. В одном случае наблюдается прогрессивный личностный рост, способствующий становлению материнского отношения, в другом – прослеживаются негативные изменения, что сказывается на состоянии психического здоровья матери, а также на психическом и физическом здоровье будущего ребенка [4].

Осознание женщиной состояния беременности меняется с увеличением ее срока. Так, в первом триместре (с момента зачатия и до 12-й недели) женщинам, активным на работе, бывает сложно принять увеличение зависимости от мужа, неизбежное при беременности и кормлении грудью. При этом они могут испытывать неосознанную зависть к мужу из-за того, что он может свободно заниматься своими рабочими делами или продолжать интеллектуальный рост. Другим женщинам бывает сложно принять изменения своего тела, происходящие по мере увеличения срока беременности [5].

Достаточно подробно личностные особенности беременных женщин изучены с точки зрения возникновения проблем во время беременности (проблемы невынашивания, осложненной беременности). Так, у женщин с тяжелым протеканием беременности психологи отмечают специфические эмоционально-личностные характеристики, акцентуации характера, неадекватную самооценку, особенности саморегуляции (контроля) и межличностных отношений, специфику ценностных ориентаций и даже определенные темпераментные особенности.

Анализ исследований, посвященных изучению акцентуаций характера у женщин с угрозой прерывания и невынашивания беременности, обнаружил некоторые противоречия. Так, в исследовании Е. А. Грон [1] было выявлено, что гипертимный и демонстративный

типы акцентуации повышают вероятность невынашивания беременности, а застревающий и педантичный типы акцентуации снижают риск потери беременности. Тогда как в исследовании Г. Н. Вараксиной было обнаружено, что женщины с угрозой прерывания беременности отличались развитием эмотивной, тревожной, циклотимической и возбудимой акцентуаций характера [3]. В исследовании К. Д. Хломова и С. Н. Ениколопова было обнаружено, что у женщин с угрозой прерывания беременности выше уровень экзальтированности.

И. Л. Шелехов, изучая различные типы акцентуаций у беременных женщин, обнаружил, что особенности реализации материнской функции обусловлены типом акцентуации личностных черт. Так, нормативные формы материнско-детского взаимодействия в 68,5 % случаев отмечались при тревожно-боязливым и эмотивном типе акцентуации, девиантные формы материнского поведения чаще (71,5 %) наблюдались у женщин с демонстративным и возбудимым типом акцентуации личностных черт [6].

В исследованиях М. Е. Блох и Г. Г. Филлиповой [3] были обнаружены интересные и сходные результаты, касающиеся специфики ценностных ориентаций беременных с угрозой прерывания беременности и привычной невынашиваемостью беременности. По данным Г. Г. Филипповой, у женщин с нарушением течения беременности ценность себя как матери и себя как сексуального партнера конфронтируют между собой, что свидетельствует о несформированности женской идентичности.

В исследованиях локуса контроля были обнаружены противоречивые данные, а по параметру контроля поведения выявлено, что у женщин с неблагоприятным течением беременности часто отмечается выбор неадекватных поведенческих стратегий, низкий уровень эмоционального контроля и поведенческая дезорганизация. При этом волевой контроль характеризуется склонностью излишне переживать по поводу неудач и не стремиться к увеличению усилий по преодолению сложностей.

Часть исследователей включают определенные личностные характеристики в структуру психологической готовности к материнству, т. е. для становления позитивных отношений матери и ребенка необходимы определенные личностные черты. Так, Г. Г. Филиппова включает в психологическую готовность к материнству следующие личностные особенности: общую личностную зрелость (адекватная половозрелая идентификация, способность к принятию решений и ответственности, прочная привязанность, внутренняя казуальная атрибуция и внутренний локус контроля) и личностные качества, необходимые для эффективного материнства (эмпатия, творческие способности, интерес к развитию другой личности, интерес к деятельности выращивания и воспитания, умение получать удовольствие от жизни, культура тела) [2].

При исследовании психологической готовности к материнству было установлено, что она положительно связана с выраженной андрогинностью или феминностью личности, компетентностью во времени, со стремлением к сохранению суверенности личного психологического пространства, с выбором стратегий самоактуализации, не противоречащих логике конкретного этапа материнства.

Детально исследованы особенности беременных со стороны эмоциональной сферы и отмечено, что на формирование эмоционального состояния женщины в этот период оказывают факторы желательности беременности, отношения к беременной женщине в семье, сформированности личностных качеств, психологической готовности к материнству. Эти переменные формируют определенный стиль отношения к беременности, к предстоящим родам и взаимоотношений с еще не родившимся ребенком.

В исследовании, проведенном В. Н. Прохоровым [1], было выявлено, что у всех беременных наблюдается состояние психоэмоционального напряжения. Для данного состояния характерны: затруднения в концентрации внимания; бессонница или беспокойный прерывистый сон; лабильность эмоций, проявляющаяся в легком переходе от одного настроения к другому; повышенное мышечное напряжение; тремор рук; выраженные вазомоторные и другие вегетативные реакции.

В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова [3] установили, что незначительные симптомы неуверенности, тревоги и конфликтности в поведении беременной сочетаются с небольшими отклонениями в стиле переживания беременности с тенденцией к их улучшению, со стабильной или повышающейся ценностью ребенка, благоприятной динамикой интерференции ценностей и коррелируют с несущественными отклонениями материнского отношения к своему положению (в основном по типу тревожности), тогда как выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью сочетаются с отклонением от адекватного типа протекания беременности.

С другой стороны, в исследованиях О. А. Соколовой [3] было обнаружено, что высокий уровень тревожности положительно коррелирует с повышенной ответственностью за свои материнские функции, с пониманием необходимости тесного контакта с ребенком, а стрессоустойчивость непосредственно связана с адекватностью представления о себе как о будущей матери.

В исследованиях В. В. Волковой [6] было выявлено, что дисгармоничное, аффективно незрелое отношение к материнству характеризуется формальностью, неэмпатийностью, низкой сензитивностью, повышенной ригидностью, эмоциональной холодностью, демонстративностью, агрессивностью, тревожностью, оборонительностью и заменой ценности ребенка как такового на значимость социально-комфортной сферы.

Сходные данные о ригидности были выявлены в исследовании Т. А. Гурьяновой [7], которая обнаружила, что у женщин со сформированной готовностью к материнству в состоянии необычных эмоциональных переживаний показатели неготовности к изменениям программы действий в соответствии с новыми ситуативными требованиями ниже. Она также выявила, что у женщин с адекватным материнским отношением выше показатели интернальности в сфере достижений и неудач и в области семейных взаимоотношений. Причем во время беременности происходит смещение локуса контроля по шкале достижений и предрасположенности к самообвинению, т. е. чем ближе подходит срок родов, тем более увеличивается стремление к самообвинению в неудачах.

Е. Х.-М. Агнаева выявила, что для беременных с негативными представлениями о будущем ребенке характерны заниженная самооценка, неприятие собственной материнской роли, выраженная ауто- и гетероагрессия, которые выражаются в психологической дистанцированности от партнера, игнорировании его личности, в недоверии к себе и другим [3].

Из-за гормональных перестроек в первом триместре беременности женщины страдают от резких перепадов настроения, которые сопровождаются неустойчивостью эмоций. Наиболее подробно в литературе описаны эмоционально-личностные характеристики, среди которых у женщин с осложненной беременностью отмечаются повышенная реактивно-ситуативная тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, высокий уровень личностной тревожности, эмоциональная напряженность, низкая стрессоустойчивость.

В сфере межличностных отношений женщины с угрозой прерывания беременности, с одной стороны, ожидают внимания и заботы от окружающих, а с другой – демонстрируют

холодность, недоброжелательность, бескомпромиссность. Среди них больше женщин замкнутых, обращенных в себя, скептически настроенных, подозрительных. Для женщин группы риска характерны внешнеобвинительные, агрессивные реакции. Сходные характеристики были обнаружены М. Е. Блох [3] у беременных женщин с привычным невынашиванием беременности: по ее данным, они демонстрируют авторитарность, агрессивность и подозрительность по отношению к окружающим, стремление контролировать себя, свое состояние и окружающие события.

Неадекватность самооценки (как завышенной, так и заниженной) отмечается многими авторами как фактор, тесно связанный с особенностями протекания беременности. Так, А. С. Батуев [8] отмечает, что неадекватная завышенная самооценка у беременных с патологией может приобретать характер психологической защиты.

Таким образом, успешная адаптация к беременности коррелирует с успешной адаптацией к материнству, а тревога во время беременности влияет на особенности материнского поведения. Кроме того, А. С. Батуев обнаружил, что тревожные беременные в дальнейшем проявляют себя как тревожные матери и являются менее успешными во взаимодействии с малышом, чем женщины, не обнаружившие тревоги за состояние будущего ребенка. Это проявляется в ограничении тактильного, вербального и невербального контактов с ребенком.

Согласно исследованиям А. Г. Киселёва, И. В. Вартанова, С. И. Знаменской, И. М. Максимовой [9, 1] во время протекания беременности в каждом триместре наблюдаются свои характерные эмоциональные особенности матери. Также наблюдается изменение эмоционального состояния женщин, родивших преждевременно; установлено, что уровень их реактивной и личностной тревожности является высоким (по шкале Спилбергера–Ханина). Низкие показатели реактивной и личностной тревожности наблюдались только у беременных с оптимальным типом психологической компоненты гестационной доминанты (ПКГД). Соответственно, чем слабее был тип гестационной доминанты, тем чаще у беременных выявлялись высокие уровни реактивной и личностной тревожности [10].

Также важно отметить взаимосвязь физиологических, эндокринных и психологических компонентов беременности. Так, гормональная активность беременных с разными типами темперамента показала, что темп роста уровня пролактина, прогестерона, эстрадиола и кортизола в ряду хронологических сроков беременности находится в зависимости от типа характера беременных, а конкретно – наличия либо отсутствия акцентуаций стенических либо астенических параметров. Это свидетельствует о том, что индивидуальные особенности женщины могут воздействовать на процессы изменения гормональной активности, сопровождающие беременность.

В работе Т. С. Касатоновой [5] выдвинут тезис о том, что беременных с астенической направленностью акцентуированных типов темперамента можно отнести в группу риска по возникновению нарушений (в том числе угрозы прерывания беременности) по следующей причине. При беременности адаптацию к окружающей среде обеспечивает кортизол. Повышение уровня кортизола во время беременности снижает чувствительность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы к стрессам и опасность прерывания беременности при внешних воздействиях, а также усиливает торможение иммунной системы женщины. Увеличение темпа роста кортизола и его абсолютного уровня у женщин с акцентуацией свойств, особенно астенических, может свидетельствовать о напряжении адаптивных механизмов. С этим согласуется установленный факт высокой активации у них вегетативной нервной системы как свидетельство более выраженного психоэмоционального напряжения в течение беременности.

Немаловажным компонентом вынашиваемости беременности является мотивационная сфера личности беременной женщины. Так, исследование мотивации беременности, проведенное С. В. Трушкиной [3], показало, что женщины имеют несколько мотивов для зачатия, тем не менее лишь один из них является основным, доминирующим. При этом 80 % опрошенных женщин основным поводом для зачатия называют выполнение женского долга. Это свидетельствует о высокой обусловленности социальными установками принятия решения иметь ребенка.

Принято выделять два вида мотивов для зачатия. Конструктивные мотивы способствуют реализации чувства материнства, личностному росту супругов, раскрытию творческих способностей. Второй вид мотивов – деструктивные мотивы, при которых еще не рожденный ребенок является средством манипулирования или способом для достижения меркантильных целей, приводящих к внутреннему конфликту. Такие мотивы ведут к повышенной тревоге и нервно-психическому напряжению будущей матери [11].

Незапланированная беременность рассматривается в качестве причины невынашивания плода [9]. Нежеланные дети рождаются преждевременно примерно в восемь раз чаще, чем желанные. У женщин с нежеланной беременностью часто отмечаются вегетативные нарушения, обострения психосоматических и хронических физических заболеваний, токсикозы, различные невротические реакции, стертые депрессивные состояния. Все это приводит к искажениям антенатального взаимодействия в системе «беременная – плод». По мнению В. В. Абрамченко [9, 1], осложненное течение беременности часто является соматическим проявлением внутриличностного конфликта, связанного с неблагоприятной ситуацией.

Установлено, что у женщин с угрозой невынашивания беременности достоверно чаще встречаются эйфорический и гипогестогнозический варианты психологического компонента гестационной доминанты. Этот факт нашел подтверждение и в исследованиях И. В. Добрякова [1], в ходе которых выявлено, что у женщин, родивших недоношенных детей, преобладали эйфорический, гипогестогнозический и тревожный варианты ПКГД, а оптимальный вариант ПКГД встречался у них в 4 раза реже, чем у женщин, родивших доношенных младенцев. Следует отметить, что формирование ПКГД происходит под влиянием личностных особенностей женщины, мотивов зачатия, социальных условий жизни, показателей эмоционального состояния и психологической устойчивости женщины. Помимо этого, тип ПКГД зависит от оценки женщиной собственных способностей к успешному материнству [9].

Беременность сопровождается изменениями в эмоциональной сфере женщин. У рожениц с негативным опытом беременности могут проявляться высокое тревожное состояние, отрицательные установки и конфликты с беременностью. Женщины, особенно на начальных сроках беременности, отличаются мнительностью, рассеянностью, нуждаются в разъяснении закономерностей родового процесса, в поддержке со стороны специалистов, в психологическом сопровождении [12].

Перспективной является теория, предложенная В. И. Слободчиковым в рамках антропологического подхода, которая вводит категорию «событийной общности» как ценностно-смыслового объединения людей, характеризующихся взаимным принятием. Ю. Б. Шмурак выделяет пренатальную психологическую общность, которая, по мнению автора, указывает на то, что формирование данной компоненты в течение беременности выступает условием в системе факторов, связанных с протеканием здоровой беременности.

Исходя из вышесказанного можно сделать заключение, что процесс формирования рисков невынашиваемости беременности имеет многоаспектный характер, где составляющи-

ми выступают физиологические, социальные и психологические уровни функционирования. Особенности взаимозависимости уровней функционирования имеют структурный аспект, включающий в себя ценностно-смысловую сферу личности, гормональный статус, субъективные единицы антропометрических показателей и уровень качества жизни женщины в период беременности. Данные условия являются основанием, определяющим дальнейшую исследовательскую перспективу изучения взаимосвязи структурных компонентов рисков невынашиваемости беременности и сокращения сроков гестации.

*Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 15-06-10539.*

### Список литературы

1. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
2. Коваленко Н. П. Перинатальная психология. СПб.: Ювента, 2000. 197 с.
3. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.
4. Нартова-Бочавер С. К. Дифференциальная психология. М.: Флинта, 2012. 280 с.
5. Касатонина Т. С. Индивидуальные проявления гормональной активности у беременных женщин с разными типами темперамента // Человек и его здоровье. 2012. (3). С. 15–22.
6. Шелехов И. Л., Берестнева О. Г. Репродуктивное здоровье женщины: психологические и социальные аспекты. Томск: Изд-во Томского политехн. ун-та, 2013. 367 с.
7. Гурьянова Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: материалы Сибирского психологического форума. 16–18 сентября 2004 г. Томск: Томский гос. ун-т, 2004. С. 553–559.
8. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2004. 701 с.
9. Володина Н. Н., Сидорова П. И. Перинатальная психология и психиатрия: в 2 т. Т. 1. М.: Академия, 2009. 304 с.
10. Юшкова Л. С. Особенности адаптационных реакций и эмоционального состояния у женщин с преждевременными родами // Детская медицина северо-запада. 2013. 4 (4). С. 36–40.
11. Магденко О. В. Взаимосвязь личностных особенностей и репродуктивных мотиваций беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности // Вестн. Новосибирского гос. ун-та. 2014. 8 (2). С. 145–147.
12. Жаркова О. С. Личностные особенности беременных женщин, ожидающих рождения первого ребенка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2013. С. 13–15.

**Басалаев Николай Владимирович**, зам. начальника управления нового набора студентов, Сибирский государственный медицинский университет (Московский тракт, 2, Томск, Россия, 634050). E-mail: 31nicolaus@rambler.ru

**Гадельшина Татьяна Геннадьевна**, доцент, Томский государственный педагогический университет (ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061). E-mail: tatjanag@tspu.edu.ru

**Иванова Светлана Петровна**, доцент, Сибирский государственный медицинский университет (Московский тракт, 2, Томск, Россия, 634050). E-mail: lana14@rambler.ru

**Саприна Татьяна Владимировна**, профессор, Сибирский государственный медицинский университет (Московский тракт, 2, Томск, Россия, 634050). E-mail: pk@ssmu.ru

*Материал поступил в редакцию 27.01.2017.*



DOI 10.23951/2307-6127-2017-2-21-30

## THE RESEARCH TRENDS REVIEW OF PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF PREGNANCY MISCARRIAGE RISKS

*N. V. Basalaev<sup>1</sup>, T. G. Gadel'shina<sup>2</sup>, S. P. Ivanova<sup>1</sup>, T. V. Saprina<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Tomsk State Pedagogical University, Tomsk, Russian Federation*

The article contains information about the current research state of pregnancy miscarriage. We discuss the examination data on the identification of shortening gestation and pregnancy miscarriage risk as a multi-process affecting the biological, social and psychological levels. The research review details the psychological aspect of the motivational, emotional and value-semantic sphere of a pregnant person. The psychological aspect of mother's personality and her features affecting the gestation age are viewed separately. The article contains the information about the emotional sphere peculiarities of a pregnant woman and their influence on the gestation course and the pregnancy outcome; about the relation of anxiety disorders with increasing frequency of placental insufficiency, an intrauterine growth restriction, premature birth and low-birth-weight children with the emotional preparedness of a mother-to-be to the motherhood, a characterization of mental sets and the approximation of reactions. The conative component of the pregnancy process and individual psychological features of the mother's personality, her character type and accentuation of personality traits are characterized in the article. Within a framework of the anthropological approach the signs of healthy gestation course associated with the formation of the value-semantic component are described. The relation of psychological components is considered as a risk of shortening gestation age.

**Key words:** *shortening of gestational age, pregnancy miscarriage, value-semantic sphere, psychological aspect of pregnancy.*

### References

1. Dobryakov I. V. *Perinatal'naya psikhologiya* [Perinatal psychology]. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. 272 p. (in Russian).
2. Kovalenko N. P. *Perinatal'naya psikhologiya* [Perinatal psychology]. St. Petersburg, Yuventa Publ., 2000. 197 p. (in Russian).
3. Filippova G. G. *Psikhologiya materinstva: uchebnoye posobiye* [Maternity psychology: textbook]. Moscow, Publishing House of Psychotherapy Institute Publ., 2002. 270 p. (in Russian).
4. Nartova-Bochaver S. K. *Differentsial'naya psikhologiya* [Differential Psychology]. Moscow, Flinta Publ., 2012. 280 p. (in Russian).
5. Kasatonova T. S. Individual'nye proyavleniya gormonal'noy aktivnosti u beremennykh zhenshchin s raznymi tipami temperamenta [Individual manifestation of hormonal activity in pregnant women with various types of temperament]. *Chelovek i ego zdorov'e – People and Health*, 2012, (3), pp. 15–22 (in Russian).
6. Shelekhov I. L., Berestneva O. G. *Reproduktivnoye zdorov'e zhenshchiny: psikhologicheskiye i sotsial'nye aspekty* [Reproductive health of women: psychological and social aspects]. Tomsk, TPU Publ., 2013. 367 p. (in Russian).
7. Gur'yanova T. A. Razvitiye psikhologicheskoy gotovnosti k materinstvu na stadii planirovaniya beremennosti, vo vremya beremennosti i posle rodov [Development of psychological readiness for motherhood at the planning stage of pregnancy, during pregnancy and after the childbirth]. *Metodologicheskiye problemy sovremennoy psikhologii: illyuzii i real'nost': Materialy Sibirskogo psikhologicheskogo foruma* [Methodological problems of modern psychology: illusions and reality: Proceeding of the Siberian psychological forum. 16–18th of September 2004]. Tomsk, TSU Publ., 2004. Pp. 553–559 (in Russian).
8. Il'in E. P. *Psikhologiya individual'nykh razlichiy* [Psychology of individual differences]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004. 701 p. (in Russian).

9. Volodina N. N., Sidorova P. I. *Perinatal'naya psikhologiya i psikiatriya: v 2 tomakh. Tom 1* [Perinatal psychology and psychiatry: in 2 volumes. Vol. 1]. Moscow, Akademiya Publ., 2009. 307 p. (in Russian).
10. Yushkova L. S. Osobennosti adaptatsionnykh reaktsiy i emotsional'nogo sostoyaniya u zhenshchin s prezhdevremennymi rodami [Features of adaptive reactions and emotional state of women with preterm labor]. *Detskaya meditsina severo-zapada – Northwest Children Medicine*, 2013, 4 (4), pp. 36–40 (in Russian).
11. Magdenko O. V. Vzaimosvyaz' lichnostnykh osobennostey i reproduktivnykh motivatsiy beremennykh zhenshchin pri stanovlenii materinskoj rolevoy identichnosti [The relationship of personality characteristics and reproductive motivations of pregnant women in the formation of the maternal role identity]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta – Novosibirsk State Universiti Bulletin*, 2014, 8 (2), pp. 145–147 (in Russian).
12. Zharkova O. S. Lichnostnye osobennosti beremennykh zhenshchin, ozhidayushchikh rozhdeniya pervogo rebenka [Personal characteristics of pregnant women waiting for the birth of their first child]. *Bulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN – Bulletin ESSC SB RAMS*, 2013, pp. 13–15 (in Russian).

**Basalaev N. V.**, Siberian State Medical University (Moskovsky trakt, 2, Tomsk, Russian Federation, 634050). E-mail: 31nicolaus@rambler.ru

**Gadel'shina T. G.**, Tomsk State Pedagogical University (Kievskaya, 60, Tomsk, Russian Federation, 634061). E-mail: tatjanag@tspu.edu.ru

**Ivanova S. P.**, Siberian State Medical University (Moskovskiy trakt, 2, Tomsk, Russian Federation, 634050) E-mail: lana14@rambler.ru

**Saprina T. V.**, Siberian State Medical University (Moskovskiy trakt, 2, Tomsk, Russian Federation, 634050). E-mail: pk@ssmu.ru