

Дистресс у женщин: до и после родов*

В. А. Абабков¹, Е. А. Бурина¹,
Е. А. Пазарацкас², С. В. Капранова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

² Женская консультация № 33,
Российская Федерация, 197079, Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 17, корп. 2

Для цитирования: Абабков В. А., Бурина Е. А., Пазарацкас Е. А., Капранова С. В. Дистресс у женщин: до и после родов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2019. Т. 9. Вып. 4. С. 401–410. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2019.406>

Раскрывается проявление дистресса у женщин в динамике: во время беременности и после родов. Анализируются и описываются данные 86 женщин. Для реализации научных задач были выбраны методы, основанные на транзактной теории стресса. Подтверждена гипотеза, что беременность у современных женщин сопровождается продолжительными проявлениями дистресса. В формировании дистресса у беременных женщин участвуют как личностные, так и средовые (семейные) факторы. Результаты измерения во время беременности демонстрируют достоверно более высокий уровень стресса по сравнению с периодом после родов. Показаны статистически значимые изменения по всем копинг-стратегиям, за исключением стратегии «самоконтроль», которая остается на уровне первого измерения. Корреляционный анализ показал, что уровень воспринимаемого стресса коррелирует (помимо шкалы «фобии») на высоком уровне значимости с каждой шкалой симптоматического опросника. Воспринимаемый стресс также связан с копинг-стратегией «избегание» и с личностной особенностью «эмоциональная стабильность» при обратной корреляции. Получены существенные результаты, которые следует учитывать в психологическом сопровождении беременных женщин.

Ключевые слова: беременность, дистресс, личностные особенности, симптоматика, воспринимаемый стресс, копинг-стратегии, тип отношения к беременности, динамика психологических показателей.

В России более традиционной формой семейного воспитания является система, в которой женщине отводится основная роль по уходу за ребенком, а также во взаимодействии с сопровождающими учреждениями, особенно в период детства ребенка. Основная эмоционально-психологическая нагрузка не всегда равномерно распределена в семье и, как правило, в большей степени лежит на матери. Осознание этого влияет на психологическое состояние женщины еще в период беременности. Если женщина обладает, например, выраженными чертами личностной тревожности, это влияет на проявление тревожности и у ребенка [1].

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00417а. Предполагается его продолжение, особенно для оценки роли и влияния психологического вмешательства.

Беременность — важнейший этап в жизни женщины, сопровождающийся необходимостью адаптации не только на физиологическом, но и на психологическом уровне. В нашем исследовании беременность рассматривается не как общепсихологическое событие или состояние, связанное с психопатологией, а как макрострессовый эпизод, несущий определенную стрессовую нагрузку с различными исходами. Беременность — особый продолжительный стресс, следовательно, у многих женщин могут возникать различные симптомы, преимущественно невротического уровня. Обычно сопровождение беременности осуществляется на уровне женских консультаций и других специальных медицинских центров, т. е. на клиническом уровне. Прослеживается необходимость психологического сопровождения, включающего вмешательство, что на данный момент осуществляется явно в недостаточной степени. Решение этой задачи может способствовать улучшению психического и физического здоровья как женщин, так и их потомства.

Беременность как критическое жизненное событие (макрострессор) удовлетворяет трем условиям [2]:

- 1) поддается точному датированию и локализации во времени;
- 2) требует качественной реорганизации в структуре «индивид — окружающий мир»;
- 3) сопровождается стойкими аффективными реакциями.

Перечисленные критерии отличают макрострессоры от хронических стрессоров, временной адаптации и повседневных трудностей. Критические жизненные события (в том числе беременность и роды у женщин) считаются нормативными, если они базируются на биологической природе и с большей или меньшей вероятностью наступают у всех членов определенного культурного сообщества.

Данная проблема рассматривается не только на научном, но и на практическом уровне, принимая во внимание распоряжение Правительства России от 14 апреля 2016 г. № 669-Р, которое содержит план мероприятий по реализации в 2016–2020 гг. концепции демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. за № 1351. В нем предполагается и психологическая поддержка беременных, которая не может быть эффективной без соответствующей психологической диагностики и выбора более экономичных и эффективных методов психологического вмешательства.

В современной англоязычной литературе наряду с термином «семейный стресс» также употребляется «материнский родительский стресс» [3] или «материнский дистресс» [4]. Пренатальный материнский стресс влияет на исход родов, срок гестации и параметры веса плода [5]. Такие женщины подвержены преждевременным родам с дефицитом веса у плода.

Стрессовое состояние женщины во время беременности является предиктором эмоциональных и когнитивных трудностей, включая вероятность развития у ребенка синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также задержки развития речи [6]. Пренатальный стресс у матери влияет на предрасположенность к болезням в течение первого года жизни, которая сохраняется до шестилетнего возраста ребенка [7].

Отмечается недостаток современных исследований, изучающих способы коррекции пренатального стресса у женщин. В настоящее время они преимущественно касаются майндфулнесс-терапии, в основе которой лежат программы, сниже-

ния стресса MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), или подготовки к родам и родительству MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting) [8].

Общей целью исследования является изучение особенностей и уровня дистресса у беременных женщин. Это, помимо прочего, может способствовать разработке эффективных психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, направленных на снижение выраженности дистресса у беременных женщин.

В ходе проведения исследования были высказаны следующие гипотезы:

1. Беременность у современных женщин помимо положительных, «эустрессовых», сопровождается негативными, «дистрессовыми», проявлениями, причем частота и продолжительность последних значительна.
2. В связи с транзактной теорией стресса необходимо учитывать как личностные, так и средовые факторы влияния при стрессе беременных.
3. Дистресс при беременности может измеряться количественно, а его устойчивость определяется наличием определенных неконструктивных и ригидных копинг-стратегий.
4. Наличие психологических факторов дистресса при беременности делает необходимыми психологические вмешательства, требующие модификации и подтверждения их эффективности.

Научная новизна работы определяется регистрацией дистрессовых проявлений беременности в количественном и качественном выражении, при этом устойчивость дистресса связывается с наличием определенных неконструктивных и ригидных копинг-стратегий. В соответствии с транзактной теорией стресса Р. Лазаруса (R. Lazarus) [2] предполагается учет как личностных, так и семейных факторов влияния при стрессе беременных, что определяет выбор психологических методов исследования. Психологические факторы такого дистресса определяют подбор необходимого психологического вмешательства.

Общий дизайн исследования предполагает лонгитюд с тремя замерами:

первый замер — при постановке беременной женщины на учет в женской консультации;

второй замер — после проведения психологической коррекции с частью беременных женщин, нуждающихся в психологическом вмешательстве;

третий замер — в период от 2 до 6 месяцев после родов со всеми респондентами.

В статье приводятся основные данные по сравнению результатов первого и третьего измерений.

Метод

Для проверки гипотез и реализации цели исследования были выбраны (на основе транзактной теории стресса) следующие методы:

- 1) клинико-психологический метод (наблюдение и беседа) — первый замер;
- 2) клинический метод (акушерско-гинекологический: реализуется врачами в женской консультации в период беременности) — первый замер;
- 3) авторская анкета (Е. А. Пазарацкас, В. А. Абабков) для сбора социально-демографической информации — первый замер;

- 4) опросник «Шкала воспринимаемого стресса — 10», позволяющий выявить уровень воспринимаемого стресса в количественной оценке, адаптирована и валидизирована В. А. Абабковым с соавторами в 2016 г. [9] — первый и третий замеры;
- 5) методика «Способы совладающего поведения» (ССП), адаптированная и стандартизированная Л. И. Вассерманом, соавторами в 2010 г. [10], позволяющая выявить основные копинг-стратегии, — первый и третий замеры;
- 6) симптоматический опросник SCL-90, адаптированный и валидизированный Н. В. Тарабриной в 2001 г. [11] с целью изучения посттравматического стрессового расстройства; опросник является клинической тестовой и скрининговой методикой, предназначенной для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц, — первый и третий замеры;
- 7) личностная методика «Большая пятерка» (Big 5), позволяющая изучить пять основных личностных характеристик (экстраверсия, самосознание и организованность, готовность к согласию и сотрудничеству, эмоциональная стабильность, личностные ресурсы); эта транскультуральная и трансвременная методика — одна из лучших и современных для изучения личностных особенностей [12] — первый замер;
- 8) «Тест отношений беременной», позволяющий выявить тип отношения женщины к беременности, а также особенности партнерских отношений женщин на раннем этапе беременности; разработан И. В. Добряковым, Э. Г. Эйдемиллером, И. М. Никольской в 2010 году [13] — первый замер;
- 9) при анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio», пакеты «ez», «psych», «ggplot2»;
- 10) методы обработки и анализа данных: описательные статистики, сравнение средних величин, методы вторичной статистической обработки — критерий χ^2 -Пирсона, непараметрический критерий H Краскела — Уоллиса, использование непараметрического критерия U Манна — Уитни, корреляционный анализ (критерии корреляции r -Пирсона и r -Спирмена).

Набор данных осуществлялся на базе женской консультации № 33 Санкт-Петербурга. Обследовано 86 женщин в возрасте от 18 до 43 лет ($M = 29,47$) в периоды до и после родов, 85 состояли в браке, у 70 женщин это был первый брак, 43 имели высшее образование, все (кроме одной) работали в различных сферах, уровень дохода на одного члена семьи — средний для данной популяции. Нормальное течение беременности (без токсикоза) отмечалось у 84 женщин. Хронические соматические заболевания вне обострения имели 26 женщин. Психических расстройств у респондентов выявлено не было.

Основные результаты

Были изучены личностные особенности респондентов. Результаты представлены в таблице 1.

Данные таблицы показывают общее распределение личностных особенностей в группе испытуемых.

Таблица 1. Личностные особенности беременных женщин

Шкала	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)
Экстраверсия	64,35	14,61
Уступчивость	75,25	8,85
Сознательность	73,34	12,75
Эмоциональная стабильность	62,33	14,70
Интеллект	68,26	10,36

Результаты «Теста отношений беременной» показали отсутствие единого определяющего типа отношения к беременности. У большинства респондентов преобладает сочетание оптимального и эйфорического типов. Значительно менее выражены гипогестогнозический и тревожный типы отношения к беременности. Депрессивный почти не встречается в нашей выборке.

Анализ полученных результатов по симптоматическому опроснику представлен в таблице 2. Различия между за мерами достоверны по каждой шкале: $p < 0,0001$. Результаты первого за мера показали, что значения по всем шкалам симптоматического опросника попадают в диапазон высоких показателей при сравнении с нормой. Результаты второго за мера демонстрируют статистически значимые снижения показателей всех шкал симптоматического опросника, которые на данном этапе находятся в диапазоне средних значений.

Таблица 2. Выраженность симптоматических жалоб респондентов, два за мера

Шкала	Среднее значение (M), 1-й за мер	Стандартное отклонение (SD), 1-й за мер	Среднее значение (M), 2-й за мер	Стандартное отклонение (SD), 2-й за мер
Соматизация (SOM)	0,72	0,50	0,15	0,26
Обсессивно-компульсивное расстройство (OC)	0,86	0,67	0,43	0,47
Интерперсональная чувствительность (INT)	0,77	0,63	0,57	0,54
Депрессия (DEP)	0,76	0,64	0,29	0,48
Тревожность (ANX)	0,55	0,56	0,28	0,37
Враждебность (HOS)	0,64	0,61	0,44	0,52
Навязчивые страхи (PHOB)	0,35	0,58	0,10	0,36
Параноидность (PAR)	0,56	0,63	0,44	0,52
Психотизм (PSY)	0,27	0,45	0,10	0,22
Общей индекса тяжести (GSI)	0,62	0,50	0,29	0,34
Индекс тяжести наличного дистресса (PDSI)	1,49	0,42	1,37	0,32
Число беспокоящих симптомов (PST)	35,29	19,39	17,55	14,43

Обращает внимание представленность всех психологически регистрируемых шкал и высокий показатель общего уровня тяжести при первом измерении, что может свидетельствовать о неблагоприятном влиянии переживания и течения беременности.

Был изучен общий уровень воспринимаемого респондентами стресса. Результаты первичного замера демонстрируют достоверно значимо ($p < 0,0001$) более высокий уровень стресса ($M = 25,05 \pm 6,86$), нежели показатели, полученные в рамках последующего замера ($M = 23,43 \pm 5,06$).

Изучены копинг-стратегии респондентов, представленные в таблице 3.

Таблица 3. Выраженность копинг-стратегий респондентов, два замера

Шкала	Среднее значение (M), 1-й замер	Стандартное отклонение (SD), 1-й замер	Среднее значение (M), 2-й замер	Стандартное отклонение (SD), 2-й замер	р-уровень значимости
Конфронтация	47,86	8,54	46,86	7,96	$p < 0,05$
Дистанцирование	49,35	9,78	47,44	8,96	$p < 0,05$
Самоконтроль	45,31	9,36	45,66	9,21	$p > 0,5$
Поиск социальной поддержки	49,80	9,73	55,86	7,99	$p < 0,0001$
Принятие ответственности	45,27	8,83	47,56	8,90	$p < 0,05$
Избегание	50,20	9,53	45,31	8,34	$p < 0,0001$
Планирование решения	50,42	10,82	53,47	9,02	$p < 0,05$
Положительная переоценка	48,43	9,32	53,52	9,82	$p < 0,0001$

Используемые копинг-стратегии респондентов охватывают весь возможный диапазон на умеренном уровне выраженности. Анализ полученных данных по методике «Способы совладающего поведения» показывает статистически значимые изменения по всем копинг-стратегиям, за исключением стратегии «самоконтроль», которая не претерпевает каких-либо изменений и находится на уровне первого замера. Эти данные необходимо учитывать при планировании и проведении психологических вмешательств у беременных женщин.

Проведен корреляционный анализ, который выявил большое количество взаимосвязей. В частности, показатель воспринимаемого стресса коррелирует на высоком уровне значимости ($p < 0,0001$) с каждой шкалой симптоматического опросника, за исключением шкалы «фобии». Также воспринимаемый стресс связан с такой стратегией совладающего поведения, как «избегание» ($r = 0,530$; $p = 0,000$), и с такой личностной особенностью, как «эмоциональная стабильность», при этом корреляция обратная ($r = -0,730$; $p = 0,000$).

Были также изучены взаимосвязи возраста респондентов и всех изученных показателей. Достоверно значимых результатов выявлено не было. Анализ взаимо-

связей срока беременности и изученных клинико-психологических особенностей также не продемонстрировал достоверно значимых корреляционных связей.

Выводы

1. Подтверждена гипотеза, что беременность у современных женщин сопровождается продолжительными проявлениями дистресса, которые представлены всеми регистрируемыми шкалами симптоматического опросника и высоким общим индексом тяжести при первом измерении.

2. В формировании дистресса у беременных женщин участвуют как личностные, так и средовые факторы. Об этом, в частности, свидетельствуют распределение личностных особенностей (относительное преобладание уступчивости) и отсутствие единого определяющего типа отношения к беременности (у большинства респондентов преобладает сочетание оптимального и эйфорического типов, что связано и с семейными взаимоотношениями).

3. Дистресс при беременности имеет количественные показатели, а его устойчивость определяется наличием неконструктивных и ригидных копинг-стратегий. Результаты первичного измерения демонстрируют достоверно более высокий уровень стресса по сравнению с периодом после родов. Показаны статистически значимые изменения по всем копинг-стратегиям, за исключением стратегии «самоконтроль», которая остается на уровне первого измерения.

4. Корреляционный анализ показал, что уровень воспринимаемого стресса коррелирует (помимо шкалы «фобии») на высоком уровне значимости с каждой шкалой симптоматического опросника. Воспринимаемый стресс также связан с копинг-стратегией «избегание» и с личностной особенностью «эмоциональная стабильность» (при обратной корреляции).

5. Выявление психологических факторов дистресса при беременности свидетельствует о необходимости психологического вмешательства для сопровождения беременности.

В заключение можно отметить, что столь значительные изменения состояния респондентов в динамике обусловлены прежде всего благополучными родами с улучшением физического и психологического состояния. Более того, можно предположить, что изменение физического состояния после родов актуализирует эффект контраста. В целом полученные результаты обосновывают и подтверждают целесообразность использования в нашем исследовании вышеуказанного теоретического подхода к феномену беременности.

По результатам проведенного исследования можно совершенствовать программы психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий, которые следует реализовывать во время беременности с целью улучшения состояния женщин.

Литература

1. Смуглова О.В. Взаимосвязь тревожности матери и тревожности ребенка старшего дошкольного возраста // Гуманитарные научные исследования. 2012. № 1. URL: <http://human.snauka.ru/2012/01/552> (дата обращения: 17.05.2016).

2. Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie / Hrsg. M. Perrez, U. Baumann. Bern: Verlag Hans Huber, 2005. 1220 S.
3. Takahashi M., Adachi M., Takayanagi N., Kuribayashi M., Nakamura K. Coordination difficulties in preschool-aged children are associated with maternal parenting stress: A community-based cross-sectional study // *Research in Developmental Disabilities*. 2017. № 70. P. 11–21.
4. Woodman A. C., Mawdsley H. P., Hauser-Cram P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years // *Research in Developmental Disabilities*. 2015. № 36. P. 246–276.
5. Lobel M., DeVincent C. J., Kaminer A., Meyer B. A. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women // *Health Psychology*. 2000. Vol. 19 (6). P. 544–553.
6. Talge N. M., Neal C., Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2007. № 48. P. 245–261.
7. Zijlmans M. A. C., Beijers R., Riksen-Walraven M. J., de Weerth C. Maternal late pregnancy anxiety and stress is associated with children's health: a longitudinal study // *Stress*. 2017. Vol. 20 (5). P. 495–504.
8. Pan W. L., Gau M. L., Lee T. Y., Jou H. J., Liu C. Y., Wen T. K. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women // *Women Birth*. 2018. № 8. P. 102–109.
9. Абабков В. А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О. В., Горбунов И. А., Капанова С. В., Пологаева Е. А., Стулков К. А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса — 10» // *Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 16. Психология. Педагогика*. 2016. Вып. 2. С. 6–15.
10. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Соправление со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
11. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
12. Князев Г. Г., Митрофанова Л. Г., Бочаров В. А. Валидизация русскоязычной версии опросника Л. Голдберга «Маркеры факторов большой пятерки» // *Психологический журнал*. 2010. Т. 31 (5). С. 100–110.
13. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.

Статья поступила в редакцию 1 сентября 2019 г.;
рекомендована в печать 12 сентября 2019 г.

Контактная информация:

Абабков Валентин Анатольевич — д-р мед. наук, проф.; valababkov@mail.ru
 Бурина Екатерина Александровна — канд. психол. наук, доц.; e.a.burina@spbu.ru
 Пазаратская Елена Анатольевна — медицинский психолог; 9446642@gmail.com
 Капанова Софья Викторовна — аспирант; sph.sph92@gmail.com

Distress at women: before and after pregnancy*

V. A. Ababkov¹, E. A. Burina¹, E. A. Pazaratskas², S. V. Kapranova¹

¹ St. Petersburg State University,

7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

² Maternity welfare center № 33,

17/2, Narodnaya ul., St. Petersburg, 197079, Russian Federation

For citation: Ababkov V. A., Burina E. A., Pazaratskas E. A., Kapranova S. V. Distress at women: before and after pregnancy. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2019, vol. 9, issue 4, pp. 401–410. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2019.406> (In Russian)

* The study is supported by the RFBR grant № 19-013-00417a.

The article reveals the specifics of distress of women in the dynamic for during pregnancy and after childbirth. The study analyzes and describes the data collected for 86 women. Methods based on the transactional theory of stress were used to accomplish scientific tasks. The hypothesis was supported that pregnancy for modern women is accompanied by lasting distress. Not only personal, but also environmental (family) factors are involved in creating distress. The results of measurement demonstrate a statistically significantly higher level of distress in contrast to the period after childbirth. Statistically significant changes for all coping-strategies, with the exception of the strategy “self-control which remains at the level initially measured,” were demonstrated. Correlation analysis showed that the level of perceived stress had high significant correlations (besides scale “phobias”) with every scale of the symptom questionnaire. Perceived stress was also connected with such a coping-strategy as “avoidance” and with the personal trait “emotional stability,” but there was a reverse (negative) correlation. The significant results obtained should be considered, especially in regards to the psychological accompaniment of pregnant women.

Keywords: pregnancy, distress, personality traits, symptoms, perceived stress, coping-strategies, type of relation to pregnancy, dynamics of psychological data.

References

1. Smuglova O.V. The relationship of mother anxiety and anxiety of a senior preschool child. *Gumanitarnye nauchnye issledovaniia*, 2012, no.1. Available at: <http://human.snauka.ru/2012/01/552> (accessed: 05.17.2016). (In Russian)
2. *Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie*. Hrsg. M. Perrez, U. Baumann. Bern, Verlag Hans Huber. 2005. 1220 S.
3. Takahashi M., Adachi M., Takayanagi N., Kuribayashi M., Nakamura K. Coordination difficulties in preschool-aged children are associated with maternal parenting stress: A community-based cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 2017, no.70, pp.11–21.
4. Woodman A. C., Mawdsley H. P., Hauser-Cram P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, 2015, no.36, pp.246–276.
5. Lobel M., DeVincent C. J., Kaminer A., Meyer B. A. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 2000, vol. 19 (6), pp.544–553.
6. Talge N. M., Neal C., Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2007, no. 48, pp.245–261.
7. Zijlmans M. A. C., Beijers R., Riksen-Walraven M. J., de Weerth C. Maternal late pregnancy anxiety and stress is associated with children's health: a longitudinal study. *Stress*, 2017, vol. 20 (5), pp.495–504.
8. Pan W. L., Gau M. L., Lee T. Y., Jou H. J., Liu C. Y., Wen T. K. Mindfulness-based program on the psychological health of pregnant women. *Women Birth*, 2018, no. 8, pp.102–109.
9. Ababkov V. A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O. V., Gorbunov I. A., Kapranova S. V., Pologaeva E. A., Stuklov K. A. Validation of the Russian version of the questionnaire “Scale of Perceived Stress — 10”. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 16. Psihologia. Pedagogika*. 2016, vol. 2, pp.6–15. (In Russian)
10. Wasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. *Coping with stress: theory and psychodiagnostics*. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010. 192 p. (In Russian)
11. Tarabrina N. V. *Practicum on psychology of post-traumatic stress*. St. Petersburg, Piter, 2001. 272 p. (In Russian)
12. Knyazev G. G., Mitrofanova L. G., Bocharov V. A. Validation of the Russian version of the L. Goldberg questionnaire “Markers of the Big Five factors”. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2010, vol. 31 (5), pp.100–110. (In Russian)
13. Dobryakov I. V. *Perinatal Psychology*. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. 272 p. (In Russian)

Received: September 1, 2019

Accepted: September 12, 2019

Authors' information:

Valentin A. Ababkov — Dr. of Sciences (psychiatry), professor; valababkov@ mail.ru

Ekaterina A. Burina — PhD, associate professor; e.a.burina@spbu.ru

Elena A. Pasaratskas — medical psychologist; 9446642@gmail.com

Sophia V. Kapranova — postgraduate student; sph.sph92@gmail.com