

**ДУДЧЕНКО ЗОЯ ФАДЕЕВНА**

*кандидат психологических наук,*

*доцент кафедры консультативной психологии и психологии здоровья*

*Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,*

*zoyadudchenko@yandex.ru*

**ZOYA DUDCHENKO**

*Cand.Sc. (Psychology), Associate Professor, Department of Counseling and Health Psychology,*

*St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*

**ГЛУШАК ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА**

*специалист учебного отдела психологии*

*Санкт-Петербургского государственного университета,*

*glushak.elena@inbox.ru*

**YELENA GLUSHAK**

*Specialist of the Academic Department of Psychology,*

*St. Petersburg State University*

УДК 159.9+613.6.015

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ) БЕРЕМЕННЫХ**

### **PSYCHOLOGICAL FEATURES AND CHARACTERISTICS OF A HEALTHY LIFESTYLE OF PREGNANT WOMEN**

*Аннотация. В статье подчеркивается значимость сохранения здоровья будущих мам. Акцентируется внимание на формировании психологической безопасности женщин, отмечается важность проведения психопрофилактической работы с первых месяцев беременности. Приводятся данные эмпирического исследования индивидуально-психологических особенностей личности будущих матерей и факторов их образа жизни. Результаты показали, что адекватное восприятие социальной поддержки, высокий уровень субъективного контроля, позитивная самооценка женщины в этот период способствуют правильному отношению к своей беременности и стремлению вести здоровый образ жизни.*

*ABSTRACT. The article emphasizes the importance of preserving the health of pregnant women as carriers of health of the nation. The attention is focused on the formation of the psychological security of pregnant women. The importance of psycho-prophylactic work since the first months of pregnancy is noted. The data of empirical research of individual psychological characteristics of pregnant women and the factors of their lifestyles is presented. The study shows that the adequate perception of social support, a high level of subjective control, and positive self-esteem, displayed by a woman during pregnancy, contribute to adequate relation to pregnancy and the desire to live a healthy lifestyle.*

*Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, беременные, типы отношения к беременности.*

*KEYWORDS: health, healthy lifestyle, pregnant women, types of attitudes related to pregnancy.*

В настоящее время в России все большую актуальность приобретают проблемы сохранения репродуктивного здоровья нации. Поэтому в системе здравоохранения в рамках работы с беременными особое внимание уделяется профилактике и устранению пагубных привычек (курение, нездоровое питание, употребление психоактивных веществ), приводящих к ухудшению здоровья женщины и плода. Сохранение репродуктивного здоровья связано с культурой здорового образа жизни (ЗОЖ), включающей в себя правильное питание,

физические нагрузки, владение техниками релаксации и снятия излишней тревожности, а также обеспечение психологической безопасности.

В связи с проблемами организационного и законодательного характера в большинстве женских консультаций и родильных домах в России нет возможности оказания полноценной психологической помощи беременным. Сложившаяся в настоящее время система психологического сопровождения беременности и родов в учреждениях здравоохранения в первую очередь сосредоточена

на обеспечении процесса родов, вскармливания и ухода за детьми. При таком подходе практически невозможно уделить большое внимание страхам и тревогам женщин, вызванным проблемами экзистенциального характера, которые можно было бы избежать путем изменения образа жизни и формирования позитивного мышления.

Именно во время беременности, когда женщины максимально сосредоточены в первой ее половине на собственном здоровье [4], возможно формирование здоровых привычек, обеспечивающих долголетие всей семье. Снятие тревожности, характерной для беременных, способствует формированию адекватной оценки собственного здоровья и потребностей, более безболезненному протеканию процесса родов. Особенностью возникновения тревожности в условиях современного общества является наличие достаточно большого количества «факторов риска», представляющих опасность для физического и психического здоровья как детей, так и взрослых [3]. Именно поэтому особое внимание необходимо уделять психологической безопасности беременных.

Современной наукой практически доказано влияние психологического состояния на репродуктивную функцию, протекание беременности, самого процесса родов, частоту послеродовых депрессий и иных проблем, связанных с изменениями эмоциональной сферы и личностных характеристик женщин в период беременности [2].

Актуальность внедрения междисциплинарного подхода к проблемам в сфере акушерства и гинекологии отмечают многие российские и зарубежные клиницисты. Необходима психологическая профилактика отрицательных эмоций, тревожности, психического напряжения у беременных. К сожалению, жалобы женщин, носящие невротический характер, чаще всего игнорируются либо нейтрализуются симптоматическим лечением медикаментозными средствами.

При этом психологическая помощь при выявлении проблем, отражающихся на психосоматическом здоровье женщин в период беременности, позволяет значительно снизить количество назначаемых препаратов или обойтись немедикаментозными способами лечения.

Важность проведения психопрофилактической работы с первых месяцев беременности была подтверждена исследованием, проведенным в рамках научно-исследовательской работы авторов в апреле — сентябре 2015 года. Исследование проводилось в родильных домах и отделениях патологии беременности Ленинградской области.

Цель эмпирического исследования заключалась в изучении индивидуально-психологических особенностей личности будущих мам и характеристик внешних факторов их образа жизни.

Для этого были использованы следующие методы: тестирование по методикам «Опросник уровня субъективного контроля (УСК)» Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинда, «Многомерная шкала социальной поддержки (MSPSS)» Д. Зимет в адаптации В. М. Ялтонского, Н. А. Сироты, «Опросник исследования

самоотношения (МИС)» С. Р. Пантелеева, «Тест отношения к беременности» (ТОБ) Э. Г. Эйдмиллера, И. В. Добрякова, И. М. Никольской, «Шкала определения уровня реактивной и личностной тревожности (STAI)» Ч. Д. Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина; анкетирование по методикам «Здоровое поведение и образ жизни (ЗОЖ)» [1; 2; 5].

Для статистической обработки эмпирических данных применялись корреляционный анализ по критерию Rs Спирмена, сравнительный анализ по коэффициенту  $\phi^*$  Фишера.

Субъектами эмпирического исследования выступили женщины на разных сроках беременности, находившиеся на сохранении в стационарах указанных баз исследования. Объем выборки составили 38 беременных женщин в возрасте от 20 до 43 лет (средний возраст испытуемых — 31 год), из них первую беременность имели 53% (20 чел.), вторую — 32% (12 чел.), третью — 10% (4 чел.) и пятую — 5% (2 чел.). По семейному положению опрошенные распределились следующим образом: 55% (21 чел.) женщин состояло в зарегистрированном браке, 29% (11 чел.) женщин — в гражданском браке, 16% (6 чел.) женщин не имели мужей.

Процедура эмпирического исследования представляла собой письменное индивидуальное тестирование с использованием указанного выше набора диагностических методик. Среднее время проведения тестирования составило 100–120 минут. В связи с длительностью проведения тестирования процедура исследования была разбита на две части.

В качестве индивидуально-психологических особенностей личности, влияющих на изменение внешних факторов образа жизни женщин в период беременности, были рассмотрены:

- 1) уровень субъективного восприятия беременной оказываемой в данный период жизни социальной поддержки окружающих как мера содействия психологического и физического благополучия;
- 2) уровень субъективного контроля как мера ответственности за свою жизнь и жизнь плода;
- 3) уровень тревожности как мера чувствительности к опасности здоровью;
- 4) уровень самоотношения личности как показатель интегральной самооценки себя в перинатальный период жизни.

Основными гипотезами исследования выступили:

- 1) наличие взаимосвязей индивидуально-психологических особенностей личности женщин и типом отношения к беременности;
- 2) наличие взаимосвязей индивидуально-психологических особенностей личности беременных и факторов ЗОЖ;
- 3) наличие различий в характеристиках внешних факторов жизни беременных с разными индивидуально-психологическими особенностями личности.

Итак, в процессе математико-статистической обработки полученных в ходе исследования данных установлено наличие статистически значимой положительной связи между социальной поддержкой друзей и отношением к себе как к матери (0,420), отрицательной связи между социальной

поддержкой значимых других и отношением к беременной мужа (-0,335). Таким образом, ухудшение восприятия беременной отношения к себе со стороны мужа ведет к обострению восприятия социальной поддержки со стороны друзей, что способствует улучшению отношения беременной к материнству и к себе в роли матери (табл. 1).

Имеются статистически значимая положительная связь между оптимальным типом (0,335) и отрицательная связь между тревожным типом (-0,426) отношения к беременности и показателем «общей интернальности». Высокий уровень субъективного контроля и ответственности за свою жизнь позволяет женщине адекватно относиться к своей беременности, быть менее тревожной и испытывать меньшее нервно-психическое напряжение (табл. 2).

Существуют статистически значимые положительные связи между уровнем реактивной

тревожности и такими показателями отношения к беременности, как «отношение во время беременности к предстоящим родам», «отношение к беременной мужа», «отношение к беременной родственников», «отношение к беременной посторонних людей», «тревожный тип», «депрессивный тип»; между уровнем личностной тревожности и показателями отношения к беременности — «отношение к образу жизни во время беременности», «отношение к грудному вскармливанию», «депрессивный тип» (табл. 3).

Наличие высокого уровня ситуативной тревожности ведет к возникновению нервно-психической напряженности во время беременности по поводу будущих родов, неадекватному восприятию беременной отношения к ней со стороны мужа, родственников и посторонних людей (например, врачей), а также к формированию тревожного и депрессивного типа отношения к беременности.

Табл. 1

Корреляционные связи показателей и типов отношения к беременности и показателей субъективного восприятия социальной поддержки беременных окружающими

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)		
Показатели и типы отношения к беременности	Показатели субъективного контроля восприятия социальной поддержки	
	Друзей	Значимых других
Отношение к себе как к матери	0,420** (0,009)	–
Отношение к беременной мужа	–	-0,335* (0,040)

Примечание: \* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

Табл. 2

Корреляционные связи показателей и типов отношения к беременности и показателей субъективного контроля личности

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)	
Показатели и типы отношения к беременности	Показатель общей интернальности
Оптимальный тип отношения к беременности	0,335* (0,040)
Тревожный тип отношения к беременности	-0,426** (0,008)

Примечание: \* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

Табл. 3

Корреляционные связи показателей и типов отношения к беременности и показателей уровня тревожности

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)		
Показатели и типы отношения к беременности	Показатели уровня тревожности	
	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
Отношение к образу жизни во время беременности	–	0,384* (0,017)
Отношение во время беременности к предстоящим родам	0,330* (0,043)	–
Отношение к грудному вскармливанию	–	0,389* (0,016)
Отношение к беременной мужа	0,322* (0,049)	–
Отношение к беременной родственников и близких	0,328* (0,045)	–
Отношение к беременной посторонних людей	0,3678 (0,023)	–
Тревожный тип отношения к беременности	0,340* (0,037)	–
Депрессивный тип отношения к беременности	0,419** (0,009)	0,465** (0,003)

Примечание: \* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

Наличие высокого уровня личностной тревожности способствует возникновению нервно-психической напряженности в отношении образа своей жизни в период беременности, беспокойства относительно грудного вскармливания и формированию депрессивного отношения к беременности.

Выявлены статистически значимые положительные связи между компонентами личностного отношения и показателями и типами отношения к беременности, а именно между самоуверенностью, самооценностью, отраженным самоотношением и оптимальным типом отношения к беременности; между внутренней конфликтностью и отношением во время беременности к предстоящим родам, отношением к беременной мужа, родственникам, тревожным и депрессивным отношением к беременности; между самообвинением и отношением к своему ребенку, тревожным типом. Установлено наличие статистически достоверных отрицательных связей между самоуверенностью и отношением к беременной мужа, родственникам; между самооценностью и отношением к образу жизни, будущим родам во время беременности, отношением к беременной мужа, родственникам и тревожным типом отношения к беременности; между отраженным самоотношением и отношением к грудному вскармливанию, депрессивным типом отношения к беременности; между самопринятием и отношением к материнству; между самопривязанностью и отношением к грудному вскармливанию; между внутренней конфликтностью и оптимальным отношением к беременности.

Ощущение ценности собственной личности способствует оптимальному и менее тревожному отношению к беременности, адекватному восприятию беременной отношения к ней со стороны мужа и родственников, конструктивному отношению к образу жизни во время беременности и к предстоящим родам.

Наличие у беременной представлений о себе как о способной вызывать у других уважение и симпатию формирует оптимальное и менее депрессивное отношение к беременности и менее тревожное отношение к грудному вскармливанию.

Высокий уровень самопринятия и симпатия к себе способствует снижению нервно-психического напряжения в отношении предстоящего материнства и тревожного восприятия себя в качестве будущей матери.

Высокая выраженность желания изменяться, приспосабливаться к новому состоянию формирует более адекватное отношение к грудному вскармливанию.

Наличие внутренних конфликтов и несогласия с собой ведет к снижению оптимального и повышению тревожного и депрессивного отношения к беременности, нервно-психической напряженности по поводу предстоящих родов, неадекватному восприятию беременной отношения к ней со стороны мужа и родственников.

Выраженность негативных эмоций в оценке себя содействует более тревожному отношению к беременности и возникновению тревоги и беспокойства по отношению к своему ребенку.

Позитивное самоотношение женщины в период беременности способствует более адекватному и конструктивному восприятию беременности, плода и образа жизни в данный период.

Далее были выявлены статистически значимые корреляционные связи между показателями социальной поддержки и факторами ЗОЖ, а именно положительные связи между факторами «курение» (социальная поддержка семьи 0,538, друзей 0,431, значимых других 0,421), «безопасность» (социальная поддержка семьи 0,412, друзей 0,416, значимых других 0,451) и всеми показателями социальной поддержки, между фактором «стресс-контроль» и поддержкой, оказываемой значимыми другими (0,350) (табл. 4).

Соответственно социальная поддержка семьи, друзей и других значимых близких способствует стремлению беременной женщины избавиться или снизить частоту курения и повысить безопасность жизнедеятельности, кроме того, социальная поддержка от значимых других помогает контролировать стресс и факторы, его вызывающие.

Установлено наличие статистически значимых положительных корреляционных связей показателя общей интернальности с такими факторами ЗОЖ, как «рациональное питание» (0,520) и «физическая нагрузка» (0,435). Следовательно, благодаря высокому уровню ответственности за собственную жизнь женщина стремится рационально питаться и вести физически активный образ жизни во время беременности (табл. 5).

Наличие статистически достоверных корреляционных связей между уровнем реактивной и личностной тревожности и факторами ЗОЖ не обнаружено, что говорит о том, что ни уровень тревоги как

Табл. 4

Корреляционные связи факторов ЗОЖ и показателей субъективного восприятия социальной поддержки беременных окружающими

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)			
Показатель ЗОЖ	Показатели субъективного контроля восприятия социальной поддержки		
	Семья	Друзей	Значимых других
Курение	0,538** (0,001)	0,431** (0,007)	0,421** (0,009)
Стресс-контроль	–	–	0,350* (0,031)
Безопасность	0,412* (0,010)	0,416** (0,009)	0,451** (0,005)

Примечание: \* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

Корреляционные связи факторов ЗОЖ и показателей субъективного контроля личности

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)		
Показатель субъективного контроля	Показатели выраженности факторов ЗОЖ	
	Рациональное питание	Физическая нагрузка
Общая интернальность	0,520** (0,001)	0,435** (0,006)

Примечание: \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

Корреляционные связи факторов ЗОЖ и показателей самооотношения личности и его компонентов

Эмпирическое значение критерия Rs Спирмена (уровень статистической значимости, p)			
Показатели самооотношения личности	Показатели выраженности факторов ЗОЖ		
	Рациональное питание	Физическая нагрузка	Безопасность
Самоуверенность	0,394* (0,015)	0,424** (0,008)	–
Самоценность	0,327* (0,045)	–	–
Отраженное самооотношение	–	–	–0,339* (0,037)
Самопривязанность	–	0,365* (0,024)	–0,350* (0,031)

Примечание: \* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,05$ ; \*\* — корреляции, значимые на уровне  $p \leq 0,01$ .

состояния, ни уровень тревожности как личностное свойство не связаны со стремлением беременной женщины вести ЗОЖ в данный период.

Имеются статистически значимые положительные связи между показателями «самоуверенность» (0,394), «самоценность» (0,327) и фактором «рациональное питание», между показателями «самоуверенность» (0,424), «самопривязанность» (0,365) и фактором «физическая нагрузка», а также статистически значимые отрицательные связи между показателями «отраженное самооотношение» (–0,339), «самопривязанность» (–0,350) и фактором «безопасность». Таким образом, высокий уровень самоуважения, уверенности, признания самоценности и своей индивидуальности, желания измениться в соответствии с новым состоянием побуждают женщину рационально питаться, быть физически активной. В то же время стремление беременной вызывать в других симпатию и уважение к себе и желание измениться в соответствии со своим состоянием приводят к тенденции не соблюдать безопасность жизнедеятельности (табл. 6).

В ходе исследования было обнаружено, что беременные с низким уровнем интернальности и ответственности за собственную жизнь в качестве основного источника получения информации о ЗОЖ используют интернет-блоги и форумы. Данный фактор нельзя рассматривать как имеющий позитивную нагрузку, так как информация в указанных источниках не всегда бывает правдивой и достоверной.

Женщины с высоким уровнем интернальности и ответственности за собственную жизнь чаще признают наличие у себя до беременности заболеваний пищеварительного тракта. Поэтому у них сильнее выражено стремление вести ЗОЖ, соблюдать правильное и рациональное питание, быть физически

активными, бороться со стрессом и отказаться от вредных привычек. Кроме того, в качестве средств стресс-контроля они избирают физические нагрузки в виде гимнастики и прогулок, а также считают, что общение с психологом позволит им справиться со стрессом. Таким образом, наличие высокого уровня субъективного контроля «обязывает» женщину в период беременности стремиться приблизить свой образ жизни к более здоровому.

Беременные с высоким уровнем ситуативной тревожности указывают, что основным источником информации о ЗОЖ для них является лечащий врач и сотрудники центра здоровья, кроме того, они считают, что информация о ЗОЖ должна содержаться в газетах и журналах. А имеющие высокий уровень личностной тревожности в качестве средства борьбы со стрессом предпочитают прослушивание классической музыки.

Беременные с низким уровнем реактивной тревожности думают, что рекомендации по ЗОЖ должны быть представлены в специализированных брошюрах и буклетах, их можно получить на курсах, семинарах и тренингах, предназначенных для беременных. Также они чаще признают наличие у себя до беременности заболеваний, связанных с обменом веществ, а именно сахарного диабета. В качестве способа контроля стресса называют общение с психологом.

Женщины, стремящиеся соответствовать социальным нормам, полагают, что важной составляющей ЗОЖ является борьба со стрессом. Беременные, стремящиеся ориентироваться на собственное видение ситуации, основным способом борьбы со стрессом считают общение с родными и близкими. Неуверенные в себе и своих способностях чаще признают наличие заболеваний до беременности (а именно повышенное артериальное давление).

В качестве средства контроля стресса указывают физические нагрузки (прогулки) и чтение.

Будущие матери, полагающие, что они неспособны вызвать уважение и симпатию у других людей, для получения информации о ЗОЖ обращаются к газетам и журналам. Те, кто сомневается в собственной ценности и уникальности, с большей готовностью признают наличие у себя заболеваний до беременности (заболеваний органов пищеварения).

Беременные с негативной оценкой себя и чрезмерно критичные к себе считают, что для преодоления стресса лучше всего подходит прослушивание классической музыки. Желющие изменяться в соответствии с ситуацией беременности в качестве главного источника информации о ЗОЖ рассматривают газеты и журналы. Положительно воспринимающие себя черпают информацию о ЗОЖ из теле- и радиопередач, кроме того, они хотели бы получать знания о ЗОЖ на курсах, семинарах и тренингах, предназначенных для беременных, думают, что для ведения ЗОЖ важно соблюдать правильное и рациональное питание, бороться со стрессом и отказаться от вредных привычек. Но главной составляющей ЗОЖ видят физическую активность. Беременные, ощущающие удовлетворенность собой, в качестве способа борьбы со стрессом признают физические нагрузки, в первую очередь прогулки.

Беременные и с низким, и с высоким уровнем развития самооотношения стремятся приблизить свой образ жизни к здоровому. Однако следует указать, что женщины с позитивным самооотношением полагают, что это стремление должно быть связано

с более активными действиями со стороны самой беременной.

Результаты проведенного эмпирического исследования показали:

1. Адекватное восприятие социальной поддержки со стороны родных, друзей и других значимых людей как меры содействия психологическому и физическому благополучию женщины улучшает отношение к составляющим беременности и помогает вести ЗОЖ в период беременности.

2. Высокий уровень субъективного контроля как мера ответственности за свою жизнь и будущее плода способствует более адекватному восприятию беременности, заставляет женщину вести ЗОЖ в период беременности.

3. Наличие позитивного самооотношения у женщины в период беременности способствует и более адекватному восприятию, и более конструктивному отношению к беременности, к плоду и образу жизни в данный период. Высокая самооценка в период беременности побуждает женщину вести ЗОЖ.

Во время беременности происходит не только перестройка организма женщины, но и временное изменение ранее сложившихся психологических структур, возникают новые образования, закладываются основы сознательного поведения в новом качестве, формируется отношение к собственному здоровью. Как показало проведенное исследование, беременные особенно остро нуждаются в проведении целенаправленной работы по вопросам поддержания здорового образа жизни в современных условиях.

1. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. проф. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2011. 950 с.
2. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2010. 864 с.
3. Костина Л. М. Подходы к формированию психологической безопасности личности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2012. Вып. 2, т. 18. с. 72–75.
4. Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология родительства — новые области исследования в психологии // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010. № 1. С. 4–17 [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.perinataljourn.ru/perinataljourn\\_ru/files/a3d071887eb43329a93981d483c6aadf/ppprs\\_2010\\_1\\_Filippova\\_1.pdf](http://www.perinataljourn.ru/perinataljourn_ru/files/a3d071887eb43329a93981d483c6aadf/ppprs_2010_1_Filippova_1.pdf). (дата обращения 26.05.16).
5. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006, 352 с.

#### References

1. *Diagnostika zdorov'ya. Psikhologicheskii praktikum* [Health diagnostics. Psychological practicum]. G. S. Nikiforov (ed.). St. Petersburg: Rech Publ., 2011. 950 p. (In Russian).
2. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. B. D. Karvasarskiy (ed.). St. Petersburg: Piter Publ., 2010. 864 p. (In Russian).
3. Kostina L. M. Podkhody k formirovaniyu psikhologicheskoy bezopasnosti lichnosti [Psychological approaches to the formation of human security]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsialnoy raboty — Scientific Notes Journal of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*, 2012, 2 (18), pp. 72–75 (in Russian).
4. Filippova G. G. Perinatalnaya psikhologiya i psikhologiya roditelstva — novye oblasti issledovaniya v psikhologii [Perinatal psychology and psychology of parenthood — new areas of research in psychology]. *Perinatalnaya psikhologiya i psikhologiya reproduktivnoy sfery — Perinatal Psychology and Psychology of Reproductive Sphere*, 2010, 1 (1), pp. 4–17 (in Russian). Available at: [http://www.perinataljourn.ru/perinataljourn\\_ru/files/a3d071887eb43329a93981d483c6aadf/ppprs\\_2010\\_1\\_Filippova\\_1.pdf](http://www.perinataljourn.ru/perinataljourn_ru/files/a3d071887eb43329a93981d483c6aadf/ppprs_2010_1_Filippova_1.pdf). (accessed 26.05.16).
5. Eydemiller E. G., Dobryakov I. V., Nikolskaya I. M. *Semeynyy diagnost i semeynaya psikhoterapiya* [Family diagnosis and family psychotherapy]. St. Petersburg: Rech Publ., 2006. 352 p. (In Russian).