

Психолог

Правильная ссылка на статью:

Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С. — Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовой период // Психолог. – 2023. – № 3. DOI: 10.25136/2409-8701.2023.3.38268 EDN: RUZMKX URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=38268

Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовой период

Кузьмина Анна Сергеевна

кандидат психологических наук

доцент кафедры клинической психологии Алтайский государственный университет

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

✉ annakuz87@yandex.ru



Прайзендорф Екатерина Сергеевна

ORCID: <https://orcid.org/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



[Статья из рубрики "Клиническая психология"](#)

DOI:

10.25136/2409-8701.2023.3.38268

EDN:

RUZMKX

Дата направления статьи в редакцию:

14-06-2022

Аннотация: Предмет исследования — тревожно-депрессивная симптоматика женщин в послеродовой период. Целью исследования стало выявление взаимосвязей тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовом периоде и типа отношения к беременности. Автором определены различия в тревожно-депрессивной симптоматике у женщин с разным типом проживания и применением родовспоможения. Получены результаты о взаимосвязи тревоги и депрессии с типом отношения к беременности у женщин в послеродовом периоде. Методология исследования: типология психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова. Эмпирическая

база исследования: исследование проведено на базе КГБУЗ «Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства» с женщинами, находящимися в раннем послеродовом периоде. Теоретически обосновано и эмпирически доказано существование взаимосвязей между появлением тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовом периоде и типом отношения к беременности. Определены качественные характеристики различий типа отношения к беременности у женщин с различным типом проживания и применением родовспоможения. Основные выводы исследования представлены в положениях. Тревожная симптоматика в послеродовый период более характерна женщинам из сельской местности. Женщинам, перенесшим естественные роды, более характерно переживать депрессию и тревогу в послеродовый период. Сельским женщинам более характерен гипогестогнозический тип отношения к беременности, городским женщинам - депрессивный тип отношения к беременности. Тревожный и депрессивный типы отношения к беременности, связанные с опасениями, выраженными страхами, плаксивостью являются факторами риска к развитию тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовый период.

Ключевые слова:

Беременность, Психология беременности, отношение к беременности, гестационная доминанта, Естественные роды, Послеродовый период, Тревога, Депрессия, Тревожно-депрессивная симптоматика, Подготовка к родам

Результаты исследований получены при финансовой поддержке внутриуниверситетского гранта для молодых научно-педагогических работников ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет» «Когнитивные установки в структуре самосознания беременных женщин и женщин в послеродовой период в условиях распространения коронавирусной инфекции в контексте здоровьесберегающих технологий», 2021

Проблема изучения тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовый период и особенностей ее взаимосвязи с типом отношения к беременности в настоящее время приобретает все большую значимость и представляет собой важную область исследований, расположенную на стыке медицины, перинатальной и клинической психологии [\[4, 9, 12\]](#). Послеродовый период - это новый этап в жизни женщины, обретение иной женской идентичности, время эмоционального и психологического переворота, и протекание этого периода в значительной степени связано с спецификой отношения женщины во время беременности к себе и своему состоянию [\[6, 16\]](#).

Кроме того, психологическое здоровье женщины в послеродовом периоде и особенности ее эмоционально фона определяет здоровье ребенка и особенности его развития. Тревожно-депрессивная симптоматика в послеродовом периоде опасна и в связи с риском возникновения послеродовой депрессии, суицидальных наклонностей и самоповреждения женщин [\[3, 20, 21\]](#).

Послеродовая депрессия одна из самых социально значимых и часто встречающихся проблем, существенно влияющих на здоровье матери и на многие аспекты ее жизни: на семью в целом, родных и близких и особенно на ребенка. Анализ научных источников свидетельствует о том, что типичный депрессивный эпизод переживают 10 – 15 % женщин по всему миру после рождения ребенка [\[5, 23, 24\]](#). Депрессивное расстройство для женщин может перерасти в существенную проблему, поскольку адекватная помощь

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 [\[10, 15, 17\]](#).

Поведение женщины, ее переживания во время беременности приобретают специфичность в связи с особенностями ее личностного склада и отношения к беременности. Первая беременность обозначается часто как критический момент в развитии женской идентичности, некоторая точка невозврата к прежним отношениям с собой и окружающим миром [\[1, 8, 22\]](#).

Современные тенденции развития психологической науки выводят на понимание периода беременности как особого периода в жизни женщины, акцентируя внимание на трансформационных процессах, связанных с изменением образа жизни: меняется социальная ситуация развития личности, происходит смена ролей, изменяется круг лиц, включенных во взаимодействие, весь спектр решаемых проблем и возможностей, образ жизни в целом [\[11, 18, 19\]](#).

В целом, на сегодняшний день определяется разнонаправленный подход к изучению проблем материнства, обобщающий различные научные направления. Так, фундаментальные аспекты взаимодействия матери и ребенка в раннем онтогенезе представлены в трудах Г.Г. Филипповой, Н.Н. Авдеевой, Г.В. Скобло и др.; изучением особенностей эмоционального состояния беременных женщин занимались А.С. Батуев, А.И. Захаров и др.; вопросы материнского отклоняющегося поведения рассмотрены в работах В.И. Брутман, О.В. Баженова, А.Я. Варга и др; индивидуальные личностные трансформации, обусловленные новым родительским статусом изучены О.А. Карабановой, С.Ю. Мещеряковой и др. В большинстве современных научных трудов, связанными с важнейшими аспектами беременности, родов и материнства авторы в качестве методологической основы опираются на зарубежные психологические концепции З. Фрейда, К. Хорни, Дж. Боулби, Д.В. Винникота, М. Кляйн, М. Эйнворт.

Исследования в области проявления невротических реакций во время беременности и послеродовой период также представлены в науке. Так, часть авторов указывают на то, что причиной, которая способствует возникновению послеродовой депрессии является пережитая боль и перенесенный стресс J.C. Eisenach, J. Kountanis, S.A. Freedman. Видна тенденция разделения невротических расстройств у женщин на три направления: депрессивное, тревожно-депрессивное и депрессивное с явлениями навязчивости, представленная в трудах И.А. Колесникова, П.П. Балашова, А.Б. Смулевич и др. И.В. Добряков указывает на сложность диагностики депрессии ввиду того, что некоторые симптомы данного расстройства могут быть присущи и совершенно здоровым женщинам.

В перинатальной психологии существуют различия в подходах к выбору основания отношения к беременности. В целом, выделение типовых вариантов отношения к беременности проводится на основе анализа особенностей реагирования личности матери на собственное Я, на беременность, на окружающую реальность и на круг субъективно значимых в этой связи лиц и ситуаций.

Г.Г. Филиппова вводит понятие стиля переживания беременности. Выделяя 6 стилей переживания беременности [\[21\]](#):

1. Адекватный стиль:

2. Тревожный стиль переживания беременности:

3. Эйфорический стиль переживания беременности:
4. Игнорирующий стиль:
5. Амбивалентный стиль:
6. Отвергающий стиль.

Центральным понятием работы является определение типа отношения к беременности, который в методологии И.В. Добрякова определяется через психологический компонент гестационной доминанты.

И.В. Добряков в своих работах указывает на возникновении при беременности гестационной доминанты, имеющей психологический и физиологический компоненты [7]. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода, на вынашивание, а затем рождение и заботу о ребенке [13]. Психологический компонент гестационной доминанты И.В. Добряков определяет, как совокупность механизмов психической саморегуляции, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития ребенка, формирующую отношение женщины к беременности и ее поведение в этот период [7, 14].

В своих работах И.В. Добряков выделяет 5 типов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный, которые образуют уникальный для каждой женщины профиль типа отношения к беременности, раскрывающийся через совокупность шкал методики И.В. Добрякова.

При оптимальном типе беременность, как правило, является желанной. Женщина положительно относится к факту своей беременности, своевременно встает на учет в женскую консультацию и выполняет рекомендации врача. Такие женщины уверены в собственной родительской компетентности, без лишней тревоги ожидают родов и постепенно перестраивают свой образ жизни.

При гипогестогнозическом типе женщина старается игнорировать соматические изменения, связанные с беременностью. Такие женщины стараются не менять свой образ жизни, часто ущемляя интересы ребенка.

При эйфорическом типе беременности фон настроения женщины повышен на протяжении всей беременности. Такие женщины с удовольствием изменяют образ жизни, как только узнают о беременности, требуют от близких особой заботы и внимания, выполнения всех их капризов, но при возникновении осложнений женщина оказывается не готовой к конструктивным действиям.

Женщины с тревожным типом с самого начала беременности испытывают высокий уровень тревоги и напряжения, нередко имеют выраженные страхи, их постоянно тревожит здоровье ребенка, его благополучие. После родов такие женщины продолжают постоянно беспокоиться о благополучии ребенка, сомневаться, все ли она делает правильно [2].

При депрессивном типе у женщины на протяжении всей беременности сохраняется подавленное состояние, плаксивость, ей может казаться, что беременность сильно ее испортила, нарушила отношения с мужем. Такие женщины не имеют представлений о

ребенке, однако им может казаться, что непременно будет неполноценным. Они уверены в том, что не справятся с ролью матери [4, 7].

Итак, различные типы отношения к беременности определяют направленность и выраженность реакций организма беременной женщины на создание оптимальных условий для внутриутробного развития ребенка.

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

В связи вышесказанным представляется значимым изучение тревожно-депрессивной симптоматики женщин в послеродовом периоде во взаимосвязи с типом отношения к беременности.

Целью исследования стало выявление взаимосвязей тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовом периоде и типа отношения к беременности.

Предмет исследования — тревожно-депрессивная симптоматика женщин в послеродовый период.

Научная новизна исследования. Теоретически обосновано и эмпирически доказано существование взаимосвязей между появлением тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовом периоде и типом отношения к беременности. Определены качественные характеристики различий в тревожно-депрессивной симптоматике и типа отношения к беременности у женщин с различным типом проживания, и наличием родовспоможения.

Методология исследования: типология психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова.

Важным понятием в работе выступает понятие психологического компонента гестационной доминанты, который операционализирован через отношение женщины к своей беременности.

Гипотезой исследования выступило предположение о наличии различий в типах отношения к беременности у женщин в послеродовый период в зависимости от типа проживания и применения родовспоможения и наличии взаимосвязей тревоги и депрессии с типом отношения к беременности у женщин в послеродовом периоде.

Эмпирическая база исследования: исследование проведено на базе КГБУЗ «Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства» с женщинами, находящимися в раннем послеродовом периоде. Респондентами стали 120 женщин, средний возраст $22,3 \pm 8,2$. Послеродовый период от одного до семи дней с момента родов. Анкетные данные выявили тип проживания женщин (город и село), наличие родовспоможения (естественные роды, плановое кесарево сечение, экстренное кесарево сечение).

Для наглядного представления эмпирической базы исследований представим таблицу.

Таблица 1.

Описание выборочной совокупности

Наименование	Критерий	Количество, %
Тип проживания	город	61,7
	село	38,3
	Итого	100
Наличие родовспоможения в родах	естественные роды	73,3
	плановое кесарево сечение	15,8
	экстренное кесарево сечение	10,9
	Итого	100

Методы и методики исследования:

Анкета, выявляющая возраст, семейное положение, наличие родовспоможения, тип проживания.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS). Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Thehospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики.

Тест отношений беременной– ТОБ(б) (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.), который содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта:

А. Отношение женщины к себе беременной.

Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя».

В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

I. Отношение к беременности.

II. Отношение к образу жизни во время беременности.

III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать-дитя») содержит разделы:

I. Отношение к себе как к матери.

II. Отношение к своему ребенку.

II. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами:

I. Отношение ко мне, беременной, мужа.

II. Отношение ко мне, беременной, родственников и близких.

III. Отношение ко мне, беременной, посторонних людей. Тест приводится полностью.

В результате обработки теста получается индивидуальный профиль отношения к беременности, который содержит пять шкал, определяющих выраженность типов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический. Таким образом результаты теста по каждой женщине включают индивидуальный профиль, отражающий выраженность 5 типов отношения к беременности.

Методы математико-статистической обработки данных: однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, Т-критерий Стьюдента, корреляционный анализ Спирмена.

С помощью t-критерия Стьюдента выявлены различия по тревожно-депрессивной симптоматики и типам отношения к беременности у женщин с разным типом проживания (см. таб. 2, рис. 1, 2).

Таблица 2.

Результаты t-критерия Стьюдента у женщин в послеродовой период в зависимости от типа проживания

	проживание	N	Mean	Std. Deviation	p
оптимальный	город	74,00	4,17	1,50	0,31
	село	46,00	3,85	1,54	
гипогестогнозический	город	74,00	0,47	0,70	0,05*
	село	46,00	1,05	1,09	
эйфорический	город	74,00	3,02	1,60	0,27
	село	46,00	2,66	1,54	
тревожный	город	74,00	1,10	1,22	0,33
	село	46,00	1,32	1,01	
депрессивный	город	74,00	0,25	0,44	0,05*
	село	46,00	0,12	0,33	
Тревога	город	74,00	7,27	3,97	0,05*
	село	46,00	8,49	4,59	
Депрессия	город	74,00	6,05	3,59	0,16
	село	46,00	7,17	4,35	

Условные обозначения: N – объем выборки, M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости, * – уровень значимости $p=0,05$.



Рисунок 1. Сравнительный анализ средних значений по тревожной симптоматике у женщин в послеродовой период в зависимости от типа проживания, $p=0,05$.

Анализ рисунка 1 показал, что сельским женщинам достоверно более характерно в ранний послеродовой период испытывать повышенную тревогу. Они испытывают напряжение, беспокойные мысли крутятся в их голове, испытывают волнение и страх, крайне озабочены организацией в их отсутствии домашнего быта и хозяйства, переживают и думают о том, что может произойти что-то ужасное. Их волнуют и вопросы оказания медицинской помощи им и ребенку. Возможно, это может связано с трудностями получения медицинских услуг в сельской местности.

Рисунок 2 демонстрирует достоверные различия в типах отношения к беременности у женщин в послеродовой период в зависимости от типа проживания.

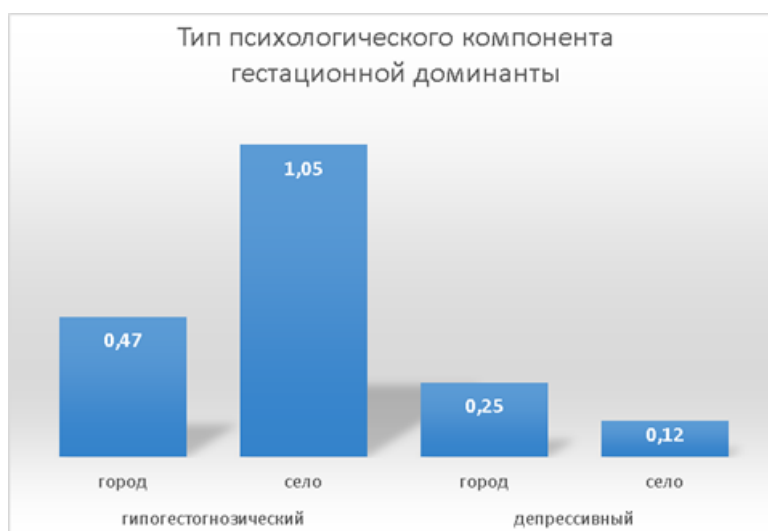


Рисунок 2. Сравнительный анализ средних значений показателей типов отношения к беременности у женщин в послеродовой период в зависимости от типа проживания, $p=0,05$.

Анализ рисунка 2 показал, что сельским женщинам достоверно более характерен гипогестогнозический тип отношения к беременности, при котором женщины склонны недооценивать важность и серьезность происходящего с ними. После родов они не склонны менять свой образ жизни. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, старшим детям). Для городских женщин достоверно более характерен депрессивный тип отношения к беременности, депрессивные переживания проявляются, прежде всего, в резко сниженном фоне настроения беременных. Так, женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь, не хочет его, не верит в

свою способность вырастить здорового ребенка. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции у женщин высокими значениями по шкале депрессивный тип отношения к беременности.

Приведем результаты сравнительного анализа наличия тревожно-депрессивной симптоматики и отношения к беременности у женщин в послеродовой период в зависимости от в зависимости от применения родовспоможения (естественные роды, плановое кесарево сечение, экстренное кесарево сечение).

Результаты однофакторного дисперсионного анализа ANOVA представлены в таблице 4 на рисунках 4, 5.

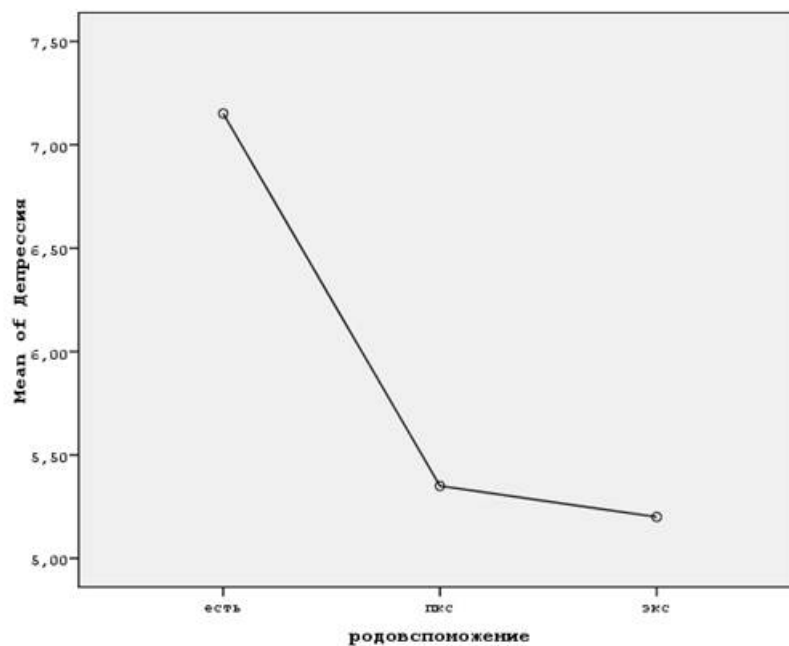
Таблица 4

Результаты однофакторного ANOVA у женщин с разным типом применения родовспоможения в ранний послеродовой период

Показатель	Тип родов	Среднее значение	F	p
Депрессия	Естественные роды	7,3	3,15	0,01**
	Плановое кесарево сечение	5,3		
	Экстренное кесарево сечение	5,2		
Тревога	Естественные роды	8,4	2,67	0,05*
	Плановое кесарево сечение	6,53		
	Экстренное кесарево сечение	6,6		

Условные обозначения: F – сила различий, p – уровень значимости * – уровень значимости p=0,05, ** – уровень значимости p=0,01,

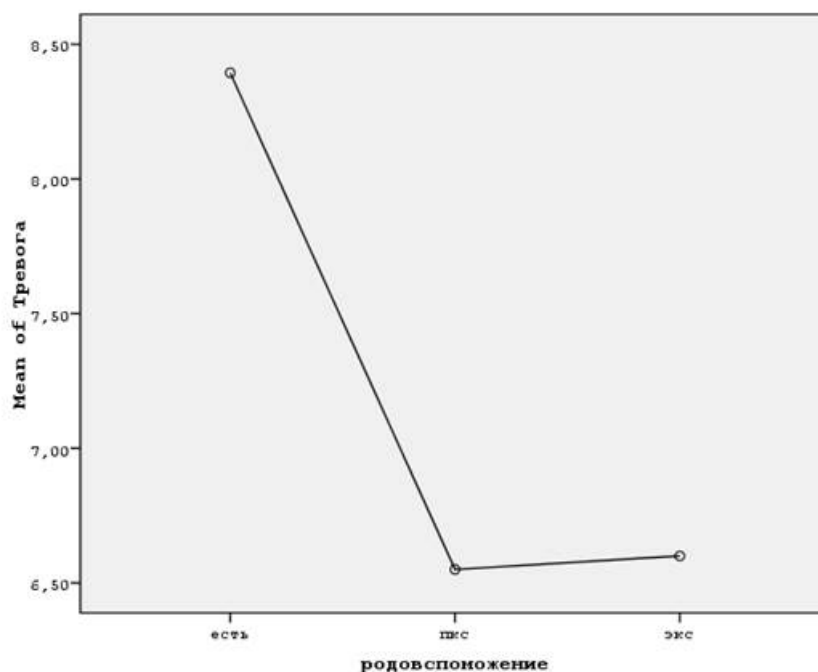
Как видно из рисунка 4 наиболее высокие значения по шкале депрессии получены у женщин, родивших ребенка без применения родовспоможения.



Условные обозначения: е – естественные роды, пкс – плановое кесарево сечение, экс – экстренное кесаре сечение

Рисунок 4. Сравнительный анализ средних значений по показателю депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период в зависимости от применения родовспоможений, $p=0,05$

Рисунок 5 демонстрирует более высокие значения по шкале тревоги у женщин, родивших ребенка без применения родовспоможения.



Условные обозначения: е – естественные роды, пкс – плановое кесарево сечение, экс – экстренное кесаре сечение

Рисунок 5. Сравнительный анализ средних значений по показателю тревожной симптоматики у женщин в послеродовой период в зависимости от применения родовспоможения, $p=0,05$

Женщинам, перенесшим естественные роды, более характерно переживать депрессию и тревогу в послеродовой период, что связано с их высокой личной ответственностью и активным участием в родах, а также с недостаточной психологической подготовкой к родам.

Анализ анкетных данных показал, что только 16% женщин посещали курсы дородовой подготовки, и чаще всего это женщины с плановым кесаревым сечением, которые готовятся к родам и материнству более тщательно.

Корреляционный анализ Спирмена показал наличие положительной взаимосвязи шкалы тревоги с показателем по шкале тревожный тип отношения к беременности ($r=0,421$; $p=0,01$) и отрицательной взаимосвязи с показателем по шкале оптимальный тип отношения к беременности ($r=-0,348$; $p=0,01$).

Получены положительные взаимосвязи шкалы депрессии с такими шкалами типов отношения к беременности, как тревожный ($r=0,564$; $p=0,01$), депрессивный ($r=0,462$; $p=0,01$), и отрицательная взаимосвязь с эйфорическим типом отношения к беременности ($r=-0,521$; $p=0,05$).

Появление тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период взаимосвязано с типом психологического компонента гестационной доминанты. Принятие женщиной беременности, физиологических изменений, связанных с беременностью, положительный эмоциональный фон, уверенность в собственной родительской компетентности способствуют устойчивости к развитию тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период. Тревожный и депрессивный типы отношения к беременности, связанные с опасениями, выраженными страхами, плаксивостью способствуют развитию тревожно-депрессивной симптоматики в послеродовой период.

Таким образом, в работе сделаны следующие выводы:

1. Тревожная симптоматика в послеродовой период более характерна женщинам из сельской местности, что может быть связано с трудностями получения медицинских услуг в сельской местности, в связи с чем повышается тревога о своем здоровье и здоровье ребенка. Женщинам, перенесшим естественные роды, более характерно переживать депрессию и тревогу в послеродовой период, что связано с их высокой личной ответственностью и активным участием в родах, а также с недостаточной психологической подготовкой к родам. Женщинам с плановым кесаревым сечением характерен наиболее низкий уровень тревожно-депрессивной симптоматики.
2. Сельские женщины имеют более высокие показатели по гипогестогнозическому типу отношения к беременности, городские женщины имеют более высокие показатели по депрессивному типу отношения к беременности.
3. Тревожный и депрессивный тип отношения к беременности, связанные с опасениями, выраженными страхами, плаксивостью являются факторами риска к развитию тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период. Оптимальный тип отношения к беременности наиболее благоприятен для эмоционального благополучия женщин в послеродовой период.

Проведенное исследование показывает качественные различия тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в связи с наличием применения наличия родовспоможения и типом проживания. Выявлены различия в типах отношения к беременности у женщин с

разным типом проживания. Проанализированы взаимосвязи тревоги и депрессии с типом отношения к беременности у женщин в послеродовом периоде.

Результаты исследования демонстрируют, что тип отношения к беременности выступает фактором риска для развития тревожно-депрессивной симптоматики в послеродовом периоде.

Перспективы дальнейшего исследования могут быть связаны с изучением различий тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в связи с наличием хронических заболеваний, осложнений в родах, наличием детей, характеристикой супружеских отношений.

Результаты данного исследования могут быть полезны медицинским психологам для организации программы психологического сопровождения беременных женщин в части проведения психологического образования женщин на этап планирования беременности и подготовки к родам. Интересными результаты могут быть и акушерам-гинекологам в выборе оптимальных способов взаимодействия при формировании перинатального комплаенса в родах.

Библиография

1. Ахмадеева Э.Н., Еникеева Ю.Д. Сравнительная оценка компонентов жизни родильниц в послеродовом периоде в зависимости от способа родоразрешения // Проблемы женского здоровья. 2012. Т. 7. № 4. С. 27-33.
2. 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.
3. Галютдинова С.И., Кутушева Р.Р., Гумерова Р.Б. Психологическая готовность беременных женщин к родительству // Российский гуманитарный журнал. 2016. Т. 5. № 2. С. 243-250.
4. 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.
5. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2015. № 3. С. 58-69.
6. 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.
7. Добряков И.В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург: Питер, 2010. С. 272.
8. Емельянова Д.И. Качество жизни, связанное со здоровьем, и уровень тревоги и депрессии у женщин, беременность которых протекает на фоне артериальной гипертензии (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2014. № 2. С. 36-41.
9. 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.
10. Ивашиненко Д.М., Култыгина С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 18 (3).

С. 233-234.

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. 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.
<https://doi.org/10.26516/2304-1226.2018.24.45>
13. 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.
14. Коргожа М.А. Динамика эмоциональных состояний у женщин в послеродовом периоде: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2019. С. 205.
15. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия-центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень Сибирской медицины. 2015. Т. 4. № 6. С. 5-24.
16. 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.
17. 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.
18. Медведев Д. А., Малышева Д. С. Внутренний мир беременной женщины в возрасте ранней взрослости // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2017. Т. 22. С. 30–41.
19. 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. doi: 10.17816/JOWD67419-29
20. Рязанова О.В. Влияние анестезиологической стратегии при родоразрешении на развитие послеродовой депрессии: дис. ... док. мед. наук.-Санкт-Петербург, 2021.-С. 213.
21. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Юрайт, 2018. 212 с.
22. 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.
23. 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.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. ACOG committee opinion № 757 // Obstet Gynecol. 2018. Vol. 132. Pp. 208-212

Результаты процедуры рецензирования статьи

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

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

Данная статья выполнена на тему, которая, судя по названию работы, должна внести нечто новое в теоретические представления о понимании проблемы послеродовой депрессии. Автор верно обращает внимание на то, что проблема изучения тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период и особенностей ее взаимосвязи с типом психологического компонента гестационной доминанты в настоящее время приобретает все большую значимость и представляет собой важную область исследований, расположенную на стыке медицины, перинатальной и клинической психологии. Обращается внимание на то, что послеродовая депрессия одна из самых социально значимых медицинских проблем, существенно влияющая на здоровье матери и на многие аспекты ее жизни: на семью в целом, родных и близких и особенно на ребенка. Все это верно и достаточно хорошо известно. В самой статье приводятся сведения из литературы на эту тему. Поэтому возникает вопрос об актуальности исследования. Складывается впечатление, что автор обоснованию актуальности исследования уделил явно недостаточное внимание. Необходимо доработать введение с тем, чтобы актуальность исследования именно заявленного предмета была более убедительной.

Речь идет о предмете исследования, который определен автором как «психологический компонент гестационной доминанты». Обращает внимание некорректность данной формулировки, она непонятна по смыслу. Поэтому весь текст воспринимается вне связи с самым главным компонентом – предметом исследования.

Цель исследования сформулирована понятным образом и возражений не вызывает. Однако эту формулировку целесообразно упростить и увязать ее с предметом исследования. Пока формулировка цели представлена очень широко и включает в себя задачи исследования.

Несмотря на то, что формулировка научной новизны представлена в декларативном виде, с ее содержанием можно согласиться. Может быть из него целесообразно убрать слово «впервые». Но это на усмотрение автора.

В качестве методологического основания автор отмечает культурно-историческую теорию психического развития человека Л.С. Выготского, теоретические положения Г.Г. Филипповой в отношении стилей переживания беременности, типологию психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова. В данном случае целесообразно пояснение, что автор имеет в виду из теории Л.С. Выготского. Не исключено, что для методологического основания вполне достаточно только типологии психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова. В противном случае необходима детализация и конкретизация как по теории Л.С. Выготского, так и по теории Г.Г. Филипповой.

Стиль изложения текста научно-исследовательский. Автор приводит анализ литературных данных, результаты собственных исследований, делает соответствующие умозаключения и приводит выводы.

Структура работы также соответствует в целом общепринятым представлениям об изложении материала.

Содержание статьи свидетельствует о большом объеме проделанной работы. Автор использовал специальные методики, обследовал 120 женщин, средний возраст которых $22,3 \pm 8,2$ лет. Заявлено, что были использованы методы математико-статистической обработки данных: однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, Т-критерий Стьюдента, корреляционный анализ Спирмена. Но вызывает вопросы обоснование статистических методов. Необходимо пояснение.

Дело в том, что все таблицы и рисунки не содержат первичных данных по использованным методам. В них содержатся только статистические показатели. Это неправильно в принципе. Таблицы должны содержать обработанные статическим

образом первичные данные, а все необходимые их статистически значимые величины должны быть помечены и в отношении них должно быть пояснение. В настоящее время табличный материал не читается. Необходима доработка. К тому же, не указаны единицы измерения в рисунках. А ведь методы, которые избрал автор для исследования, имеют единицы измерения.

Аргументация полученных данных по всему тексту сводится к таким, например, утверждениям, как: «Корреляционный анализ Спирмена показал наличие положительной взаимосвязи шкалы тревоги с тревожным типом психологического компонента гестационной доминанты, ($r=0,421$; $p=0,01$) и отрицательной взаимосвязи с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты ($r=-0,348$; $p=0,01$)». Все это может быть и так, только утверждениям такого рода должно предшествовать представление в тексте показателей шкалы тревоги и тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты в усредненных единицах измерения. Например, хочется спросить автора: в каких единицах измерялся типом психологического компонента гестационной доминанты? Ведь приводятся данные $r=-0,348$; $p=0,01$. Какие единицы шкалы тревоги с какими единицами тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты сравнивались, что получилось $r=-0,348$, $p=0,01$? И так далее по всему тексту.

В научно-доказательном отношении такие замечания очень важны и требуют внесения ясности во избежание заблуждений в трактовке полученных данных.

Тем более, что в выводах автор отмечает: «Низкие результаты по тревожно-депрессивной симптоматике у женщин в послеродовом периоде при экстренном кесаревом сечении могут быть связаны также с внезапностью происходящего, переоценкой ценностей и переориентацией направленности личности на здоровье себя и своего ребенка». Низкие результаты по тревожно-депрессивной симптоматике - это что? Где в тексте можно посмотреть на низкие результаты? А ведь это написано в выводах.

Автору замечания рецензента могут показаться трудно устранимыми. Но это совсем не так. Более того, даже незначительная доработка текста с учетом замечаний позволит представить его для публикации в неотразимом виде.

Материал этой статьи интересен по содержанию, имеет не только теоретическое, но и практическое значение. Сама статья после доработки текста может быть рекомендована к опубликованию, поскольку представляет интерес для читающей аудитории и включает источники из разных медико-психологических направлений по теме исследования, что свидетельствует о междисциплинарном характере исследуемой проблемы.

Результаты процедуры повторного рецензирования статьи

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

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

Рецензия на статью «Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовый период»

Предмет исследования - тревожно-депрессивная симптоматика женщин в послеродовый период.

Методология исследования построена на традиционных методах психологического исследования. В первой части применены методы анализа, систематизации и обобщения литературных данных, используется обзор 24 литературных источников, в том числе применены убедительные статистические данные. Все материалы актуальные, связаны с

темой работы, раскрывают причинно-следственные связи.

Эмпирическая часть исследования представлена достаточно обширно. Автор сравнивает особенности личности респондентов, которыми стали 120 женщин в возрасте от 22 до 30 лет, находящиеся в послеродовом периоде от одного до семи дней с момента родов. Следует отметить, что такое количество испытуемых, учитывая специфичность выборки, является весьма достойным. Среди испытуемых выделены подгруппы с учётом типа проживания женщин (город и село) и наличия родовспоможения (естественные роды, плановое кесарево сечение, экстренное кесарево сечение).

Группы испытуемых являются репрезентативными с точки зрения темы исследования, представлены разумным распределением с точки зрения возраста, места проживания и пр.

В исследовании использована анкета, с помощью которой выявлены возраст, семейное положение, наличие родовспоможения, тип проживания, а также использованы различные психодиагностические методики:

1. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS). Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Thehospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики.

2. Тест отношений беременной – ТОБ(б) (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.).

В работе также применены статистические методы анализа: расчет средних арифметических, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, Т-критерий Стьюдента, корреляционный анализ Спирмена. Методы грамотно подобраны с учетом особенностей выборки.

Актуальность представленной статьи не вызывает сомнения. Интерес к изучению личностных особенностей женщин в послеродовой период всегда был повышенным. А в последние годы в связи с нарастанием депрессивных случаев данный интерес требует детализированного изучения. Это отражено в практической деятельности медицинских психологов, которые теперь регулярно отслеживают таких женщин и оказывают психологическую помощь. Следует отметить, что типичный депрессивный эпизод переживают 10 – 15 % женщин по всему миру после рождения ребенка. Поэтому заявленная тема в период увеличения неопределённости в окружающем мире является более чем актуальной.

Научная новизна – проявляется в том, что авторы рассматривают специфическую гипотезу, работы над которой может дать массу ценной прикладной информации для обеспечения психологического благополучия рожениц. Это предположение о наличии различий в типах отношения к беременности у женщин в послеродовой период в зависимости от типа проживания и применения родовспоможения и наличии взаимосвязей тревоги и депрессии с типом отношения к беременности у женщин в послеродовом периоде.

Работа выполнена как междисциплинарное исследование - на стыке медицины, перинатальной и клинической психологии

Стиль, структура, содержание

Статья имеет традиционную структуру – вводная, основная и заключительная части.

Вводная часть обосновывает выбор темы. Важно, что автор сопровождает обзор литературы аргументированными статистическими данными. Вводная часть отличается высоким уровнем проработки. Проанализированы фундаментальные исследования отечественных и зарубежных ученых, сделан их ёмкий обзор.

В основной части статьи представлено подробное описание организации исследования. Автор представил описание выборки, подробно описал организационную сторону

исследования. Методологическая часть работы вполне грамотно представлена в статье. Результаты исследования представлены в таблице со сравнительными межгрупповыми данными и подробно интерпретированы. Графики наглядно отражают выявленные зависимости.

В заключении автор делает грамотные и аргументированные выводы. Они структурированы с учетом особенностей тревожной симптоматики в связи с типом проживания, типом родовспоможения.

Стиль изложения материала соответствует требованиям научности, но при этом он вполне доступен для восприятия.

Библиография

Насчитывает 24 источников, в том числе издания на английском языке. Они датированы разными периодами, в том числе 2019-21 годом. Список литературы, по сути, является исчерпывающим списком по заявленной теме. Он оформлен без нарушений.

Апелляция к оппонентам – статья может быть рекомендована к публикации. Она содержит авторскую позицию, грамотный обзор литературы и качественное эмпирическое исследование. В качестве замечания можно высказать только рекомендацию об изменении названия «тип проживания» на «место проживания», но это не умаляет достоинств и ценности представленной работы.

Выводы, интерес читательской аудитории – статья вызовет интерес читательской аудитории – психологов и психодиагностов, педагогов, психотерапевтов., медицинских и клинических психологов.