

СИСТЕМНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.Л. Ульянич¹, Л.А. Азаркова², С.Б. Лещинская¹, И.Г. Куценко³,
Г.А. Михеенко³

¹ *Национальный исследовательский Томский государственный университет, г. Томск, Россия*

² *Родильный дом № 4, г. Томск, Россия*

³ *Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия*

Обоснование. Исследование посвящено важной проблеме сохранения беременности у женщин, вынашивающих беременность в особых соматических условиях, которые определяют наличие экстрагенитальной патологии. **Цель:** установить системные клинико-психологические факторы риска развития угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, а также определить психологические маркеры развития угрозы и психологические ресурсы сохранения здоровой беременности. **Материалы и методы.** Сбор данных осуществлялся на основании анализа медицинских карт беременных, результатов социально-демографических анкет и данных психодиагностических методик. Статистические методы: описательный, сравнительный, корреляционный, пошаговый дискриминантный анализ. Участвовало 100 женщин, из них 50 с угрозой прерывания беременности и 50 без неё. **Результаты.** Установлены психологические факторы риска развития угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией: безоговорочная вера в Бога и передача ответственности «высшим силам» за ход беременности; высокая ценность собственного «Я», завышенная самооценка и при этом не сформированная самостоятельная ценность и значимость ребенка; ригидность, склонность к стереотипному поведению и мышлению. Также выявлены психологические маркеры риска угрозы прерывания беременности: желание женщин за счет беременности удовлетворить свои потребности в нахождении смысла жизни (уход от одиночества) и достижении нового социального статуса. Определены ресурсы сохранения здоровой беременности: принятие своей беременности со всеми её физиологическими и социальными изменениями; ценность ребенка и интерес к его внутриутробным проявлениям; принятие ответственности на себя и жизненная активность. Чем выше показатели активности, тем выше показатели благоприятного психоэмоционального состояния (меньше фрустрация, тревожность и выше показатель положительных эмоций) и тем больше вероятность сохранения беременности. **Область применения результатов.** Разработка комплексных программ медико-психологического сопровождения беременности с соматической патологией, а также практика индивидуального консультирования на этапе планирования беременности.

Ключевые слова: *психологические факторы сохранения здоровой беременности, системные клинико-психологические факторы риска угрозы прерывания беременности, соматически осложненная беременность, экстрагенитальная патология, угроза прерывания беременности.*

Введение

Современная социально-демографическая ситуация актуализирует изучение различных аспектов сохранения репродуктивного здоровья женщин. В России частота угрозы прерывания беременности колеблется от 15 до 25 % от всех беременностей, а частота преждевременных родов – от 6 до 10 % от всех родов (Василенко с соавт., 2016). По данным современной статистики только около 40 % всех

беременных женщин вынашивают беременность без осложнений, а около 30–40 % беременностей протекает при наличии экстрагенитальной патологии (Апрессян, 2015; Иванова с соавт., 2015; Кереева с соавт., 2017). Экстрагенитальная патология – это многочисленная группа разнообразных и разнозначных болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных тем, что они не являются гинекологическими заболева-

ниями и акушерскими осложнениями беременности (Кирильчук, 2015; Прохоров, 2018). Однако врачебные знания о влиянии экстрагенитальной патологии на ход течения беременности и на развитие плода позволяют эффективно вести беременность, сохраняя здоровье женщины и ребенка (Джобава с соавт., 2014; Кравченко с соавт., 2019; Прохоров, 2019; Gilbert et al., 2014; Karahasanovic et al., 2014; Rajasingam et al., 2009; Williamson et al., 2014). При этом вероятность неблагоприятных исходов беременности, по данным литературы, возможна не только из-за действия биологических факторов, но и других – психологических и социальных факторов, которые во многих исследованиях рассматриваются и изучаются изолированно друг от друга, вне их системного взаимодействия, что затрудняет комплексный и целенаправленный характер мер по сохранению беременности (Айвазян, 2002; Филоненко, 2013; Семенова с соавт., 2015; Куфтяк, 2017; Ульянич, 2019). В связи с этим решение задачи по выявлению факторов риска развития угрозы прерывания беременности через изучение их системной взаимосвязи позволяет получать новые научные данные о биопсихосоциальных факторах риска угрозы прерывания. Кроме того, востребованными становятся данные о ресурсах вынашивания беременности в условиях соматически осложненной беременности (экстрагенитальной патологии). Полученные результаты исследования могут быть положены в основу разработки дифференцированных комплексных программ ранней диагностики факторов риска угрозы прерывания беременности, профилактики нарушений физиологического течения беременности и медико-психологического сопровождения вынашивания беременности у женщин с особым соматическим статусом.

Цель: определить системные клинико-психологические факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, а также типы взаимосвязей социальных и клинико-психологических переменных, выступающих маркерами уровней риска угрозы прерывания беременности и ресурсами купирования угрозы прерывания беременности у женщин.

Материалы и методы

Исследование проходило на базе Родильного дома № 4 г. Томска. В исследовании

приняло участие 100 беременных женщин с экстрагенитальной патологией в анамнезе: с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, гипотония); хронической патологией мочевыводящей системы (нефрит, пиелонефрит); хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, дуоденит) и хронической эндокринной патологией (гипотиреоз, диффузный зоб, аутоиммунный тиреоидит). Сбор клинических данных происходил на основе данных акушерских осмотров, результатов лабораторных обследований, заключения ультразвуковой диагностики и доплерометрии. Для изучения социально-демографических характеристик использовалась анкета с вопросами о возрасте, уровне образования, профессии и семейном положении. На основании полученных данных медицинских карт вся выборка женщин была разделена на две группы: первая группа женщин без угрозы прерывания беременности (без УПБ, n = 50), вторая группа – с угрозой прерывания беременности (с УПБ, n = 50) (табл. 1, 2).

Данные табл. 1, 2 показывают, что возраст женщин первой группы (без УПБ) равномерно распределился между границами от 24 до 38 лет, в то время как возраст женщин второй группы (с УПБ) в большей степени располагается от 30 лет и старше. Видны небольшие различия по уровню образования: большинство женщин первой группы имеют высшее образование, а у женщин второй группы уровень образования равномерно распределяется от средне-специального до высшего. Также видны небольшие различия в клинических показателях: у женщин второй группы больше количество абортотворений и частоты нарушений маточного кровотока, которые в значительной степени могут повышать риск развития угрозы прерывания беременности.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие психодиагностические методики. Для изучения психоэмоционального состояния были использованы методики: Шкала депрессии А. Бека (Beck et al., 1961) выявляющая уровень депрессии, Тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка¹, позволяющий диагностировать

¹ Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАМ-М», 2011. С. 141–145.

Таблица 1
Table 1

Социально-демографические показатели экспериментальных групп
Social-demographic characteristics of the experimental groups

Показатели Measures	Группа без УПБ (n = 50) Group without PTR* (n = 50)	Группа с УПБ (n = 50) Group with PTR*
Возраст 19–23 года / Age 19-23 years	11 (22 %)	13 (26 %)
Возраст 24–29 лет / Age 24-29 years	17 (34 %)	7 (14 %)
Возраст 30–38 лет / Age 30-38 years	22 (44 %)	30 (60 %)
Одинокая / Single	–	–
Гражданский брак / Civil marriage	12 (24 %)	6 (12 %)
Зарегистрированный брак / Official marriage	38 (76 %)	44 (88 %)
Средний уровень образования / Secondary education	3 (6 %)	6 (12 %)
Средне-специальный уровень образования / Professional education	12 (24 %)	22 (44 %)
Высшее образование / Higher education	35 (70 %)	22 (44 %)

* PTR – Pregnancy termination risk.

Таблица 2
Table 2

Клинические показатели экспериментальных групп
Clinical characteristics of experimental groups

Показатели Measures	Группа без УПБ (n = 50) Group without PTR* (n = 50)	Группа с УПБ (n = 50) Group with PTR* (n = 50)
Роды: / Deliveries:		
Первые / First	3 (6 %)	6 (12 %)
Вторые / Second	18 (36 %)	28 (56 %)
Третьи / Third	23 (46 %)	11 (22 %)
Больше / More	6 (12 %)	5 (10 %)
Аборты: / Abortions:		
Нет / No	32 (64 %)	22 (44 %)
Один / One	12 (24 %)	17 (34 %)
Два / Two	6 (12 %)	6 (12 %)
Три / Three	–	5 (10 %)
Инфекции, передающиеся половым путем: / Sexually transmitted infections:		
Нет / No	32 (64 %)	38 (76 %)
Есть / Yes	18 (36 %)	12 (24 %)
Замершая беременность: / Missed abortion:		
Нет / No	47 (94 %)	50 (100 %)
Одна / One	3 (6 %)	–
Нарушение маточного кровотока (доплерометрия) / Disruption of uterine blood flow (dop- plerometry)		
Нет / No	50 (100 %)	35 (70 %)
Да / Yes	–	15 (30 %)
Угроза прерывания беременности: / Pregnancy termination risk:		
Нет / No	50 (100 %)	12 (24 %)
Есть / Yes	–	38 (76 %)

* PTR – Pregnancy termination risk.

выраженность тревожности, фрустрации, ригидности и агрессивности. Для изучения ведущих мотивов сохранения беременности и отношения женщины к себе, к ситуации беременности, к ребенку использовался Опросник выявления репродуктивных мотивов «Моя беременность» (Магденко с соавт., 2014), позволяющий выявить доминирующие мотивы и определить их конструктивность/деструктивность и Семантический дифференциал Ч. Осгуч (1972), раскрывающий отношение женщин к таким понятиям, как «Я сама», «Моя беременность», «Мой ребенок», «Мое будущее». Представление женщин о состоянии своего здоровья через содержание физического и психологического компонентов здоровья изучалось с помощью методики «Качество жизни» SF-36 (Ware et al., 2001). Для статистической обработки результатов были использованы описательная статистика, сравнительный, корреляционный и дискриминантный анализ.

Результаты

На первом этапе исследования с помощью методов описательной статистики и анализа достоверных различий были выявлены особенности психоэмоционального состояния женщин двух экспериментальных групп с отсутствием и наличием угрозы прерывания беременности (табл. 3).

Отсутствие достоверных различий по шкалам, раскрывающим особенности психоэмоционального состояния, свидетельствует о

том, что эмоциональное состояние большинства женщин с отсутствием и наличием угрозы прерывания беременности в большей степени похоже. Средние значения по шкале тревожности и чуть ниже средних значения по шкале фрустрации говорят о том, что большинство женщин чувствуют умеренное волнение и тревогу, что является вполне нормальным для женщин в период беременности, при этом небольшие значения по шкале «Фрустрация» говорит о том, что большинство их потребностей удовлетворены, они чувствуют себя вполне уверенными и устойчивыми к неудачам. Средние значения показателей агрессивности и ригидности свидетельствуют о том, что большинство женщин всей выборки дружелюбны, открыто взаимодействуют с окружающими и готовы гибко подстраиваться под новые жизненные обстоятельства.

Далее проведен анализ достоверных различий в показателях, раскрывающих отношение женщин к себе, к своему ребенку, к будущему и к своей беременности (табл. 4).

Проведенный анализ выявил достоверные различия в показателях, раскрывающих отношение женщин к себе, своей беременности, к ребенку и к будущему, показал различия только по шкале «Я сама» по показателю «Сила», что говорит о том, что женщины с угрозой прерывания беременности в большей степени ощущают свою внутреннюю силу, активность, внутренний стержень и веру в свои возможности. Отсутствие достоверных

Таблица 3
Table 3

Средние значения и достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния женщин двух экспериментальных групп
Mean values and significant differences in measures of psycho-emotional state in both experimental groups

Шкалы / Scales	Группа без УПБ / Group without PTR*	Группа с УПБ / Group with PTR*	U Манна – Уитни U Mann – Whitney	Асимптотическая значимость (2-сторонняя) / p-value
Тревожность / Anxiety	10,000	8,500	217,500	,634
Фрустрация / Frustration	8,200	7,111	233,500	,924
Агрессивность / Aggressiveness	9,800	8,500	194,500	,306
Ригидность / Rigidity	10,850	8,500	191,500	,272
Депрессия / Depression	7,789	8,294	183,000	,400

Примечание: *p ≤ 0,05.

Note: *p ≤ 0,05.

Средние значения и достоверные различия в показателях, раскрывающих отношение женщин к себе, к своему ребенку, к будущему и к своей беременности, двух экспериментальных групп
Mean values and significant differences in measures that reveal women's attitude to themselves, to their child, to the future, and to their pregnancy in both experimental groups

Шкалы / Scales	Группа без УПБ / Group without PTR*	Группа с УПБ / Group with PTR*	U Манна – Уитни / U Mann – Whitney	Асимптотическая значимость (2-сторонняя) / p-value
1	2	3	4	5
Мотивы сохранения беременности / Motives for pregnancy continuation				
Беременность для чувства материнства / Pregnancy for the sense of motherhood	14,300	15,278	227,000	,802
Беременность как потребность в любви / Pregnancy as the need for love	15,450	14,667	183,000	,193
Беременность для социального статуса / Pregnancy for the social status	16,550	14,778	163,500	,046*
Беременность как протест / Pregnancy as a protest	10,700	10,889	218,000	,643
Беременность как сохранение отношений / Pregnancy as a preservation of relationships	11,900	11,889	219,000	,659
Беременность как отказ от прошлого / Pregnancy as rejection of past	9,850	10,556	233,500	,924
Беременность для сохранения здоровья / Pregnancy to stay healthy	9,750	9,778	221,500	,703
Беременность для материальной выгоды / Pregnancy for material benefit	8,050	9,778	206,000	,453
Беременность как уход от одиночества / Pregnancy as withdrawal from loneliness	11,350	12,111	232,500	,905
Беременность для рождения ребенка определенного пола / Pregnancy to give birth to a child of a certain sex	8,100	9,000	220,500	,686
Беременность для поддержки в старости / Pregnancy to get support in the old age	12,950	14,833	225,000	,765
Беременность по религии / Pregnancy because of religion	11,800	12,167	231,500	,886
Привлекательность неизвестного / Attractiveness of unknown	11,150	12,500	219,000	,660
Беременность планировалась / Planned pregnancy	1,944	1,050	124,000	,086
Желанная беременность / Desired pregnancy	3,20	2,944	174,000	,835
Отношение женщин к себе, своей беременности, к ребенку и к будущему / Attitude towards themselves, pregnancy, child and the future				
«Я сама» Оценка / «I myself» Assessment	5,700	6,833	219,000	,660
«Я сама» Сила / «I myself» Power	1,550	–,056	202,500	,402
«Я сама» Активность / «I myself» Activity	3,650	3,833	229,500	,848
«Моя беременность» Оценка / «My pregnancy» Assessment	7,850	6,556	181,000	,176
«Моя беременность» Сила / «My pregnancy» Power	,600	–,944	194,500	,299
«Моя беременность» Активность / «My pregnancy» Activity	2,950	3,389	228,000	,819

Окончание табл. 4
Table 4 (end)

1	2	3	4	5
«Мой ребенок» Оценка / «My child» Assessment	8,350	7,444	212,000	,536
«Мой ребенок» Сила / «My child» Power	,900	,278	177,000	,143
«Мой ребенок» Активность / «My child» Activity	4,950	4,500	211,000	,527
«Мое будущее» Оценка / «My future»	7,900	7,278	188,500	,232
«Мое будущее» Сила / «My future» Power	3,300	,889	166,500	,087
«Мое будущее» Активность / «My future» Activity	5,800	4,111	168,000	,097

Примечание: * $p \leq 0,05$.

Note: * $p \leq 0,05$.

различий по показателям, раскрывающим отношение женщин к себе, своей беременности, к ребенку, свидетельствует о том, что общим для женщин с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности является адекватная самооценка и высокая ценность ребенка и беременности, при этом сниженный уровень жизненной энергии и активности. Также общим для всех является отношение к будущему. Достаточно высокие показатели по всем шкалам свидетельствуют об оптимистичном представлении о будущем, женщины воспринимают его полным энергии, активности, перспектив и позитивных событий.

Установлено, что для женщин с угрозой прерывания беременности различия проявляются в содержании мотивов сохранения беременности и в отношении к своему здоровью. Различия выявлены по шкале мотива сохранения беременности «Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу» ($p = 0,046$). Достоверно более высокие показатели у женщин с угрозой прерывания беременности свидетельствуют о том, что они в большей степени ориентированы на сохранение беременности и рождение ребенка ради достижения нового социального статуса, так как родители и муж давно ждут появления ребенка и ориентированы на рождение ребенка, так как убеждены в том, что в семье должен быть хотя бы один ребенок.

Также достоверные различия обнаружены по шкалам, раскрывающим отношение женщин к своему здоровью (табл. 5).

Различия были получены по шкалам «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p = 0,033$) и

«Социальное функционирование» ($p = 0,047$), что говорит о том, что женщины с угрозой прерывания беременности ощущают ограничения в физической и социальной активности из-за своего состояния. Для них более снижены социальные контакты, уровень общения, они в большей степени ограничены в своих ежедневных бытовых заботах и физической активности, что вполне логично.

Для установления клинико-психологических факторов угрозы прерывания беременности был проведен дискриминатный анализ данных, задачей которого является предсказание принадлежности объектов к двум или более непересекающимся группам. Проведение пошагового дискриминатного анализа для группы женщин с экстрагенитальной патологией позволило установить следующие переменные, наличие и выраженность которых определяет риск развития угрозы прерывания беременности (табл. 6).

В данную совокупность вошли переменные, раскрывающие содержание мотивов сохранения беременности, отношение женщин к себе, к своей беременности и к своему внутриутробно развивающемуся ребенку, а также переменные, раскрывающие особенности эмоционального и физического состояния женщин. Дискриминатный анализ устанавливает переменные, а их выраженность у конкретной женщины прогнозирует попадание её в ту или иную группу. Так, переменными, прогнозирующими развитие беременности без угрозы прерывания, выступают: ориентация в сложных ситуациях на веру в Бога, желанность и принятие наступившей беременности, отказ от мотива рождения детей для того,

Средние значения и достоверные различия в показателях отношения к здоровью у женщин двух экспериментальных групп
Mean values and significant differences in measures of attitude towards the health in women of the both experimental groups

Шкалы / Scales	Группа без УПБ / Group without PTR*	Группа с УПБ / Group with PTR*	U Манна – Уитни / U Mann – Whitney	Асимптотическая значимость (2-сторонняя) / p-value
Физическое функционирование / Physical functioning	70,000	63,611	187,500	,233
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием / Role functioning caused by physical state	52,500	37,500	174,500	,126
Интенсивность боли / Intensity of pain	78,050	68,222	173,000	,115
Общее состояние здоровья / General health status	70,950	73,222	230,000	,858
Жизненная активность / Vital activity	65,250	63,889	226,500	,793
Социальное функционирование / Social functioning	81,025	62,194	165,500	,047*
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием / Role functioning caused by emotional state	77,450	59,083	153,000	,033*
Психическое здоровье / Mental health	67,600	71,333	229,000	,840

Примечание: * $p \leq 0,05$.
Note: * $p \leq 0,05$.

чтобы соответствовать социальным ожиданиям; ценность ребенка и ценность беременности, спокойное отношение к физиологическим проявлениям беременности, готовность гибко перестраиваться под меняющиеся обстоятельства жизни, быстро реагировать и менять стратегию для достижения нужного результата; низкая ригидность, то есть готовность гибко реагировать и подстраиваться под изменения условий окружающей среды; более молодой возраст (24–29), и на уровне физического состояния – отсутствие физических ограничений в выполнении ежедневных бытовых дел.

Переменными, прогнозирующими риск развития угрозы прерывания беременности, выступают: проживание своей беременности как незапланированной и неожиданной для себя и одновременно доминирование мотива сохранения беременности для повышения своего социального статуса и по религиозным убеждениям; высокая ценность беременности и сверхценность ребенка, активное прожива-

ние всех проявлений беременности и склонность к ригидности; на уровне физического состояния – проживание ограничений, связанных с ослабленным состоянием здоровья. Результаты классификации свидетельствуют о том, что данная модель может с вероятностью 94,7 % прогнозировать наличие у женщины с экстрагенитальной патологией угрозы прерывания беременности.

Далее с помощью корреляционного анализа были установлены взаимосвязи выявленных переменных с другими показателями, которые можно рассматривать как маркеры развития или риска угрозы прерывания беременности и здоровой беременности.

Установлено, что в группе женщин без угрозы прерывания беременности переменная «Беременность по религиозным убеждениям» связана с показателями «Интенсивность боли» $r = 0,461$, «Я сама» по шкале «Оценка» $r = 0,458$ и «Мое будущее» по шкале «Сила» $r = 0,548$, а также с мотивами сохранения беременности «Беременность для реализации

Таблица 6
Table 6

Переменные, прогнозирующие развитие угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией (по результатам проведенного дискриминантного анализа)
Predictors of pregnancy termination risk in women with extragenital pathology (discriminant analysis)

Введено / Entered	Лямбда Уилкса / Wilk's lambda							
	Статистика / Statistics	ст.св.1 / df1	ст.св.2 / df2	ст.св.3 / df3	Точное F / F			
					Статистика Statistics	ст.св.1 / df1	ст.св.2 / df2	p-level
Беременность по религиозным соображениям / Pregnancy because of religion	,839	1	1	21,000	4,020	1	21,000	,058
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием / Role functioning caused by physical state	,685	2	1	21,000	4,591	2	20,000	,023
Беременность планировали / Planned pregnancy	,544	3	1	21,000	5,307	3	19,000	,008
«Мой ребенок» Оценка / «My child» Assessment	,425	4	1	21,000	6,087	4	18,000	,003
«Моя беременность» Активность / «My pregnancy» Activity	,402	5	1	21,000	6,678	5	17,000	,001
Ригидность / Rigidity	,386	6	1	21,000	7,204	6	16,000	,000
Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу / Pregnancy to meet social expectations, status	,354	7	1	21,000	7,641	7	15,000	,000
Возраст / Age	,337	8	1	21,000	7,965	8	14,000	,000
94,7 % выбранных исходных сгруппированных наблюдений классифицированы правильно / 94,7% of entered baseline grouped observations are classified correctly								

чувства материнства» $r = 0,564$ и «Желанная беременность» $r = 0,679$. В группе женщин с угрозой прерывания беременности переменная «Беременность по религиозным убеждениям» взаимосвязана только с мотивом сохранения беременности «Беременность как уход от одиночества» $r = 0,565$ (во всех случаях $p \leq 0,05$). Установленные связи говорят о том, что для женщин со здоровой беременностью готовность брать на себя ответственность за течение беременности, а не надеяться только на «высшие силы» связана с отношением к беременности как к более осознанной и желанной, с мотивом сохранения беременности для реализации чувства материнства, с позитивной оценкой перспективы своего будущего и с адекватно высокой самооценкой (уверенностью в себе). В то время как для

женщин с угрозой прерывания беременности вера в Бога как в силу, которая помогает женщине вынашивать беременность, охраняет и помогает в рождении ребенка, связана с мотивом сохранения беременности ради жизни для ребенка и ухода от одиночества.

Выявлено, что в группе женщин без угрозы прерывания беременности «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» имеет отрицательную взаимосвязь с показателями «Депрессия» $r = -0,506$, «Фрустрация» $r = -0,448$, а также положительную со шкалами активности по шкалам «Я сама» $r = 0,472$, «Моя беременность» $r = 0,554$ и с отсутствием ограничений от «Интенсивности боли» $r = 0,500$ и с высокими показателями по шкале «Социальное функционирование» $r = 0,645$ (по всех случаях

$p \leq 0,05$). А в группе женщин с наличием угрозы прерывания беременности «Физическое функционирование» имеет отрицательную связь с показателями «Тревожность» $r = -0,708$ и «Беременность не планировали» $r = -0,554$ и положительную с показателями «Общее состояние здоровья» $r = 0,650$, «Социальное функционирование» $r = 0,701$, «Жизненная активность» $r = 0,562$. Полученные взаимосвязи позволяют увидеть, что хорошее физическое состояние и функционирование для женщин первой группы в первую очередь связано с отсутствием болезненных проявлений, что вполне логично, а также с отказом от депрессивных состояний, готовностью гибко реагировать на изменяющиеся условия жизни и приспосабливаться к ним. При этом физическое состояние улучшается вместе со снижением общей активности беременной женщины в своей обыденной жизни и в отношении ситуации беременности при сохранении социальной активности. Для женщин с угрозой прерывания беременности хорошее физическое функционирование в первую очередь связано с адекватным уровнем тревожности, с высокой оценкой состояния своего здоровья и ресурсов организма, с проживанием своей беременности как запланированной и желанной, а также с открытостью социальным контактам и с ощущением себя полной сил и энергии.

Установлена взаимосвязь переменной «Ригидность» в первой группе женщин без УПБ с показателями: «Жизненная активность» $r = -0,0508$, «Тревожность» $r = 0,601$, «Фрустрация» $r = 0,661$ и с мотивом «Беременность для сохранения своего здоровья» $r = -0,444$. Во второй группе с УПБ установлена положительная связь «Ригидности» с показателем «Фрустрация» $r = 0,619$ и отрицательная с показателями «Моя беременность. Активность» $r = -0,568$ и «Мой ребенок. Активность» $r = -0,474$ (по всех случаях $p \leq 0,05$). Полученные взаимосвязи говорят о том, что высокая ригидность как неспособность быстро реагировать на меняющиеся условия жизни и гибко подстраиваться под них для женщин группы без УПБ взаимосвязаны с высокой тревогой, переживанием невозможности удовлетворить потребности, с низкой жизненной активностью и восприятием беременности как способа сохранить свое здоровье, что является неконструктивной мотивацией сохранения беременности. Для женщин

второй группы с УПБ высокая ригидность взаимосвязана с переживанием невозможности удовлетворения своих потребностей и с невозможностью или неспособностью в полной мере ощущать активные проявления внутриутробно развивающегося ребенка и активно проживать состояние беременности.

Переменная «Беременность планировалась» в данном случае характеризует проживание процесса беременности как изначально более осознанного, заранее запланированного и потенциально определяет готовность женщины к изменениям, которые могут быть в связи с развитием беременности. У женщин в первой группе без УПБ установлена взаимосвязь данной переменной с одним показателем «Беременность по религиозным убеждениям» $r = 0,511$, что может указывать на связь осознанности женщин в планировании беременности и искренней верой в Бога. Во второй группе женщин с УПБ установлены взаимосвязи с показателями: «Желанная беременность» $r = 0,786$, с мотивами «Беременность для реализации чувства материнства» $r = 0,559$ и «Привлекательность неизвестного» $r = 0,551$, а также с показателями «Мое будущее» по шкалам «Активность» $r = 0,666$ и «Оценка» $r = 0,478$. Установленные взаимосвязи говорят о том, что проживание беременности как более осознанной и запланированной в группе женщин с УПБ связано в первую очередь с желанием рождения ребенка для того, чтобы подарить ему жизнь и реализовать свое искреннее желание стать ему мамой, а также с высокой жизненной активностью. Интересной является взаимосвязь показателя «Запланированная беременность» в данной группе женщин с показателями, демонстрирующими высокую оценку перспектив будущего, и мотивом, характеризующим желание новых неизвестных изменений, которые будут после рождения ребенка.

Установлена связь переменной «Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу» в первой группе женщин без УПБ с показателями «Агрессивность» $r = 0,578$ и «Я сама» по шкале «Активность» $r = -0,503$, в группе с УПБ – с показателями «Социальное функционирование» $r = 0,562$, «Нежеланная беременность» $r = 0,507$ и «Беременность для материальной выгоды» $r = 0,488$. Мотив «Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу» по мнению автора методики О.В. Магденко, не

является конструктивным, так как при его реализации женщина рассматривает ребенка как средство достижения в данном случае нового желаемого социального статуса, а установленная прямая корреляция с мотивами «Беременность для материальной выгоды» и «Нежеланная беременность» связывает их по общему неконструктивному отношению к ребенку.

Выявлены связи переменных «Я сама» и «Моя беременность», раскрывающих отношение женщин к себе и своей беременности. В группе без УПБ «Я сама» по шкале «Оценка» (самооценка) связана с «Жизненной активностью» $r = 0,489$, а также с ценностью беременности «Моя беременность по шкале «Оценка» $r = 0,738$ и ребенка «Мой ребенок по шкале «Оценка» $r = 0,640$, а также с мотивом «Беременность для сохранения отношений» $r = 0,550$, что свидетельствует о том, что для женщин данной группы отношение к себе, ценность самой себя в данный момент неотъемлемо связаны с ценностью беременности, своего внутриутробно развивающегося ребенка и с ценностью семейных отношений. Для женщин группы с УПБ данные показатели связаны с показателем «Психическое здоровье» как общим показателем положительного эмоционального состояния $r = 0,632$ и с показателем перспективы своего будущего «Мое будущее. Оценка» $r = 0,496$, что говорит о том, что чем выше у женщин с угрозой прерывания беременности самооценка, ценность и принятие своей беременности, тем в более эмоционально благоприятном состоянии они находятся и более готовы увидеть и оценить позитивную перспективу своего будущего.

Установлены связи переменной, раскрывающей оценку ценности ребенка «Мой ребенок» по шкале «Оценка» с похожими показателями в обеих группах женщин. Для женщин обеих групп данный показатель связан с отношением к себе «Я сама. Активность»: в группе без УПБ $r = 0,575$, в группе с УПБ $r = 0,804$; с отношением к беременности «Моя беременность. Оценка»: в группе без УПБ $r = 0,817$, в группе с УПБ $r = 0,857$; с отношением к ребенку «Мой ребенок. Активность»: в группе без УПБ $r = 0,768$, в группе с УПБ $r = 0,822$ и с оценкой перспектив своего будущего «Мое будущее. Оценка»: в группе без УПБ $r = 0,713$, в группе с УПБ $r = 0,681$. При этом в группе женщин без УПБ выявлена еще взаимосвязь с показателем «Общее состояние

здоровья» $r = 0,503$, а в группе с УПБ – с показателем «Запланированная беременность» $r = 0,583$. Полученные связи говорят о том, что формирование самостоятельной ценности ребенка взаимосвязано с ощущением женщины собственной ценности и активности, с принятием своей беременности и с высокой оценкой своего будущего, которое оценивается как интересное, активное и перспективное. При этом в группе женщин без УПБ ценность ребенка взаимосвязана с высокой оценкой состояния и ресурсов своего здоровья, а в группе с УПБ – с осознанным проживанием своей беременности, с её принятием.

Обсуждение

Проведенный подробный анализ позволяет определить не только клинико-психологические особенности женщин с разным течением беременности, которая вынашивается в условиях экстрагенитальной патологии, но и определить психологические факторы риска развития угрозы прерывания беременности. Статистические результаты описательного и сравнительного анализа позволили установить, что отличительными особенностями женщин с угрозой прерывания беременности являются доминирующий мотив сохранения беременности для достижения нового социального статуса и переживание ограничений в физической и социальной активности. Данный мотив сохранения беременности не является конструктивным с точки зрения перинатальной психологии (Магденко с соавт., 2014; Филиппова, 2018), так как за его реализацией отсутствует тенденция к развитию материнской позиции в отношении к внутриутробно развивающемуся ребенку и готовности к выполнению по отношению к нему материнской роли. При этом негативное переживание значимости ограничений в социальном и физическом функционировании для женщин с угрозой прерывания беременности может быть индикатором с одной стороны – тяжелого физического состояния, связанного с наличием экстрагенитальной патологии, а с другой стороны – возможного неприятия своей беременности, ведь физиологические изменения, связанные с развитием беременности и ростом ребенка, вполне логично могут ограничивать обычную жизнедеятельность женщины. Как показывает дальнейший анализ, эти специфические особенности вошли в систему клинико-психологи-

ческих факторов риска развития угрозы прерывания беременности.

Проведенный пошаговый дискриминантный анализ позволил определить ту совокупность переменных, которые, вступая в системную взаимосвязь друг с другом, способны усиливать действие друг друга и выступать системными клиничко-психологическими факторами (детерминантами), прогнозирующими риск развития угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией. В зависимости от полярности в значении установленных в ходе анализа переменных их можно рассматривать как факторы сохранения здоровой беременности или как факторы развития риска угрозы прерывания беременности.

Принимая во внимание данное условие, установили клиничко-психологические факторы развития здоровой беременности у женщин при наличии экстрагенитальной патологии: вера в Бога, но ориентация в сложных жизненных ситуациях на собственные силы, готовность брать ответственность на себя и делать выбор, не ожидая чуда; осознанное принятие решение о беременности, искреннее желание вынашивать ребенка, принимая все изменения своего тела, и быть готовой к изменениям во всех сферах жизни, которые происходят и во время беременности; отсутствие негативного переживания от ограничений в выполнении бытовых дел, которые могут возникать в связи с новым физиологическим состоянием беременности; отказ от мотива рождения детей для того, чтобы соответствовать социальным ожиданиям; адекватная самооценка и уверенность в себе; сформированная самостоятельная ценность ребенка и ценность беременности; гибкость, готовность быстро перестраиваться в меняющихся обстоятельствах жизни, быстро реагировать и менять стратегию для достижения нужного результата. Также фактором, определяющим развитие «здоровой беременности» для женщин с экстрагенитальной патологией, стал показатель возраста. Как показывает проведенный нами анализ, возраст, в котором меньше всего встречается угроза прерывания беременности, это возраст от 24 до 29 лет.

Установлены клиничко-психологические факторы риска развития угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией: безоговорочная вера в Бога и передача ответственности «высшим силам» за

ход беременности и за чудо рождения (в данном случае это убеждение не является конструктивным, так как бывают ситуации, когда необходимо беременной женщине брать на себя ответственность за жизнь и здоровье себя и ребенка, не рассчитывая «на чудо»); отношение к своей беременности как к нежеланной, то есть нежелание принимать все изменения, которые с ней связаны; негативное отношение ко всем ограничениям, возникающим из-за особого физиологического состояния, связанного с беременностью; доминирование мотива сохранения беременности ради достижения социального статуса; высокая ценность собственного Я, завышенная самооценка и при этом не сформированная самостоятельная ценность и значимость ребенка; ригидность, склонность к стереотипному поведению и мышлению.

Установлены взаимосвязи клиничко-психологических факторов с другими переменными, которые могут выступать маркерами риска угрозы прерывания беременности или ресурсами сохранения здоровой беременности у женщин с экстрагенитальной патологией. Так, маркерами риска развития угрозы прерывания беременности для женщин с экстрагенитальной патологией являются: желание женщин за счет беременности удовлетворить свои потребности в нахождении смысла жизни (уход от одиночества) и достижении нового социального статуса. Ресурсы сохранения здоровой беременности у женщин при наличии экстрагенитальной патологии: принятие своей беременности со всеми её физиологическими и социальными изменениями, желание вынашивать и переводить внимание на проявления внутриутробно развивающегося ребенка, на его активность. При этом осознанное проживание беременности связано с готовностью видеть привлекательность и высоко оценивать свое будущее в перспективе. Также со снижением факторов риска развития угрозы связана активность женщины в принятии ответственности на себя за свою беременность и за своего ребенка: и чем выше показатели активности, тем выше показатели благоприятного психоэмоционального состояния (меньше фрустрация, тревожность и выше показатель положительных эмоций) и тем больше вероятность сохранения беременности.

Кроме того, в группе женщин без угрозы прерывания беременности установлены переменные, связанные с факторами сохранения

здоровой беременности. Среди них адекватная самооценка, уверенность в себе и готовность брать ответственность на себя; принятие беременности и доминирование мотива сохранения беременности ради реализации чувства материнства; высокая самостоятельная ценность ребенка и высокая оценка перспектив будущего.

Установленные клинико-психологические факторы формирования угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, а также маркеры этих факторов и ресурсы купирования угрозы могут быть использованы в разработке комплексных программ медико-психологического сопровождения беременности у женщин с данной соматической патологией. Результаты исследования могут быть использованы в практике индивидуального консультирования женщин с соматической патологией на этапе планирования беременности и материнства.

Дополнительная информация

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-313-00155.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Литература

1. Айвазян, Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией / Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина, В.В. Николаева // Вестник Московского государственного университета. Серия 14. Психология. – 2002. – № 3. – С. 3–18.
2. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 535 с.
3. Василенко, Т.Д. Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья / Т.Д. Василенко, М.Е. Воробьева // Педиатр. – 2016. – Т. 7, № 1. – С. 151–155. DOI: 10.17816/PED71151-155
4. Джобова, Э.М. Гестационный сахарный диабет и магний. Перспективы профилактики и комплексной терапии / Э.М. Джобова, Н.Ю. Арбатская, К.Р. Некрасова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т. 14, № 6. – С. 32–36.

5. Иванова, М.А. Осложнения в периоде беременности и родов и их взаимосвязь с экстрагенитальной патологией / М.А. Иванова, А.В. Ворыханов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2015. – № 2. – С. 30–40.

6. Кереева, З.Ш. Экстрагенитальная патология беременных как фактор риска неблагоприятных исходов беременности / З.Ш. Кереева, С.Ж. Гаева, С.Ж. Азаматова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. – 2017. – № 20–1. – С. 131–134.

7. Кирильчук, М.Е. Опыт лечения невынашивания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией / М.Е. Кирильчук // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2015. – № 2 (38). – С. 108–115.

8. Кравченко, Е.Н. Влияние экстрагенитальной патологии на возникновение и выраженность антифосфолипидного синдрома и количество репродуктивных потерь / Е.Н. Кравченко, А.А. Гончарова // Мать и дитя в Кузбассе. – 2019. – № 4 (79). – С. 26–32.

9. Куфтяк, Е.В. Взаимосвязь депрессивной симптоматики и копинг-поведения у женщин с осложнённым течением и исходом беременности / Е.В. Куфтяк // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т. 12, № 1. – С. 60–62. DOI: 10.14300/mnnc.2017.12016

10. Магденко, О.В. Теоретико-методологические подходы к исследованию материнской ролевой идентичности у женщин в период беременности / О.В. Магденко, И.Я. Стоянова // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. – 2014. – Т. 8, № 2. – С. 139–144.

11. Осгуч, Ч. Приложение методики семантического дифференциала к исследованиям по эстетике и смежным проблемам / Ч. Осгуч, Дж. Суси, П. Танненбаум // Семиотика и искусствоведение. – М., 1972. – С. 43–56.

12. Прохоров, Д.Ф. Общие принципы диагностики и лечения экстрагенитальной патологии во время беременности / Д.Ф. Прохоров // Главврач. – 2018. – № 8. – С. 28–40.

13. Семенова, М.В. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых на преждевременные роды / М.В. Семенова, Д.А. Набеева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – URL: <http://science-education.ru/article/view?id=18471> (дата обращения: 25.01.2020)

14. Ульянич А.Л. Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности / А.Л. Ульянич, Т.Г. Бохан, С.Б. Лецинская, Л.А. Агаркова, И.Г. Куценко, Г.А. Михеенко // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2019. – Т. 21, № 2 (78). – С. 435–450. DOI: 10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450
15. Филиппова, Г.Г. Развитие исследований по репродуктивной психологии на кафедре общей психологии и истории психологии Московского гуманитарного университета / Г.Г. Филиппова // Научные труды Московского гуманитарного университета. – 2018. – № 1. DOI: 10.17805/trudy.2018.1.6
16. Филоненко, А.Л. Антропоориентированные основания психологического сопровождения процесса вынашивания у женщин с угрозой прерывания беременности / А.Л. Филоненко, Т.Г. Бохан, Т.В. Рогачева // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 50. – С. 78–86.
17. Beck, A.T. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson et al. // Archives of general psychiatry. – 1961. – Vol. 4, Is. 6. – P. 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
18. Gilbert, A. Acute pancreatitis in pregnancy: a comparison of associated conditions, treatments and complications / A. Gilbert, V. Patenaude, H. Abenhaim // Journal of Perinatal Medicine. – 2014. – Vol. 42 (5). – P. 565–570. DOI: 10.1515/jpm-2013-0322
19. Karahasanovic, A. First trimester pregnancy-associated plasma protein A and chorionic gonadotropin-beta in early and late preeclampsia / A. Karahasanovic, S. Serensen, L. Nilas // Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. – 2014. – Vol. 52 (4). – P. 521–525. DOI: 10.1515/cclm-2013-0338
20. Rajasingam, D. A prospective study of pregnancy outcome and biomarkers of oxidative stress in nulliparous obese women / D. Rajasingam, P.T. Seed, A.L. Briley // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 200. – P. 395. DOI: 0.1016/j.ajog.2008.10.047
21. Ware, J.E. Interpreting SF-36 summary health measures: A response / J.E. Ware, M. Kosinski // Quality of life research. – 2001. – Vol. 10, Is. 5. – P. 405–413. DOI: 10.1023/A:1012588218728.
22. Williamson, C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy / C. Williamson, V. Geenes // Obstet Gynecol. – 2014. – Vol. 124 (1). – P. 120. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000346.

Ульянич Анна Леонидовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования, Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск), FiALe@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-3154-3756

Агаркова Любовь Аглямовна, доктор медицинских наук, профессор, врач-методист, родильный дом № 4 (Томск), roddom4@mail.tomsknet.ru, ORCID: 0000-0002-4918-7887

Лецинская Светлана Борисовна, аспирант, Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск), s_leschins94@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9564-085X

Куценко Ирина Георгиевна, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, Сибирский государственный медицинский университет (Томск), irinakutcenko@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8495-8210

Михеенко Галина Александровна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Сибирский государственный медицинский университет (г. Томск), mchnk@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3869-1906.

Поступила в редакцию 2 марта 2020 г.

SYSTEMIC CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS OF THREATENED MISCARRIAGE IN WOMEN WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY

A.L. Ul'yanich¹, FiALe@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-3154-3756

L.A. Agarkova², roddom4@mail.tomsknet.ru, ORCID: 0000-0002-4918-7887

S.B. Leshchinskaia¹, s_leschins94@mail.ru, ORCID: 0000-0001-9564-085X

I.G. Kutsenko³, irinakutcenko@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8495-8210

G.A. Miheenko³, mchnk@mail.ru, ORCID: 0000-0002-3869-1906

¹ National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation

² Maternity Home № 4, Tomsk, Russian Federation

³ Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

Background: The present study focuses on the problem of pregnancy maintaining in women with specific somatic conditions (an extragenital pathology). **Aim:** The paper aims to establish systemic clinical and psychological risk factors for the development of pregnancy termination in women with extragenital pathology, as well as determine the psychological markers of pregnancy termination and the psychological resources for maintaining a healthy pregnancy. **Materials and methods:** The data were obtained from the medical records of pregnant women, sociodemographic questionnaires and psychodiagnostic tests. The descriptive, comparative, correlational and discriminant methods were used for statistical analysis. 100 women participated in the study, 50 of them had the risk of pregnancy termination. **Results:** The risk factors of threatened miscarriage in women with extragenital pathology were identified: unconditional faith in God and transfer of the responsibility for pregnancy and childbirth; an unwanted pregnancy; negative attitude to all pregnancy-related restrictions; the dominant motive for pregnancy maintenance characterized by the wish to achieve a new social status; high self-worth; heightened self-esteem and lack of self-value and child significance; rigidity, tendency to behave and think stereotypically. The markers of pregnancy termination development were revealed: women's desire to satisfy their needs for finding the meaning of life and for new social status achievement. The resources for healthy pregnancy were identified: the acceptance of pregnancy with all its physiological and social changes; value of the child and interest in his/her intrauterine manifestations; responsibility taking and vital activity. Higher activity indicators were associated with more favorable psycho-emotional status (lower frustration and anxiety and higher positive emotions) and higher probability of pregnancy maintenance. **Conclusion:** The study contributes to the development of comprehensive programs of medical and psychological support for pregnant women with somatic pathologies as well as to the practice of pre-pregnancy counseling.

Keywords: psychological factors in maintaining a healthy pregnancy; systemic clinical and psychological risk factors of threatened abortion; somatic high-risk pregnancy; extragenital pathology; threatened miscarriage.

The study was conducted with the RFBR financial support (project № 18-313-00155).

References

1. Ayvazyan E.B., Arina G.A., Nikolaeva V.V. [Physical and emotional experience in the structure of the internal picture of pregnancy complicated by obstetric and extragenital pathology]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya* [Moscow University Psychology Bulletin], 2002, no. 3, pp. 3–18. (in Russ.)
2. Aprtsyan S.V. *Beremennost' i rody pri ekstragenital'nyh zabolevaniyah* [Pregnancy and childbirth in extragenital diseases]. Moscow, GEOTAR-Media, 2015. 535 p. (in Russ.)
3. Vasilenko T.D., Vorobeva M.E. [The quality of interaction between mother and child as a factor of formation of health]. *Kachestvo vzaimodejstviya materi i rebenka kak faktor formirovaniya zdorov'ya* [Pediatrician], 2016, no. 7 (1), pp. 151–155. (in Russ.)

4. Dzhobava É.M., Arbatskaia N.Iu., Nekrasova K.R. [Gestational diabetes mellitus and magnesium: Prospects for prevention and combination therapy]. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa* [Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist], 2014, no. 14 (6), pp. 32–36. (in Russ.).
5. Ivanova M.A., Vorihanov A.V. [Complications in pregnancy and childbirth and their relationship with extragenital pathology]. *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki* [Current problems of health care and medical statistics], 2015, no. 2, pp. 30–40. (in Russ.).
6. Kerefova Z.Sh. Gaeva, S.Zh., Azamatova S.Zh. [Extragenital pathology of pregnant women, as a risk factor for adverse pregnancy]. *Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya v sovremennom mire* [Fundamental and applied research in the modern world], 2017, no. 20-1, pp. 131–134. (in Russ.).
7. Kyrylchuk M.E. [Experience of treatment of miscarriage in women with extra genital pathology]. *Reproduktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa* [Reproductive Health. Eastern Europe], 2015, no. 2 (38), pp. 108–115. (in Russ.).
8. Kravchenko E.N., Goncharova A.A. [Influence of extragenital pathology on the origin and expression of antiphospholipid syndrome and number of reproductive losses]. *Mat' i ditya v Kuzbasse* [Mother and baby in Kuzbass], 2019, no. 4 (79), pp. 26–32. (in Russ.).
9. Kuftyak E.V. [Interrelation of depressive symptomatology and coping-behavior in women with complicated course and outcome of pregnancy]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical News of the North Caucasus], 2017, no. 12 (1), pp. 60–62. DOI: 10.14300/mnnc.2017.12016 (in Russ.).
10. Magdenko O.V., Stoianova I.Ia. [Theoretical and methodological approaches to the study of maternal role identity in women during pregnancy]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya* [Bulletin of the Novosibirsk state University. Series: Psychologists], 2014, no. 8 (2), pp. 139–144. (in Russ.).
11. Osguch CH. *Prilozhenie metodiki semanticheskogo differenciala k issledovaniyam po estetike i smezhnym problemam* [The application of the technique of semantic differential to research on aesthetics and related problems]. Moscow, 1972, pp. 43–56. (in Russ.).
12. Ul'yanich A.L., Bokhan T.G., Leshchinskaia S.B., Agarkova L.A., Kutsenko I.G., Miheenko G.A. [Internal image of pregnancy in women with somatic complications and possible miscarriage]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Kemerovo state University], 2019, vol. 21, no. 2 (78), pp. 435–450. (in Russ.).
13. Prokhorov D.F. [General principles of diagnosis and treatment of extragenital pathology during pregnancy]. *Glavvrach* [Head physician], 2018, no. 8, pp. 28–40. (in Russ.).
14. Semenova M.V., Nabeeva D.A. [Psychological features and state of health of the women threatened on premature birth]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia* [Modern problems of science and education], 2015, no. 3, p. 66. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18471> (accessed: 25.01.2020) (in Russ.).
15. Filippova G.G. [The development of the research into reproductive psychology at the department of general psychology and the history of psychology of Moscow University for the Humanities]. *Nauchnye trudy Moskovskogo gumanitarnogo universiteta* [Scientific works of the Moscow University for the Humanities], 2018, no. 1, pp. 6. (in Russ.).
16. Filonenko A.L., Bokhan T.G., Rogacheva T.V. [Anthropo-oriented bases of psychological support of gestation in women with the threatened miscarriage]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Journal of psychology], 2013, no. 5, pp. 78–86. (in Russ.).
17. Beck A.T. Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*, 1961, vol. 4, no. 6, pp. 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
18. Gilbert A., Patenaude V., Abenhaim H. Acute pancreatitis in pregnancy: a comparison of associated conditions, treatments and complications. *Journal of Perinatal Medicine*, 2014, vol. 42 (5), pp. 565–570. DOI: 10.1515/jpm-2013-0322
19. Karahasanovic A., Serensen S., Nilas L. First trimester pregnancy -associated plasma protein A and chorionic gonadotropin-beta in early and late preeclampsia. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 2014, vol. 52 (4), pp. 521–525. DOI: 10.1515/cclm-2013-0338

20. Rajasingam D.A., Seed P.T., Briley A.L. A prospective study of pregnancy outcome and biomarkers of oxidative stress in nulliparous obese women. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 2009, vol. 200, p. 395. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.10.047

21. Ware J.E., Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of life research*, 2001, vol. 10, is. 5v, pp. 405–413. DOI: 10.1023/A:1012588218728.

22. Williamson C., Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2014, no. 124 (1), p. 120. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000346.

Received 2 March 2020

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Системные клинико-психологические факторы риска угрозы прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией / А.Л. Ульянич, Л.А. Агаркова, С.Б. Лещинская и др. // Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13, № 2. – С. 46–61. DOI: 10.14529/jpps200205

FOR CITATION

Ul'yanich A.L., Agarkova L.A., Leshchinskaia S.B., Kutsenko I.G., Miheenko G.A. Systemic Clinical and Psychological Risk Factors of Threatened Miscarriage in Women with Extragenital Pathology. *Psychology. Psychophysiology*. 2020, vol. 13, no. 2, pp. 46–61. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps200205
