ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН, СОЗНАТЕЛЬНО ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

STUDY OF EMOTIONAL STATE AND MEANING SPHERE IN WOMEN
WHO CONSCIOUSLY REFUSED MEDICAL SUPPORT DURING PREGNANCY

Золотова И.А.

Ярославский государственный медицинский университет

Аннотация:

В статье рассматривается актуальность исследования феномена материнства в современном обществе в различных аспектах. Предполагается, что особенности уровня психоэмоциональной напряженности можно рассматривать как индикатор актуального функционального состояния у женщин в период беременности. Наличие двух конкурирующих доминантных очагов в перинатальном периоде, представленных как материнство и карьера, материнство и независимость, материнство и жизнеобеспечение семьи, материнство и саморазвитие, приводят к развитию внутриличностного конфликта. Разрешение внутриличностного конфликта способствует повышению психоэмоциональной напряженности. Количественное определение вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы позволяет выявить уровень психоэмоциональной напряженности. Описаны достоверные различия по выраженности вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы у женщин, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности и у женщин, заинтересованных в медицинском и психологическом сопровождении в период беременности. Субъективная категоризация трех интегральных показателей «Оценка», «Сила», «Активность» представительницами основной и контрольной групп также имеет значимые различия. Данная

Zolotova I.A.

Yaroslavl State Medical University

Abstract:

The article deals with the relevance of studying the phenomenon of motherhood in modern society in various aspects. It is assumed that the features of the level of psycho-emotional tension can be considered as an indicator of the actual functional state in women during pregnancy. The presence of two competing dominant foci in the perinatal period, represented as: motherhood and career, motherhood and independence, motherhood and life support of the family, motherhood and self-development, lead to the development of intrapersonal conflict. Resolution of intrapersonal conflict leads to an increase in psycho-emotional tension. Quantitative determination of the vegetative coefficient and the total deviation from the autogenic norm allows you to identify the level of psycho-emotional tension. Significant differences in the severity of the vegetative coefficient and the total deviation from the autogenic norm in women who consciously refused medical support during the period of pregnancy are described.

информация может быть учтена при разработке программы оптимизации функционального состояния женщин в перинатальном периоде.

Ключевые слова:

уровень психоэмоциональной напряженности, функциональное состояние, суммарное отклонение от аутогенной нормы, вегетативный коэффициент, субъективная категоризация трех интегральных показателей «Оценка», «Сила», «Активность»

Keywords:

level of psycho-emotional tension, functional state, cumulative deviation of efrom autogenic norm, vegetative factor, subjective category I three integral indicators, called "Assessment", "Force", "Activity"

Актуальность

Проблема материнства на современном этапе развития общества остается одной из самых актуальных, поскольку сохраняются негативные демографические показатели, отмечается нарастающая тенденция изменения семейных стереотипов и семейных ценностей, неуклонно растет снижение показателей репродуктивного здоровья населения, а также фиксируется рост представителей движения «чайлдфри» – свободные от детей» среди молодых людей детородного возраста. Одной из основных задач, отраженных в Концепции демографического развития РФ на период до 2025 года, является задача по укреплению репродуктивного здоровья населения [1].

Соответственно, организация системы непрерывного мониторинга функционального состояния беременной и родильницы, а также плода и новорожденного на всех этапах вынашивания, в период родоразрешения и в неонатальный период составляет один из ведущих аспектов перинатальной службы России [2]. В различных теоретических и прикладных исследованиях показано, что эффективность материнства опосредована множеством причин. Это ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности (Рыбовалюк, Кравцова, 2014), особенности психоэмоционального статуса (Лохина, Золотова, 2013), отсутствие дефицитарности в системе ресурсов (Хазова, 2014) [3-7]. Тем не менее, исследования, касающиеся актуального функционального состояния беременных женщин, сопровождающего состояние внутриличностного конфликта в перинатальном периоде, на данный момент отсутствуют. Следует отметить, что внутриличностный конфликт в виде конкуренции равно значимых ценностей материнство и карьера, материнство и независимость, материнство и жизнеобеспечение семьи, материнство и саморазвитие, явление, достаточно распространенное в современном мире [8]. Наличие конкурирующих ценностей способствует возникновению господствующего очага, подавляющего гестационную доминанту, и приводит к психоэмоциональным нарушениям в период беременности. Данный феномен подтверждают ранее проведенные исследования Н.Л. Мамышевой и И.Л. Шелехова [9].

Результатом дисбаланса является накопление некомпенсированных эффектов утомления и формирование состояния длительной фрустрации, которое, в свою очередь, приводит к росту психоэмоциональной напряженности.

Цель

Изучение особенностей психоэмоциональной напряженности как индикатора актуального функционального состояния у женщин, сознательно отказывающихся от медицинского и психологического сопровождения в период беременности.

Гипотеза исследования

Предположение о том, что уровень психоэмоциональной напряженности и субъективные, эмоционально-смысловые представления о себе у женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, имеют значимые отличия.

В данном исследовании нами были поставлены **задачи**:

1. Количественное определение уровня психоэмоциональной напряженности с помощью теста Люшера.
2. Выявление субъективных, эмоционально-смысловых представлений женщин о себе как показателей самоотношения и самооценности на момент родов с помощью методики личностного дифференциала.
3. Обработка, интерпретация и сравнение полученных результатов между двумя группами исследуемых: женщинами, отказавшимися от медицинского сопровождения, и женщинами, которые заинтересованы в медицинском и психологическом сопровождении в период беременности.

Материалы и методы

1. Метод клинической беседы с целью установления комплаенса и создания благоприятного фона для исследования. Особенность его проведения заключается в необходимости учитывать состояние женщины в раннем послеродовом периоде.
2. Тест Люшера, использующий феномен цветопредпочтения для диагностики нервно-психических состояний и внутриличностных конфликтов. Нами были рассмотрены показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы (СО) и вегетативный коэффициент (ВК) как индикаторы психоэмоционального состояния женщин в раннем неонатальном периоде.
3. Методика личностного дифференциала была использована нами для рассмотрения субъективной категоризации трех интегральных показателей, получивших название «Оценка», «Сила», «Активность», женщинами как показателей самоотношения и самооценности на момент родов.
4. Методы математической обработки статистических результатов с помощью статистического пакета Statistica 6.0 были использованы с целью интерпретации полученных результатов.

Исследование проводилось на базе родильных отделений различных медицинских организаций Центрального Региона в течение 3 лет на 4 день после родов. Выборка составила 120 респондентов. Нами была сформирована основная группа в количестве 60 человек. Ее представили женщины, сознательно отказавшиеся от медицинского и психологического

сопровождения в период беременности. Контрольную группу, в количестве 60 человек, представили женщины, заинтересованные в медицинском и психологическом сопровождении в период беременности и посещающие «Школу будущих мам».

При проведении клинической беседы было выявлено, что у женщин, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, в ценностно-смысловой сфере личности на первое место выходили текущие проблемы жизнеобеспечения. В каждом индивидуальном случае они были представлены по-особому. Тем не менее, их удалось структурировать в три основные категории: 1. Наличие детей, которых приходилось воспитывать без участия отца и без помощи родителей по причине деструктивных семейных отношений. 2. Наличие детей, у которых имеются проблемы, связанные со здоровьем. 3. Развитие профессиональной карьеры с целью отражения субъективной значимости. Объединяющим критерием выделенных категорий является наличие доминантного очага, подавляющего гестационную доминанту, и смысловая фиксация на необходимости расходования основных ресурсов в другом направлении – наиболее приоритетном в данный момент времени, чем протекание беременности и подготовка к родам.

35% женщин заявляли о нежеланности своего ребенка, 37% женщин позиционировали беременность не планированной, но желанной, 28% утверждали, что беременность является и запланированной, и желанной, но наступившей «несколько несвоевременно» и не способствующей реализации жизненных планов. При этом одним из базовых факторов развития ребенка, начиная с рождения, являются его отношения с близкими взрослыми людьми [10].

Результаты и их обсуждение

1. В результате исследования нами были выявлены достоверные различия по выраженности вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы у представительниц основной и контрольной групп.

Показатель суммарного отклонения (СО) является отражением нервно-психического состояния женщины, обеспечивающего необходимое функционирование физиологических и психологических функций организма для реализации репродуктивной задачи [8]. Значимость различий нами подтверждена с помощью критерия Манна-Уитни.

Численная оценка удаленности цветовых предпочтений от аутогенной нормы отражает состояние энергетического потенциала, который является значимым ресурсом для женщины в перинатальном периоде. Согласно интерпретации методики, чем выше значения СО, тем более выражена непродуктивность, напряженность, утомляемость. Максимальное значение СО равно 32 [11]. Среднее значение суммарного отклонения от аутогенной нормы у женщин, сознательно отказавшихся от медицинского и психологического сопровождения в период беременности, - 29,4, значительно превышает среднее значение суммарного отклонения от аутогенной нормы у женщин, регулярно посещающих всех специалистов – 19,4 ($U=20,0$, $p=0,000$) (табл. 1).

При анализе средних значений вегетативного коэффициента у представительниц основной и контрольной групп значимых различий выявлено не было. Однако необходи-

Таблица 1

Различия выраженности вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы у представительниц основной и контрольной групп

	Основная группа	Контрольная группа	U	p-level
Суммарное отклонение от аутогенной нормы	5410,000	1850,000	20,000	0,000000
Вегетативный коэффициент	3565,000	3695,000	1735,000	0,732982

мо указать, что значения вегетативного коэффициента у женщин контрольной группы расположены в интервале 0,7-2,2; среднее значение – 1,26, что фактически соответствует норме и определяет оптимальное функциональное состояние организма (рис. 1). Среднее значение вегетативного коэффициента у женщин основной группы – 1,45, при существенном разбросе значений в интервале 0,3-3,2. Крайние значения данного интервала являются показателем пассивного, энергосберегающего или непродуктивного поведения в виду ограничения или полного отсутствия внутренних ресурсов и характеризуются неспособностью реально оценивать ситуацию, невозможностью эффективно тратить энергию вовне.

Рис. 1. Распределение значений вегетативного коэффициента у женщин основной и контрольной групп

Анализ результатов позволяет говорить об особенностях психоэмоционального статуса представительниц основной группы, которые характеризуются снижением внутренних ресурсов, не отвечающим потребностям, которые предъявляет состояние беременности, и детерминирующим индифферентное отношение к новорожденному. Патогенное напряжение проявляется в изменении восприятия текущих событий, переживаний и поведения у женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, в виде незначимости наблюдения специалистами за состоянием здоровья самой женщины и за развитием плода.

2. Анализ эмпирических данных, полученных при проведении методики личностного дифференциала, показал различия в субъективных, смысловых представлениях женщин о себе, имеющих первостепенное значение для оценки самооотношения и самооценности.

Нами были получены следующие данные: 1/3 женщин, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, демонстрирует высокие значения по критерию «Оценка». Это свидетельствует о том, что испытуемая принимает себя как личность, склонна осознавать себя носителем позитивных, социально желательных характеристик и, в определенном смысле, удовлетворена собой. 68% представительниц из данной категории, демонстрируют максимально высокие значения, что свидетельствует о не критичном отношении к себе и отсутствии рефлексии. В сочетании с индифферентным отношением к новорожденному, проявляющимся в отрицании необходимости наблюдения за его состоянием, вероятно, демонстрирует сформированную психологическую защиту [11].

1/3 женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, демонстрирует низкие и максимально низкие значения по критерию «Оценка», что говорит о низкой самооценке, неуверенности в себе и собственных силах. Это отличает данную категорию женщин по заданному критерию «О» от женщин контрольной группы ($U=1218,5$; $p=0,002$) (табл. 2). Из них 36% женщин транслируют особо низкие значения этого фактора в самооценке. Что в сочетании с описанными нами ранее, значениями вегетативного коэффициента (95% необследованных женщин демонстрируют отличные от нормы показатели), говорит об отсутствии внутренних ресурсов и свидетельствует о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности (рис. 2). При этом всего лишь 3% представительниц контрольной группы демонстрируют низкие значения критерия оценки (О), минимально низкие значения отсутствуют у данной категории женщин.

Таблица 2

Значимость различий выраженности оценки (О), силы (С), активности (А)

	Основная группа	Контрольная группа	U	p-level
Критерий «О»	3048,500	4211,500	1218,500	0,002273
Критерий «С»	2890,500	4369,500	1060,500	0,000104
Критерий «А»	344,500	3715,500	1714,500	0,653606

Нами получены значимые различия по критерию силы «С» ($U=1060,5$, $p=0,000$). Фактор Силы (С) в самооценках 49% женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, имеет средние значения, что свидетельствует о развитии волевых сторон личности, как они осознаются респондентами. Его высокие значения демонстрируют 18% женщин, что говорят об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкие значения определяются у 33% женщин, отказавшихся от медицинского

сопровождения в период беременности, свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок. Особо низкие оценки демонстрируют 10% из этой подгруппы или 3% из всей выборки данной категории женщин, что свидетельствуют и указывают на общую астенизацию (рис. 3).

Рис. 2. Распределение значений по критерию «Оценка»

Рис. 3. Распределение значений по критерию «Сила»

Отличные результаты демонстрируют женщины контрольной группы. Фактор Силы (С) в самооценках 57% женщин имеет средние значения, его «высокие значения» демонстрируют 37% женщин контрольной группы, особо высокие оценки демонстрируют 9% из этой подгруппы или 3% из всей контрольной выборки, что говорит об уверенности в собственных силах, независимости от внешних обстоятельств и оценок, высоком потенциале, возможности доминирования. Низкие значения определяются у 6% представительниц контрольной группы.

Значимость различий выраженности оценки (О), силы (С), активности (А) нами подтверждена с помощью критерия Манна-Уитни.

Полученные данные подтверждают значения вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы и указывают на недостаточность эмоциональных и физических сил для действия в соответствии с реальной ситуацией материнства (табл.2). Это объясняет преобладание энергосберегающих форм поведения данной категории женщин, их установку на бездействие, неспособность изменения или преобразования реальной жизненной ситуации. Женщины, отказавшиеся от медицинского сопровождения в период беременности, проявляют минимум усилий для того, чтобы изменить ситуацию, отмечается неготовность к действию, выражена потребность в отдыхе, мобилизация ресурсов затруднена.

Представительницы данной группы, имеющие высокие значения фактора «Силы», а соответственно и высокие значения вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы, напротив, демонстрируют активное, но непродуктивное поведение, по типу эмоционального выгорания.

При субъективной категоризации по фактору «Активность» значимых различий у женщин основной и контрольной групп выявлено не было. Мы объяснили этот факт отсутствием влияния на формирование отношения к наступившей беременности такого свойства личности как экстраверсия или интроверсия (табл.2).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования подтвердили выдвинутую гипотезу о том, что уровень психоэмоциональной напряженности и субъективные, эмоционально-смысловые представления о себе у женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, имеют значимые отличия.

Выводы

1. Нами были описаны достоверные различия по выраженности вегетативного коэффициента и суммарного отклонения от аутогенной нормы у женщин, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности, и у женщин, заинтересованных в медицинском и психологическом сопровождении в период беременности.

2. Полученные данные при исследовании субъективной категоризации по факторам «Оценки» и «Силы» соотносятся с результатами, полученными при исследовании СО, от аутогенной нормы и ВК и транслируют дисбаланс состояния эмоциональных и физических сил в соответствии с ситуацией наступления беременности в условиях доминирования проблем жизнеобеспечения.

3. Это объясняет преобладание энергосберегающих форм поведения данной категории женщин в виде сознательного отказа от медицинского сопровождения в пренатальном периоде, их установку на бездействие, неспособность изменения или преобразования реальной жизненной ситуации.

4. Выявленные особенности психоэмоциональной напряженности, являются индикатором актуального функционального состояния у женщин в период

беременности и на момент родов. Актуальное функциональное состояние по результатам нашего исследования обуславливает формирование дисфункциональных отношений в системе «мать-дитя», проявляющееся в игнорировании интересов пренейта в исследовании и мониторинговании его состояния.

5. Мы подчеркиваем структурную сложность функционального состояния человека как системного явления, его комплексную детерминированность различными факторами и динамичность во времени.

6. Полученные в исследовании данные подтверждают необходимость учитывать особенности эмоциональной напряженности как индикатора актуального функционального состояния при психологическом сопровождении женщин на всех этапах перинатального периода. Меняющиеся требования реальной действительности, связанные с появлением новорожденного, и индивидуальные особенности принятия ролевого статуса «матери» в условиях неоднозначности ценностно-смысловой сферы личности с доминирующими текущими проблемами жизнеобеспечения, могут привести к психическим и эмоциональным перегрузкам женщины в постнатальном периоде и катализировать дальнейшее формирование дисфункциональных диадических отношений в системе «мать-дитя».

7. Данная информация может быть учтена при разработке программы оптимизации функционального состояния женщин в перинатальном периоде.

Конфликт интересов отсутствует.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Корниенко Д.С., Радостева А.Г., Харламова Т.М. Психология семьи. Основы перинатальной психологии и психологии родительства. Пермь; 2018.
2. Мезенцева Н.В. Психологические и психофизиологические корреляты функционального состояния беременной и плода, родильницы и новорожденного в перинатальном периоде. Дис. ... канд. мед. наук. Курган; 2012.
3. Рыбовалюк Л.Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношения беременной И.В. Добрякова. В сб.: II международная научно-практическая конференция «Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения»; Пенза-Москва-Витебск, 20-21 апреля 2012 г. Витебск; 2012.
4. Рыбовалюк Л.Н., Кравцова Н.А. Возраст как один из факторов, определяющих психологический компонент гестационной доминанты // Медицинская психология в России. 2012. №4 (15).
5. Лохина Е.В. Особенности психоэмоционального состояния беременных и формирование

REFERENCES:

1. Kornienko DS, Radosteva AG, Kharlamova TM. *Psikhologiya sem'i. Osnovy perinatal'noy psikhologii i psikhologii roditel'stva*. Perm'. 2018. (In Russ).
2. Mezentseva NV. *Psikhologicheskie i psikhofiziologicheskie korrelyaty funktsional'nogo sostoyaniya beremennoy i ploda, roditel'nitsy i novorozhden'nogo v perinatal'nom periode* [dissertation]. Kurgan; 2012. (In Russ).
3. Rybovalyuk LN. Vydelenie podtipov PKGD na osnove testa otnosheniya beremennoy I.V. Dobryakova [Abstract]. In: II mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Sotsial'nye nauki i obshchestvennoe zdorov'e: teoreticheskie podkhody, empiricheskie issledovaniya, prakticheskie resheniya»; Penza, Moscow, Vitebsk, 20-21 April 2012. Vitebsk; 2012. (In Russ).
4. Rybovalyuk LN, Kravtsova NA. Vozrast kak odin iz faktorov, opredelyayushchikh psikhologicheskiiy komponent gestatsionnoy dominanty. *Meditsinskaya Psikhologiya v Rossii*. 2012;(4). (In Russ).
5. Lokhina EV. Osobennosti psikhoemotsional'nogo sostoyaniya beremennykh i formirovanie

психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре беременности // Современные проблемы науки и образования. 2013. №2. doi: 10.17513/spno.2013.2

6. Золотова И.А. Психоэмоциональный статус как отражение состояния ресурсов у женщин, не встающих на учет по беременности // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2012. Т. 18, №2. С. 55-59.

7. Хазова С.А. Дефицитарная система ресурсов несовладающих беременных женщин. В сб.: II Всероссийская научная конференция «Психология психических состояний: актуальные теоретические и прикладные проблемы»; Казань, 2013 г. Казань; 2013. Т. 2. С. 312-317.

8. Золотова И.А. Отношение к отцу ребенка как фактор формирования отношения к новорожденному у несовладающих женщин. В сб.: Международная научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии»; Санкт-петербург, 23-25 мая 2012 г. СПб.; 2012. С. 173-177.

9. Мамышева Н.Л., Шелехов И.Л. Материнство в зеркале внутрилличностного конфликта // Вестник ТПУ. 2005. Т. 45, №1. С. 91-93.

10. Шишкова И.М. Влияние семейных факторов на формирование внутренней картины здоровья ребенка // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2018. Т. 6, №3 (22). Доступно по: доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=340>. Ссылка активна на 01 июня 2021. doi: 10.23888/20183563-574

11. Щукина Е.Г., Макарова А.А., Чумакова Г.Н. Развитие диадных отношений в системе «мать - младенец» при тревожном переживании беременности // Мир психологии. 2008. №1. С. 77-88.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Золотова Ирина Александровна – кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии, Ярославский государственный медицинский университет; 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5. E-mail: iazolotova@mail.ru

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 07.06.2021.

ДАТА ПРИНЯТИЯ: 01.12.2021.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Золотова И.А. Исследование эмоционального состояния и смысловой сферы женщин, сознательно отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9, № 4 (35). С. 403-412. Доступно по: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=510>. Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi: 10.23888/humJ20214403-412

psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoy dominanty v tret'em trimestre beremennosti. *Sovremennye Problemy Nauki i Obrazovaniya*. 2013;(2):14-20. (In Russ). doi: 10.17513/spno.2013.2

6. Zolotova IA. Psikhoemotsional'nyy status kak otrazhenie sostoyaniya resursov u zhenshchin, ne vstayushchikh na uchet po beremennosti. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N.A. Nekrasova*. 2012;18(2):55-9. (In Russ).

7. Khazova SA. Defitsitarnaya sistema resursov nesovladayushchikh beremennykh zhenshchin [Abstract]. In: II Vserossiyskaya nauchnaya konferentsiya «Psikhologiya psikhicheskikh sostoyaniy: aktual'nye teoreticheskie i prikladnye problemy»; Kazan, 2013. Kazan; 2013;2:312-7. (In Russ).

8. Zolotova IA. Otnoshenie k ottsu rebenka kak faktor formirovaniya otnosheniya k novorozhdenному u nesovladayushchikh zhenshchin [Abstract]. In: Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Reproduktivnoe zdorov'e sem'i v perinatal'noy psikhologii»; Saint-Petersburg, 23-25 May 2012. Saint-Petersburg; 2012. P. 173-7. (In Russ).

9. Mamysheva NL, Shelekhov IL. Materinstvo v zerkale vnutrilichnostnogo konflikta. *Vestnik TPGU*. 2005;45(1):312-7. (In Russ).

10. Shishkova IM. The family factors influence on the formation of child's subject pattern of health. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2018;6(3). Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=340>. Accessed: 2021 June 01. doi: 10.23888/20183563-574. (In Russ).

11. Shchukina EG, Makarova AA, Chumakova GN. Razvitie diadnykh otnosheniy v sisteme «mat' - mladenets» pri trevozhnom perezhivanii beremennosti. *Mir Psikhologii*. 2008;(1):77-88. (In Russ).

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

Zolotova Irina A. – Cand. Sci. (Psych.), Senior Lecturer of the Department of Clinical Psychology, Yaroslavl State Medical University; 5, Revolutionary str., 150000, Yaroslavl. E-mail: iazolotova@mail.ru

PAPER RECEIVED: 07.06.2021.

PAPER ACCEPTED: 01.12.2021.

FOR CITATION:

Zolotova IA. Study of emotional state and meaning sphere in women who consciously refused medical support during pregnancy. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2021;9(4):403-12. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=510>. Accessed: dd Month yyyy. doi: 10.23888/humJ20214403-412