

РАЗДЕЛ 3. Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты

**Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Перинатальная психология – один из сравнительно новых развивающихся последние десятилетия разделов медицинской (клинической) психологии. Собственно выделение этого раздела было обусловлено появлением новых представлений о ранних этапах онтогенеза, способствующих улучшению оказания психологической и психотерапевтической помощи во время беременности, родов, постнатального периода, решению некоторых актуальных проблемам общества, прежде всего, демографических. Перинатальная психология имеет межотраслевой характер, так как изучает возможности и пути повышения психологических ресурсов и адаптационных возможностей женщины и ребенка, гармонизации их взаимоотношений и охраны их здоровья, решая тем самым задачи, стоящие как перед здравоохранением, так и перед образованием и социальной помощью населению.

Поскольку направление это сравнительно новое, встречаются различные его определения. Так Г.Г. Филиппова считает ее не разделом медицинской психологии, а самостоятельным направлением, занимающимся проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах [40]. Также новым научным направлением, разработанным на основе анализа психологических аспектов осложнений и нервно-психических расстройств при беременности и в послеродовом периоде, называют перинатальную психологию В.В. Абрамченко и Н.П. Коваленко [2]. Однако, многие исследователи понимают под перинатальной психологией раздел медицинской психологии, изучающий закономерности психического развития человека от зачатия до первых трех лет жизни после рождения, в контексте взаимодействия пренейта (а затем младенца) с матерью [15; 21; 32 и др.], то есть, так назы-

ваемую, диадой. Под диадой понимается уникальное образование, состоящее из двух живых организмов (матери и ребенка), имеющих общие телесные и психические границы. Причем мать представляет собой сложноорганизованную личность, а ребенок развивающуюся [10; 45]. Также в задачи перинатальной психологии входит изучение взаимоотношений работников учреждений акушерско-гинекологического профиля с пациентками, их родственниками, разработка методик оказания психологической и психотерапевтической помощи женщинам, их мужьям и родственникам в случае непроизвольного прерывания беременности, гибели ребенка в родах, рождения ребенка с врожденной патологией [15]. Структурированию перинатальной психологии способствовало создание учения о материнской доминанте. Академик А.А. Ухтомским понимал под доминантой образование, складывающееся в организме в ответ на действие среды и объединяющее воедино нервные центры и исполнительные органы, принадлежащие к различным анатомо-физиологическим системам, ради приспособления к совершенно определенному фактору среды – ради решения выдвигаемой средой задачи [39]. Можно полагать, что в основе формирования единой функциональной системы, охватывающей весь организм женщины, нацеленной на зачатие, вынашивание плода и рождение ребенка, т.е. на продолжение существования вида как такового, лежит принцип доминанты А.А. Ухтомского. Такая доминанта, характеризующаяся последовательно протекающими, сменяющимися друг друга и генетически предопределенными, имеющими ярко выраженную гормональную основу, различными функциональными состояниями, направленными на достижение конечной цели – вынашивание, рождение младенца и его выхаживание, получила название материнской доминанты [4; 6; 7; 33]. В основе появления такой доминанты лежат процессы адаптации к новым условиям сосуществования двух организмов матери и пренейта (после рождения – младенца) как единого целого. Материнскую доминанту последовательно составляют: доминанта зачатия, доминанта беременности (гестационная), родовая (натальная) доминанта, доминанта выхаживания младенца (лактационная). Каждая из перечисленных доминант включает физиологический компонент и психологический ком-

понент. Они соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребёнка. Такой подход к пониманию сути перинатальной психологии позволяет включить в ее состав психологию процессов зачатия, вынашивания беременности, родов, раннего постнатального периода. Причем постнатальный период ограничен периодом времени существования диады. Его окончание знаменуется появлением у ребенка самосознания, проявляющееся появлением выраженной потребности к самостоятельности, сепарации от матери, а также использования в речи местоимения «Я» [10; 15; 36], что происходит при нормальном развитии примерно к трем годам. Таким образом, происходит то, что M.S. Mahler назвала психологическим рождением [26].

Основными методами исследования в перинатальной психологии являются методы включенного наблюдения и беседы (интервью). Однако появление нового раздела медицинской психологии потребовало также формирования арсенала для проведения психологических исследований, соответствующих трем последовательным периодам материнской доминанты: антенатальный (зачатия, беременности), интранатальный (родов), постнатальный (выхаживания, лактации). Подбор используемых психологических методик и создание новых инструментов для исследования должны были проводиться с учетом специфики объектов исследования, в связи с этим к ним необходимо предъявлять ряд требований. Методики должны учитывать стадию развития диады мать-пренейт, мать-младенец; состояние соматического и психического состояния здоровья женщины, подвергаемой обследованию. На практике перинатальные психологи применяют как широко применяемые в медицинской психологии методики, так и создают новые специально для своей работы. Важно учесть, что исследования не должны быть чрезмерно трудоемкими, не должны повышать уровень тревоги обследуемых, в противном случае возможно возникновение психологений.

Рассмотрим некоторые психологические методики, используемые в антенатальном периоде. *На стадии планирования зачатия* психологические методики могут понадобиться при ком-

плексной оценке репродуктивного потенциала супружеской пары. Особенно это необходимо при ненаступлении беременности продолжительное время как у пар, имеющих проблемы репродуктивного здоровья и получающих лечение у врачей, так и без видимых нарушений соматического репродуктивного здоровья как у женщины, так и у мужчины. При этом перинатальные психологи в процессе беседы выясняют особенности психического состояние супругов, наличие у них проявлений нервно-психических расстройств, насколько гармоничны их отношения. Важно оценить явные и скрытые мотивы желания каждого партнера иметь ребенка, оценивают их совпадение, конструктивность. При опросе женщин о мотивах зачатия они, как правило, называют не один, а несколько мотивов. При этом 80% из них основным мотивом зачатия считали выполнение женского долга, что говорит о высокой обусловленности принятия решения иметь ребёнка социальными установками [37]. Важно выявлять, так называемое, травматическое зачатие, при котором женщина не готова стать матерью, но согласилась забеременеть (или оставить случайную беременность), уступив настоятельным просьбам нелюбимого мужчины или своей матери, мечтающей о внуке, врача [43]. Выявление мотивов зачатия может быть необходимым не только перед зачатием, но и у беременных женщин. Результаты такого исследования нередко помогают объяснить невротические реакции женщин, осложнения течения беременности и принять адекватные меры.

Для выяснения отношения к зачатию, беременности мы разработали методический прием, который называли ассоциативным ромбом. Мужчине и женщине предлагается независимо друг от друга написать существительные, которые ассоциируются у них с заданным словом, а затем ассоциации, связанные с написанными словами. В результате ассоциативные цепочки выстраиваются в форме ромба. В качестве примера приводим такие ромбы, полученные в результате исследования женщины, обратившейся за психологической помощью по поводу беременности, которая не наступает, несмотря на желание и старания супругов.

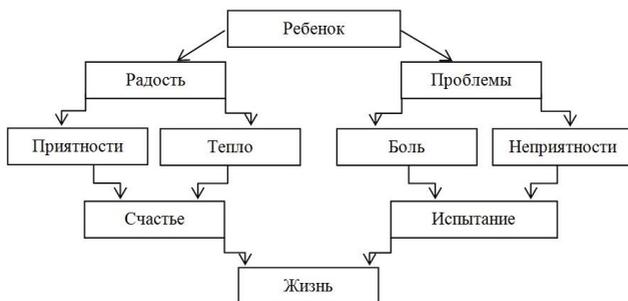


Рис. 1 Ассоциации женщины на слово «ребенок»

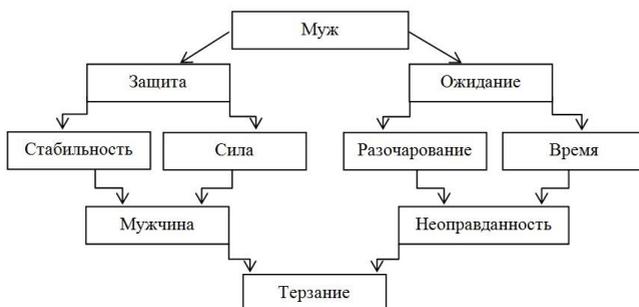


Рис. 2 Ассоциации женщины на слово «муж»



Рис. 3 Ассоциации женщины на слово «беременность»

Результаты такого и следования наглядно показывают, что необходимо переформулирование запроса супругов. Вначале они нуждаются в семейной психотерапии, направленной на гармонизацию их отношений. Только после ее успешного завершения возможна дальнейшая работа, направленная на возникновение беременности. Перинатальные психологи, проходившие у

нас тематическое усовершенствование и ознакомленные нами с этим методическим приемом, положительно отозвались о нем, широко используют его в разных городах Российской Федерации. В настоящее время совместно с профессором И.А. Горьковой мы проводим разработку психологического теста, основанного на использовании ассоциативного ромба.

О.В. Магденко и И.А. Стоянова считают важным выявление доминирующего репродуктивного мотива для оказания психологической помощи женщинам при становлении их материнской ролевой идентичности. С этой целью ими разработана анкета «Моя беременность», содержащая 70 утверждений, с которыми женщина соглашается или нет [24]. В результате авторы могут определить, какая репродуктивная мотивация доминирует:

- беременность ради самого ребенка;
- беременность для любимого мужчины;
- беременность для соответствия социальному статусу;
- беременность как протест;
- беременность для сохранения отношений;
- беременность как отказ от настоящего;
- беременность для сохранения собственного здоровья;
- беременность для получения материальной выгоды;
- беременность как уход от одиночества;
- беременность для рождения ребенка определенного пола;
- беременность для получения поддержки в старости;
- беременность в связи с религиозными убеждениями;
- беременность как привлекательность неизвестного, как интерес

Анализ результатов ответов может установить степень их искренности, а кроме того результаты анкетирования позволяют выявить планировалась ли беременность, желанной она была или нет [24].

Безусловно, в психологическом обследовании и сопровождении нуждаются пары при использовании вспомогательных репродуктивных технологий, суррогатного материнства.

На *стадии беременности (гестации)*, помимо указанных методик, используются как находящиеся в арсенале медицинского психолога, так и специально разрабатываемые.

К первой группе относится множество известных методик, используемых перинатальными психологами как в практике, так и для научных исследований. Среди наиболее часто встречающихся нужно назвать проверенные временем методику САН (самочувствие, активность, настроение) [1; 18; 20], шкалу самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, представляющую собой разработанную в 1972 году Ch. Spielberger шкалу State-Trait Anxiety Inventory (STAI) и адаптированную в России в 1976 году Ю.Л. Ханиным, позволяющую дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние [1; 5; 34]. Нередко используют для исследования беременных женщин популярные, но трудоемкие анкетные методы оценки индивидуально-психологических особенностей личности, такие как Многофакторный личностный опросник (Sixteen Personality Factor Questionnaire – 16PF) R.B. Kettella, состоящий из трех разделов. Опросник имеет три формы: А, В, С. Причем разделы А и В содержат по 187 вопросов каждая, а раздел С – 105 вопросов. С нашей точки зрения, исследование с помощью этого опросника слишком утомительно для беременных женщин, а сама процедура может повлечь неблагоприятные результаты. То же самое можно сказать о разработанном американскими психологами S. Hathaway, G. McKinley в 1943 году Миннесотском многоаспектном личностном опроснике (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI), включающим 566 различных утверждений, на которые испытуемому необходимо дать положительный или отрицательный ответ, отражающий особенности его личности [1].

Для оценки семейных ролей, родительских установок нередко перинатальными психологами применяется методика Parental Attitude Research Instrument (PARI), разработанная американскими психологами E.S. Schaefer и R.Q. Bell и содержащая 115 суждений [3; 11; 32]. Для исследования особенностей семейных взаимоотношений, положения в системе межличностных отношений испытуемого удобно использовать проективную методику «Семейная социограмма» [29; 42]. Подробные сведения об

этих методиках и их использовании можно найти в литературных источниках, приведенных в конце данной статьи.

Многие перинатальные психологи сами разрабатывают опросники для своих пациенток, исходя из конкретных целей. К сожалению, большинство из них не стандартизированы и не верифицированы, хотя и дают интересные результаты. Пожалуй, единственной разработанной в России специально для использования перинатальными психологами отечественной методикой, признанной в 2014 году изобретением и получившей патент № 2572164, является «Способ тестирования состояния эмоционально-мотивационной сферы беременной» (авторы И.В. Добряков и О.В. Прохорова). Основа изобретения – популярный стандартизированная методика Тест Отношений Беременной (ТОБ) [13]. Теоретической базой теста является теория о гестационной доминанте [4; 6; 33] и представление В.Н. Мякишева о личности как динамической системы отношений [27; 28]. При возникновении кризисной ситуации, характеризующейся наличием определенной даты ее начала, необычайно сильных переживаний и напряжением адаптивных механизмов с целью выхода из кризиса [44]. При этом возникает единая функциональная система (доминанта), охватывающая весь организм человека. Проявляется доминанта изменениями в личностной системе отношений. Женщина, понявшая, что она беременна, независимо от того радостное это для нее известие или нет, оказывается всегда в ситуации, имеющей все признаки кризиса. Это приводит к изменениям в системе отношений ее личности. Особенности этих изменений влияют на развитие психологического компонента гестационной доминанты. В процессе работы под руководством академика А.С. Батуева нами в 1996 году в результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выявлено 5 вариантов психологического компонента гестационной доминанты (оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный) [12]. Мы отмечали, как беременность изменила их отношения к мужу, к окружающим людям. Особый интерес представлял, как сама женщина относится к своей беременности, к ребенку, которого вынашивает, к предстоящим родам, к кормлению гру-

дью. Интересно, что независимо от нас, изучая один из элементов психологического компонента гестационной доминанты (а именно – отношение женщин к своей беременности), Г.Г. Филиппова пришла к схожим результатам. Она описывает адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий «стили переживания беременности» [40]. Используя высказывания, отражающие особенности системы отношений беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты, мы и разработали тест отношений беременных (ТОБ) [13; 16]. Определение варианта психологического компонента гестационной доминанты позволяет разобраться в том, как складываются отношения в семье в связи с беременностью, разделить условно женщин на три группы.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты. *Вторая группа* может быть названа «группой риска». В неё следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипонозогнозический, иногда тревожный варианты психологического компонента гестационной доминанты. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестозический и тревожный варианты психологического компонента гестационной доминанты, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный вариант психологического компонента гестационной доминанты. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Тест Отношений Беременной (ТОБ) – скрининговый. Он даёт возможность судить о типе психологического компонента гестационной доминанты, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной.

Тест позволяет выявлять предрасположенность к нервно-психическим нарушениям у беременных женщин на ранних этапах их развития, связанные с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Простота использования теста и его информативность послужили причиной рекомендовать его использование перинатальным психологам, работающим в женских консультациях. Он включен в методические рекомендации Минздрава РФ «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации» 06/370/855, утвержденные В.И. Скворцовой [14]. Тест отношений беременности успешно используется специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и Челябинска, а также многих других городов Российской Федерации. Тест применяется в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литвы и др. Он переведён на английский, армянский, кыргызский, латышский, французский языки. Тест опубликован и рекомендуется к применению многими изданиями, в которых можно найти его подробное описание и инструкцию к использованию [8; 14; 15; 17; 30; 32 и др.]. ТОБ активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами [19; 23; 35; 38 и др.], так и врачами [22; 25; 31 и др.].

Однако ТОБ не содержит тестовых заданий, ответы на которые характеризовали бы состояние беременной женщины перед тестированием, а именно: усталость, перенапряжение, недомогание и т. п., что может отразиться на результатах исследования. Чтобы устранить это было решено предварительно провести оценку функционального и эмоционального состояний беременной женщины с помощью уже упоминавшейся, проверенной временем методики САН (самочувствие, активность, настроение). Если результат оценки удовлетворительный, то выполняется обследование женщины при помощи теста отношения беременной, если результат оценки функционального и эмоционального состояний женщины неудовлетворительный, то женщине проводят психокоррекцию эмоционально-мотивационной сферы методом позитивной психотерапии. Потом повторно оценивают функциональное и эмоциональное состояния беремен-

ной женщины и, если результат оценки удовлетворительный, то выполняют обследование женщины при помощи теста отношений беременной. Таким образом, «Способ тестирования состояния эмоционально-мотивационной сферы беременной» повышает достоверность полученной характеристики психологического компонента гестационной доминанты женщины, а, следовательно, снижает вероятность оказания беременной неправильной медицинской помощи, снижает риск осложнений в течении беременности и в родах.

Большой интерес представляет разработка для исследования женщин в антенатальном периоде проективных методик. Примером одной из так их популярных методик может служить проективный тест, предназначенный для исследования материнской сферы у беременных «Я и мой ребенок». Его разработала Г.Г. Филиппова [41]. По мнению автора теста, результаты позволяют изучить динамику психического состояния женщины во время беременности. Испытуемой женщине предлагается сделать на стандартном листе рисунок себя и своего ребенка, используя цветные карандаши 12 цветов. При оценке результатов обращают внимание на наличие на рисунки и автора, и ребенка. Учитывается их расстояние друг от друга, взаимодействие, окружение. По принятым в рисуночных тестах формальным признакам (расположение на листе, размер фигур, характер линий, раскраски и пр.) проводится субъективная оценка. Наиболее диагностически значимыми Г.Г. Филиппова считает отсутствие на рисунке автора; отсутствие на рисунке ее ребенка; замену образа себя и/или ребенка на символ, растение, животное; укрытие ребенка в коляске, кровати, животе матери; изоляция ребенка; большое расстояние между матерью и ребенком. По результатам тестирования Г.Г. Филипповой удалось выделить 4 категории материнской сферы: благоприятная ситуация; незначительные симптомы тревоги; наличие тревоги и неуверенности в себе; конфликт с беременностью [41].

Также Г.Г. Филиппова использует проективные рисуночные тесты проективные рисуночные тесты «Моя семья», «Я – ребенок и моя мама» [41] и на другие темы в зависимости от ситуации. Их применение решает вопросы не только диагностики (которая очень субъективна, а потому трудна), но и установле-

ния с пациенткой доверительного отношения. снятия напряжения я, структурирования беседы. Брутман В.И., Филиппова Г.Г. и Хамитова И.Ю. разработали и используют проективные методики «Фигуры», тест «Эпитеты» [9].

При проективных тестах исследуются интерпретации проекций испытуемого на стимульный материал. При оценке результатов очень важны профессионализм и опыт исследователя, в противном случае интерпретироваться будут не только и не столько проекции испытуемого, сколько его собственные.

В кратком обзоре удалось коснуться лишь некоторых психологических методик в области и проблем их создания. Желаясь познакомиться с ними поближе могут сделать это, используя приведенные источники. Надеемся, при этом могут возникнуть новые идеи, желания научного поиска, творчества.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 3350 с.
3. Архиреева Т.В. Методика измерений родительских установок и реакций // Вопросы психологии. – 2002. – №5. – С. 144-152.
4. Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. – М.: Медицина, 1967. – 476 с.
5. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб.: Речь, 2005. – С. 44-49.
6. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // «Детский стресс – мозг и поведение»: тезисы докладов научно-практ. конф. – СПб.: Междунар. Фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996. – С. 3-4.
7. Батуев А. С., Соколова Л. В. Биологическое и социальное в природе человека // «Биосоциальная природа материнства и раннего детства» под ред. А. С. Батуева. – СПб.: Изд-во С.ПбГУ, 2007. – С. 8-40.
8. Билецкая М. П., Маликова Т. В., Семейная психология и семейная психотерапия. Часть I. Перинатальный период развития. Учебно-методическое пособие. – СПб.: изд. СПбГПМА, 2008. – 84 с.
9. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. №3 – С. 110-118.

10. Винникотт Д. В. (Winnicott D. W., 1966) Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
11. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Измерение родительских установок и реакций // Практикум по возрастной психологии. – СПб.: Речь, 2001. – 688 с.
12. Добряков И.В. Типология гестационной доминанты // материалы 3-й международной конференции. – СПб: ЮНЕСКО, МО России, 1996. – С. 21-22.
13. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сборник материалов конференции под редакцией И .В. Добрякова, Н. П. Коваленко. – СПб.: НИИ Ак. и Гинеко. им. Д.О. Отта, Межрег. Ассоч. Перинат. Психологии и Медицины России, 2001. – С. 39-48.
14. Добряков И.В., Макушкин Е.В., Костерина Е.М. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ, 2009. – 28 с.
15. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
16. Добряков И.В. Разработка и валидизация методики определения особенностей психологического компонента гестационной доминанты. // Журнал «Психологическое здоровье». – №7. – 2011. – С.42-47.
17. Добрянская Р. Г., Евтушенко И. Д., Залевский Г. В. Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам: методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск: Сибирский ГМУ, 2005. – 59 с.
18. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.
19. Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.
20. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
21. Кельмансон И.А Перинатология и перинатальная психология : учебн. пособие. – СПб.: СпецЛит. – 226 с.
22. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с зада-

- чами психотерапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2010. – 20 с.
23. Магденко О.В. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Томск, 2012. – 23 с.
 24. Магденко О.В., Стоянова И.А. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. – Новосибирск, Томск: Полиграфическая компания, ИП Малыгин, 2012. – 224 с.
 25. Макарова А. А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать-ребёнок». – Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Архангельск, 2006. – 22 с.
 26. Малер М.С. (Mahler M.S., 1975) Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация / Маргарет С. Малер, Фред Пайн, Анни Бергман; пер. с англ.: [Е.А. Шадрова, Е.А. Перова]. – Москва: Когито-Центр, 2011. – 411 с.
 27. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
 28. Мясищев В.Н., Голиков Н.В. (1974) Теория отношений и принцип доминанты в психофизиологической деятельности человека // Мясищев В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды. – М.: Изд. «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
 29. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. – СПб.: Речь, 2010. – 223 с.
 30. Олифиревич Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
 31. Прохорова О.В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности. – Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Самара, 2006. – 30 с.
 32. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г. Перинатальная психология. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 143 с.
 33. Смирнов А.Г. Взаимосвязь ЭЭГ беременных женщин с их уровнем тревожности // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2005. – Т. 55, № 3. – С. 305-314.
 34. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия. – сост. В.М. Астапов. – СПб.: Пер Сэ, 2008. – С. 85-99.],
 35. Спицина Н. К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис. канд. наук. – СПб., 2008. – 20 с.

36. Стерн Д. Н. (Stern D. N., 1985) Межличностный мир ребёнка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / пер с англ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 376 с.
37. Трушкина С.В. Мотивы рождения ребёнка у женщин с осложнённым акушерским анамнезом // Здоровье женщины. Вопросы профилактики и оздоровления: Мат. научно-практ. конф. 2-4 марта 2005 г. / под ред. И.В. Добрякова и Ю.И. Мусийчука. – СПб.: Комитет здравоохранения Правительства СПб., 2005. – С. 88-89.
38. Урусова О. А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.
39. Ухтомский А. А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.
40. Филиппова Г. Г. Психология материнства. – М.: Изд. Ин-та ПТ, 2002. – 240 с.
41. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными. – Исследовательский Центр Семьи и Детства РАО, Научный Центр Психического Здоровья РАМН. – <http://www.childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php>
42. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва и др.: Питер, 2008. – 668 с.
43. Эмерсон В.Р. (Emerson W.R.) Ранимый принейт // Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. / под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб. – Хайфа: Издательство ИПТП, 2005. – С. 98-123.
44. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Göttingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609-643.
45. Lebovici S. Le nourrisson, la mere et le psychoanaliste: les interactions precoces. – Paris, Le Centurion, 1983.

Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КЛИНИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ
ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Расстройства аутистического спектра (РАС) и детская шизофрения (ДШ) представляют наиболее сложные, дискуссионные проблемы современной психиатрии и смежных наук. Актуаль-