

УДК 159.9

Пазарацкас Е.А., Бурина Е.А., Абабков В.А., Капранова С.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Динамика психологического состояния женщин в период беременности и после родов¹

Dynamics of psychological state of women during pregnancy and after childbirth

Аннотация

В данной статье рассматривается беременность как макрострессовое событие. Было проведено клинико-психологическое исследование, направленное на изучение динамики психологического состояния и уровня дистресса у женщин во время беременности и после родов, в том числе до и после психокоррекционного вмешательства. Теоретической основой исследования явилась транзактная теория стресса. Выборку составили 40 женщин, средний возраст 30 лет. Дизайн исследования предполагал лонгитюд с 3 измерениями. Был разработан методический аппарат, отвечающий исследовательским задачам. В рамках исследования было реализовано краткосрочное групповое психологическое вмешательство при дистрессе беременных женщин. Результаты исследования показали значимые изменения по всем изученным показателям (симптоматические жалобы, уровень воспринимаемого стресса, копинг-стратегии). Полученные результаты свидетельствуют об эффективности проведенного вмешательства.

Ключевые слова: беременность, дистресс, краткосрочное вмешательство, психологическая интервенция, психокоррекция, уровень воспринимаемого стресса, копинг-стратегии

Abstract

This article discusses pregnancy as a macrostress event. A clinical and psychological research was carried out aimed at studying the dynamics of the psychological state and the level of distress in women during pregnancy and after childbirth, including before and after brief psychological intervention. The theoretical basis of the study was the transactional theory of stress. The sample consisted of 40 women, average age – 30 years. The study was designed with 3 dimensions longitude. A methodological base was developed to meet the research objectives. As part of the study, a brief group psychological intervention was implemented in case of distress in pregnant women. The research results showed significant changes in all studied indicators (symptomatic complaints, the level of perceived stress, coping strategies). The results obtained indicate the effectiveness of the intervention.

Keywords: pregnancy, distress, brief intervention, psychological intervention, psychocorrection, perceived stress level, coping strategies

Введение

Беременность – макрострессовое событие, период особого продолжительного стресса (как эустресса, так и дистресса), следовательно, у многих женщин могут возникать различные симптомы, преимущественно

¹ Исследование выполняется при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00417а.

невротического уровня. Обычно сопровождение беременности успешно реализуется на клиническом уровне, в том числе, в рамках женских консультаций. При этом четко прослеживается необходимость психологического сопровождения, включающего необходимое вмешательство, что на данный момент осуществляется явно в недостаточной степени. Решение данной задачи может способствовать улучшению психического и физического здоровья как женщин, так и новорожденных.

Базовое психологическое сопровождение включает информирование беременных женщин о различных аспектах их состояния, в частности, данную функцию призваны выполнять различные школы материнства, а также индивидуальные психологические сессии в рамках женских консультаций или других медико-психологических центров.

В период беременности женщина переживает не только положительные, но и отрицательные эмоции и зачастую, навязанная социумом когнитивная установка «беременная должна испытывать только положительные эмоции», ведет к субъективному принятию своих отрицательных эмоций, что, как следствие, фрустрирует беременную женщину. Наблюдение и психологические беседы в практической работе с беременными часто выявляют у них потребность в проявлении обиды, вспышек гнева, раздражения и других отрицательных эмоций, которые они подавляют, субъективно считая их недопустимыми в период вынашивания ребенка. Сексуальное влечение или, наоборот, его временная потеря зачастую замалчиваются; недовольство поведением особо значимых людей не проговаривается; материальное обеспечение в период декретного отпуска вызывает высокую озабоченность. Еще одной причиной психоэмоционального напряжения беременных является часто встречающееся недоверие к медицинскому персоналу, сформированное в более ранние периоды жизни, которое обостряется в период беременности. Перечисленные и другие особенности эмоциональной и когнитивной сфер беременной ведут к

нарушениям в системе ее отношений и требуют психологической коррекции, которая учитывала бы ограниченность по времени и особое физиологическое и эмоциональное состояние женщины в период беременности.

Таким образом, зачастую во время беременности у женщин возникают определенные ситуации и состояния, которые требуют более значительного психологического вмешательства. Такой интервенцией может являться разработанная для отечественных условий Е.Б. Мизиновой еще в 2004 году краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Краткосрочная динамическая групповая психотерапия невротических расстройств, 2011). Выбор для работы с беременными женщинами данного психотерапевтического подхода обусловлен необходимостью учитывать ограниченность во времени гестационным сроком, а также особенностями психоэмоциональной и когнитивной сфер беременной. Данный метод психотерапии лег в основу группового психологического вмешательства в работе с беременными женщинами в рамках текущего исследования.

Основные положения и принципы краткосрочной групповой динамической психотерапии

Целью краткосрочного варианта групповой динамической психотерапии является коррекция неадекватных отношений, связанных с субъективной неразрешимостью психотравмирующей ситуации, обусловивших невротическую симптоматику и способствующих ее поддержанию.

Задачи предложенного варианта групповой психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), самоотношении (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект).

Основные концептуальные положения и механизмы лечебного действия краткосрочной групповой динамической психотерапии:

- 1) введение ограничения во времени в качестве механизма лечебного действия;
- 2) ограничение терапевтических целей;
- 3) решение психотерапевтических задач путем использования в качестве основных механизмов лечебного действия более интенсивной обратной связи и более насыщенной эмоциональной поддержки;
- 4) анализ поведения, чувств, межличностных интеракций в контексте «здесь и сейчас» с обязательным переходом в плоскость реальных отношений «там и тогда»;
- 5) активная позиция психотерапевта;
- 6) эмоциональное отреагирование как важная часть психотерапевтического процесса;
- 7) интеграция в краткосрочную групповую динамическую психотерапию различных технических приемов.

Краткосрочное групповое психологическое вмешательство при дистрессе беременных женщин

Предлагаемое психологическое вмешательство основывается на основных концептуальных положениях и механизмах лечебного действия краткосрочной групповой динамической психотерапии, имеет сходные фазы и этапы, однако, имеет указанные ниже отличия, и включает, в частности, более широкое применение арттерапевтических техник. В необходимых случаях групповая работа может сопровождаться единичными индивидуальными занятиями.

Интервенция представляет собой более короткий вариант в 10-12 групповых встреч, каждая продолжительностью от 60 до 90 минут. Цель групповой работы направлена на гармонизацию психоэмоционального состояния в период беременности, формирование более адаптивного мышления и укрепления системы отношений в личностной сфере.

Психокоррекция беременных женщин проводится с использованием интегративных инструментов психологического вмешательства, в частности тех, которые применяются в психокоррекции детей. Положительная динамика в психоэмоциональной сфере достигается использованием спонтанного рисования, сюжетно-ролевых игр, в основе которых лежит психодрама, визуализация, для снижения телесного напряжения – упражнения на мышечную релаксацию. Новый опыт межличностных отношений и осознание причинно-следственных связей происходит через самопознание и вербализацию в процессе группового психологического общения, которое сопровождает каждую сессию. Стоит отдельно отметить, что с беременными необходимо избегать жестких конфронтующих техник, способствующих проявлению высокой степени аффективных реакций. Особенностью психотерапии и психокоррекции беременных женщин является то, что используемые техники должны одновременно помочь психоэмоционально «разрядиться», при этом не создать чрезмерных аффективных всплесков.

В целом, групповая психокоррекция позволяет формировать у беременных женщин более конструктивное мышление, укреплять их эмоциональную сферу в дородовой и послеродовой периоды, расширять диапазон адаптивных форм копинг-поведения. В групповой работе происходит корректировка стереотипов травматических переживаний, формирование адаптивного реагирования в ситуации здесь и сейчас. В сфере отношений с особо значимыми людьми также происходит улучшение. В процессе психокоррекции у беременной укрепляется самооценка – через осознание значимости своей роли женщины как матери и жены, улучшается ее социальное функционирование. Сформированное доверие и проективные техники позволяют быстрее снять страх перед самораскрытием. Психолог-психотерапевт помогает женщинам расширить понимание причинно-следственных связей, породивших невротические тенденции, путем вербализации переживаний и раскрытия личностных особенностей.

Беременная женщина после групповой психокоррекции обладает более эффективной саморегуляцией поведения, более глубоким самопониманием и более уравновешенной эмоциональной сферой. Психокоррекционное сопровождение беременных дает возможность более гармоничного переживания беременности (более осознанное ее восприятие, гармоничное выстраивание отношений с близким окружением, умение справляться с житейскими трудностями, повышение уровня родительской компетентности). Положительной динамикой является и то, что создается устойчивая мотивация на расширение самопонимания и саморегуляции, на использование адекватных способов совладания с дисстрессом.

Применение краткосрочной групповой интервенции с расширением интегративного содержания для конкретной группы женщин, позволяет избежать чрезмерного эмоционального напряжения беременных и повысить эффективность психокоррекции в условиях лимита времени. В процессе групповой работы с беременными женщинами может происходить модификация техник для решения задач психокоррекции. Новизна проводимого вмешательства, в целом, состоит в том, что с беременными женщинами недопустима острая конфронтация и провокативные методы, усиливающие эмоциональное отреагирование. По этой причине к взрослым женщинам чаще применяются проективные методики спонтанного рисования и сюжетно ролевые игры, которые способствуют мягкому эмоциональному отреагированию, без цели достижения инсайта. В случае же достижения инсайта, психолог смягчает психоэмоциональное переживание. Применяются к взрослым и игры детского содержания. Например, игра с мячом для раскрепощения, игры с использованием сказочных персонажей (для проработки страхов), или упражнения, способствующие двигательному «насыщению». В работе с беременными каждое групповое занятие должно проводиться с полным завершением того, что выносилось на группу, так как

беременные могут прервать посещение занятий на любом этапе, по причине своего физиологического состояния.

Таким образом, *целью* исследования явилось изучение динамики психологического состояния и уровня дисстресса у женщин во время беременности и вскоре после родов, до и после психокоррекционного вмешательства.

Гипотезой исследования явилось предположение о том, что беременность у современных женщин, помимо положительных, «эустрессовых», сопровождается негативными, «дисстрессовыми» проявлениями, причем частота и продолжительность последних значительна с вытекающими последствиями. Наличие психологических факторов дисстресса при беременности делает необходимым применение психологических вмешательств, требующих модификации и подтверждения их эффективности.

Дизайн, методы и выборка исследования

Общий *дизайн исследования* предполагал лонгитюд с 3 замерами. На первом диагностическом этапе, дающем изучение психологического состояния беременных, проводится 1 психодиагностический замер. 2 замер – после проведения психологической коррекции с частью беременных, нуждающихся в психологическом вмешательстве. 2 замер позволяет изучить индивидуальную динамику психологических характеристик женщин в процессе групповой психокоррекции и обосновать эффективность применения выбранных инструментов психологического вмешательства. 3 замер выполняется в период от 2 до 6 месяцев после родов со всеми респондентами.

Методы исследования. Методологической основой данной работы выступила трансактная теория стресса Р. Лазаруса (Вассерман и др., 2010), рассматривающая стресс как сложный процесс от воздействия стрессора до

совладающего поведения. Для реализации цели исследования были подобраны следующие методы и методики:

- 1) клинико-психологический метод (наблюдение и беседа); 1 и 3 замеры;
- 2) клинический метод (акушерко-гинекологический); 1 замер;
- 3) авторская анкета (Пазарацкас Е.А., Абабков В.А.); 1 замер;
- 4) опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10», адаптирована и валидизирована В.А. Абабковым и соавторами в 2016 году (Абабков и др., 2016); 1, 2 и 3 замеры;
- 5) методика «Способы совладающего поведения» (ССП), адаптированная и стандартизированная Л.И. Вассерманом и соавторами в 2010 году (Вассерман и др., 2010); 1, 2 и 3 замеры;
- 6) симптоматический опросник SCL-90, адаптированный и валидизированный Н.В. Тарабриной в 2007 году (Тарабрина, 2007); 1, 2 и 3 замеры;
- 7) личностная методика «Большая пятерка» (Big 5) (Князев и др., 2010); 1 замер;
- 8) «Тест отношений беременной», разработан И.В. Добряковым, Э.Г. Эйдемиллером, И.М. Никольской в 2010 году (Добряков, 2010); 1 замер.

При анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio», пакеты «ez», «psych», «ggplot2». Методы обработки и анализа данных: описательные статистики, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями.

Материалы исследования. Набор данных осуществлялся на базе женской консультации № 33 города Санкт-Петербурга. Всего было обследовано 126 женщин в период до и после родов, в возрасте от 18 до 46 лет (M=30), большинство состояли в браке и имели высшее образование,

уровень дохода на одного члена семьи являлся средним для данной популяции. Нормальное течение беременности (без токсикоза) отмечалось у 124 женщин. Хронические соматические заболевания вне обострения имели 36 женщин. Психических и неврологических расстройств у респондентов выявлено не было.

По результатам первого замера было отобрано 40 беременных женщин с выраженными признаками дистресса. Им было предложено принять участие во втором этапе исследования, таким образом, с данной группой женщин было реализовано краткосрочное психологическое вмешательство по вышеописанной схеме. Промежуточного замера во время прохождения групповой интервенции не было. Индивидуальную психотерапию во время проведения исследования данные респондентки не проходили.

В статье приведены результаты, описывающие психологические эффекты проведенной интервенции у 40 женщин. По основным изученным социально-демографическим характеристикам данные респонденты не отличались от основной исследовательской группы.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были изучены личностные особенности респондентов (n=40). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Личностные особенности беременных женщин

Шкала	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)
Экстраверсия	61,45	14,03
Уступчивость	70,92	11,10
Сознательность	70,55	13,76
Эмоциональная стабильность	62,73	12,35
Интеллект	66,58	11,04

Данные результаты, приведенные в таблице 1, показывают общее распределение личностных особенностей в группе респондентов, полученное

с помощью методики «Большая пятерка». Можно отметить относительное преобладание беременных с личностными показателями «Уступчивость» и «Сознательность».

Результаты «Теста отношений беременной» показали отсутствие единого определяющего типа отношения к беременности. У большинства респонденток преобладает оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты или сочетание оптимального и эйфорического типов. Значительно менее выражен гипогестогнозический и тревожный типы отношения к беременности. Депрессивный тип почти не встречается у данной выборки. Данный результат демонстрирует ответственное отношение женщин к беременности, которая, в основном, желанна. Временами женщины требуют от окружающих повышенного внимания, декларируют чрезмерную любовь к будущему ребенку и, при этом, без излишней тревоги относятся к беременности.

Анализ полученных результатов по симптоматическому опроснику (3 замера) представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Выраженность симптоматических жалоб респондентов, три замера

Шкала	M ± SD 1 замер	M ± SD 2 замер	M ± SD 3 замер	F (2,78) p<0,05
Соматизация (SOM)	0,70 ± 0,42	0,55 ± 0,32	0,11 ± 0,20	62,28
Обсессивно-компульсивное расстройство (OC)	0,74 ± 0,57	0,53 ± 0,51	0,26 ± 0,39	23,55
Интерперсональная чувствительность (INT)	0,79 ± 0,62	0,44 ± 0,54	0,30 ± 0,41	21,42
Депрессия (DEP)	0,71 ± 0,69	0,34 ± 0,45	0,17 ± 0,42	19,63
Тревожность (ANX)	0,62 ± 0,64	0,31 ± 0,43	0,19 ± 0,35	18,59
Враждебность (HOS)	0,69 ± 0,62	0,34 ± 0,45	0,23 ± 0,42	16,93
Навязчивые страхи (PHOB)	0,29 ± 0,46	0,21 ± 0,47	0,06 ± 0,25	7,90
Параноидность (PAR)	0,44 ± 0,46	0,23 ± 0,36	0,18 ± 0,33	16,06
Психотизм (PSY)	0,25 ± 0,37	0,08 ± 0,20	0,04 ± 0,10	11,70
Общей индекс тяжести (GSI)	0,60 ± 0,43	0,35 ± 0,34	0,17 ± 0,26	33,90
Индекс тяжести наличного дистресса (PDSI)	1,60 ± 0,45	1,39 ± 0,29	1,24 ± 0,42	13,06
Число беспокоящих симптомов (PST)	32,70 ± 17,63	20,98 ± 16,53	10,30 ± 13,84	50,60

В целом, стоит отметить значимость влияния фактора замера по всем шкалам ($p < 0,05$), что было выявлено в результате применения дисперсионного анализа.

Результаты первого замера показали, что значения по всем шкалам симптоматического опросника попадают в диапазон высоких показателей при сравнении с нормой. Обращает внимание представленность всех психологически регистрируемых шкал и высокий показатель общего уровня тяжести при первом измерении, что может свидетельствовать о неблагоприятном влиянии переживаний на течение беременности.

Результаты второго замера демонстрируют статистически значимые снижения показателей всех шкал, которые на данном этапе находятся в диапазоне средних значений. Третий замер демонстрирует дальнейший спад показателей по всем изученным шкалам опросника. Как следует из таблицы, динамика изменений показателей различна: уровень выраженности некоторых шкал (в частности, тревожность, враждебность и др.) претерпевает плавные изменения, в то время, как часть шкал (в том числе, депрессия, навязчивые страхи, психотизм и др.) демонстрирует более скачкообразные изменения.

Был изучен общий уровень воспринимаемого респондентами стресса. Результаты первичного замера демонстрируют более высокий уровень стресса ($M = 25,27 \pm 6,43$). После проведения психокоррекционных мероприятий показатель значительно снижается ($M = 19,82 \pm 4,89$), на этапе третьего замера уровень претерпевает дальнейшее незначительное снижение ($M = 18,80 \pm 5,93$). Дисперсионный анализ выявил влияние фактора замера $F(2, 78) = 33,48, p < 0,05$. Таким образом, можно сделать вывод о том, что данное изменение является психологическим эффектом проведенного психологического вмешательства.

Также у респондентов изучались копинг-стратегии. Результаты, полученные по трем проведенным замерам, представлены в таблице 3.

Таблица 3. Выраженность копинг-стратегий респондентов, три замера

Шкала	M ± SD 1 замер	M ± SD 2 замер	M ± SD 3 замер	F (2,78) p<0,05
Конфронтация	50,50 ± 9,80	49,27 ± 10,39	46,40 ± 9,26	6,18
Дистанцирование	49,12 ± 10,90	46,02 ± 10,45	43,80 ± 10,42	6,15
Самоконтроль	44,33 ± 11,79	48,48 ± 9,06	47,40 ± 8,65	5,11
Поиск социальной поддержки	51,50 ± 11,74	59,05 ± 7,54	59,12 ± 8,13	13,75
<i>Принятие ответственности</i>	<i>47,55 ± 12,29</i>	<i>50,08 ± 9,98</i>	<i>49,38 ± 7,51</i>	<i>p>0,5</i>
Избегание	51,40 ± 10,86	46,92 ± 11,79	38,92 ± 10,46	32,36
Планирование решения	48,73 ± 12,05	56,27 ± 10,53	58,83 ± 10,45	19,66
Положительная переоценка	48,10 ± 12,37	59,20 ± 10,03	61,25 ± 10,38	35,24

Используемые копинг-стратегии респондентов охватывают весь возможный диапазон на умеренном уровне выраженности.

Анализ полученных данных по методике «Способы совладающего поведения» показывает статистически значимые изменения по всем копинг-стратегиям, за исключением стратегии «принятие ответственности», которая, в общем, не претерпевает каких-либо особых изменений и находится на уровне первого замера ($p>0,5$).

Беременные женщины после проведения краткосрочного психологического вмешательства все реже прибегают к таким стратегиям, как дистанцирование и избегание, и значительно чаще используют следующие варианты совладающего поведения: поиск социальной поддержки, планирование решения, положительная переоценка. Копинг-стратегия «конфронтация» реже используется женщинами уже после рождения ребенка. Уровень стратегии «самоконтроль» претерпевает ряд изменений, но не столь значительно, по сравнению с рядом других способов совладающего со стрессом поведения. В целом, стоит отметить, что совладающее поведение после психокоррекционных интервенций становится более конструктивным.

В целом, стоит отметить, что результаты данного исследования показывают значительные изменения в состоянии беременных женщин после проведенного краткосрочного психологического вмешательства. Респонденты испытывают все меньшее количество различных симптоматических жалоб, становятся менее восприимчивыми к стрессу, меняют копинг-стратегии на более адаптивные. Безусловно, полученный результат необходимо рассматривать в контексте течения беременности, так как у каждой женщины своя динамика переживания данного состояния.

Выводы

По результатам проведенного исследования предоставляется возможным сформулировать ряд выводов.

1) Полученные результаты подтверждают целесообразность использования в данном исследовании вышеуказанного теоретико-методологического подхода к феномену беременности. Достаточно важно организовывать психологическое обследование беременных женщин методологически однородным и ограниченным по времени способом.

2) Беременность нередко сопровождается дисстрессом, приводящим к появлению симптоматики невротического регистра.

3) В связи с последствиями дисстресса у беременных женщин возникает необходимость применения краткосрочного психологического вмешательства. Такому типу вмешательства соответствует групповая форма работы, как более экономичная.

4) Проведенное исследование подтвердило положительную динамику психологического состояния респонденток вследствие реализованного краткосрочного группового психологического вмешательства при дисстрессе беременных женщин.

5) Поскольку данный метод не является новым, а лишь модификацией ранее разработанного и подтвердившего свою эффективность, то в полной

проверке научной эффективности метода на данном этапе исследования не было необходимости.

Список использованных источников

- Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капранова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета, 16 серия, 2016. Вып. 2. С. 6-15.
- Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие / Под науч. ред. проф. Л.И. Вассермана. СПб., Речь, 2010.
- Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб., Питер, 2010.
- Краткосрочная динамическая групповая психотерапия невротических расстройств: Методические рекомендации / Е.Б. Мизинова, Т.А. Караваева, О.А. Мастакова, С.В. Полторак, А.Ю. Поляков. СПб., Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. 25 с.
- Князев Г.Г., Митрофанова Л.Г., Бочаров В.А. Валидизация русскоязычной версии опросника Л. Голдберга «Маркеры факторов большой пятерки» // Психологический журнал, 2010. Т. 31. № 5. С. 100-110.
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стрессового расстройства. М., Когито-центр, 2007.

References

- Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V., Gorbunov I.A., Kapranova S.V., Pologaeva E.A., Stuklov K.A. Validizatsiia russkoiazыchnoi versii oprosnika «Shkala vosprинimaemogo stressa-10» [Validation of Russian-language version of "Perceived Stress Scale-10" questionnaire] // Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta, 16 ser., 2016. Is. 2. Pp. 6-15. (In Russian)
- Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriia i psikhodiagnostika: Uchebno-metodicheskoe posobie [Coping with stress: theory and psychodiagnostics: Study guide] / Pod nauch. red. prof. L.I. Vassermana. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010. (In Russian)
- Dobriakov I.V. Perinatal'naia psikhologiiia [Perinatal psychology]. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. (In Russian)
- Kratkosrochnaia dinamicheskaiia gruppovaia psikhoterapiia nevroticheskikh rasstroistv: Metodicheskie rekomendatsii [Brief dynamic group psychotherapy for neurotic disorders: Guidelines] / E.B. Mizinova, T.A. Karavaeva, O.A. Mastakova, S.V. Poltorak, A.Iu. Poliakov. St. Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2011. 25 p. (In Russian)
- Kniazev G.G., Mitrofanova L.G., Bocharov V.A. Validizatsiia russkoiazыchnoi versii oprosnika L. Goldberga «Markery faktorov bol'shoi piaterki» [Validation of Russian-language

version of L. Goldberg questionnaire "Markers of Big Five factors"] // Psikhologicheskii zhurnal, 2010. Vol. 31. No. 5. Pp. 100-110. (In Russian)

Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroictva [Psychology of post-traumatic stress disorder]. Moscow, Kogito-tsentr Publ., 2007. (In Russian)