

Обзорная статья

УДК 159.922+159.9

DOI: 10.15293/2312-1580.2402.02

Экзистенциальные вопросы в перинатальной психологии: Методы арт-терапии в работе с перинатальной утратой

Жарикова Анастасия Дмитриевна

*Новосибирский государственный педагогический университет,
г. Новосибирск, Россия*

Аннотация. В настоящее время огромное внимание уделяется теме перинатальных утрат, в том числе «привычному невынашиванию» и бесплодию неясного генеза. Не только психологическое, но и медицинское сообщество тревожат данные проблемы, поскольку демографический кризис – это еще и угроза государственной безопасности. В статье выявляются основные причины и психологические аспекты перинатальной утраты, а также рассматриваются технологии сопровождения горевания и специфика работы в перинатальной сфере с использованием различных видов и методов арт-терапии для помощи клиентам в период как острой стадии проживания потери, так и в подготовке к последующей беременности. Предложены практические упражнения для работы с клиентами с использованием средств арт-терапии и выявлены признаки успешного решения задач переживания утраты в перинатальной сфере. Делается вывод, что для решения экзистенциальных вопросов в перинатальной психологии методы арт-терапии показывают свою надежность и эффективность при сопровождении клиента на всех стадиях проживания утраты.

Ключевые слова: экзистенциальные вопросы; арт-терапия; перинатальная утрата; беременность; перинатальная потеря; потеря; фазы горевания; символическая утрата; бесправное горе.

Для цитирования: Жарикова А. Д. Экзистенциальные вопросы в перинатальной психологии: Методы арт-терапии в работе с перинатальной утратой // СМАЛЬТА. 2024. № 2. С. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.15293/2312-1580.2402.02>

Review article

Existential Questions in Perinatal Psychology: Art Therapy Methods in Working with Perinatal Loss

Anastasia D. Zharikova

Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russia

Abstract. Today, great attention is paid to the topic of perinatal losses, including “recurrent miscarriage” and infertility of unknown origin. Not only the psychological, but also the medical community is sounding the alarm on this issue, since the demographic crisis is also a state threat to our time. The author proposes to consider the main causes and psychological aspects of perinatal loss. The article outlines technologies for supporting

© Жарикова А. Д., 2024



grief and the specifics of work in the perinatal sphere, using various types and methods in art therapy, to help clients during both the acute stage of experiencing loss and in preparation for subsequent pregnancy. Practical exercises for working with clients using art therapy tools are proposed and signs of successful solving problems of experiencing loss in the perinatal sphere are identified. To solve existential issues in perinatal psychology, art therapy methods show their reliability and effectiveness when accompanying the client at all stages of experiencing loss.

Keywords: existential questions; art therapy; perinatal loss; pregnancy; perinatal loss; loss; phases of grief; symbolic loss; disenfranchised grief.

For Citation: Zharikova A. D. Existential Questions in Perinatal Psychology: Art Therapy Methods in Working with Perinatal Loss. *SMALTA*, 2024, no. 2, pp. 22–31. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.15293/2312-1580.2402.02>

Перинатальная утрата, как и любая другая, это потеря чего-то очень важного и ценного для человека, того, к чему у него имеется сильная привязанность и что дает ощущение стабильности и значимости своего существования. Перинатальный период включает в себя время до родов – антенатальный, во время родов – интранатальный и после родов – постнатальный периоды [9, с. 26]. В качестве перинатальной утраты рассматриваются случаи гибели плода, смерти новорожденного: невынашивание, гибель плода, смерть новорожденного от 9 до 28 суток [19, с. 168].

Прежде всего, в качестве перинатальной утраты следует рассматривать аборт по медицинским показаниям. Это все случаи желанной или планируемой беременности, когда женщина вынашивает ребенка и готовится его рожать, но на определенном сроке беременности врачи сообщают ей о необходимости прерывания в связи с серьезными угрозами либо для жизни матери, либо для жизни плода [1, с. 29].

Также в качестве перинатальной утраты следует рассматривать невынашивание беременности на разных сроках. Антенатальная гибель плода – это нерожденный ребенок с 22-й недели беременности до самих родов.

К перинатальным потерям относят бесплодие неясного генеза – когда женщина, планирующая беременность, более года не может зачать ребенка без видимых на то медицинских причин. И еще один вид перинатальной утраты – это неудачная попытка оплодотворения методом новых репродуктивных технологий.

Стоит отметить, что к перинатальной утрате относится не только смерть плода или ребенка, но и рождение ребенка с различными пороками и особенностями развития, поскольку родители утрачивают надежду на счастливое будущее, не могут испытывать гордость за достижения ребенка, не наблюдают динамики в его развитии или осознают невозможность иметь в дальнейшем внуков.

Основными причинами перинатальных потерь со стороны матери являются патология беременности и родов, осложненная плацентация, различные серьезные токсикозы, сердечно-сосудистые нарушения, большая вирусная нагрузка, тромбозы, генетические предпосылки, эндокринные нарушения. Кроме того, к основным причинам перинатальных потерь относят состояние плода, чаще всего это асфиксия (удушьё плода), родовая травма, врожденные пороки, пневмония новорожденных. К сожалению, в России пневмония новорожденных – это 72 % смертности в раннем неонатальном периоде до 7 суток [20, с. 76].

В качестве еще одной причины перинатальных потерь можно назвать нежелание женщин менять привычный образ жизни. Как известно, период беременности



до 12 недель является важнейшим периодом, когда закладываются все внутренние органы и системы ребенка. Для женщины это период максимального расходования ресурсов организма, так необходимых для формирования и вынашивания ребенка. Такая нагрузка на организм женщины требует смены или хотя бы коррекции образа жизни, уменьшения количества стрессов, исключения случаев переохлаждения, переутомления. Обостренное чувство долженствования может не позволить женщине перестроиться под потребности своего положения и привести к тому, что организм просто не справится с нагрузкой, с внутриличностным конфликтом, в результате чего репродуктивная система перестает функционировать, замирает и происходит потеря беременности.

Следующая причина – это инфантильная позиция к семейным ценностям и родительству, отсутствие здорового образа жизни у будущих матери и отца, а также отсутствие прегравидарной подготовки – комплекса необходимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку мужчины и женщины к успешному зачатию, вынашиванию и рождению здорового ребенка. Особого внимания в данной ситуации заслуживает психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД). С момента возникновения беременности в центральную нервную систему матери начинает поступать возрастающий поток импульсации, что вызывает появление в коре большого мозга местного очага повышенной возбудимости – гестационной доминанты [6, с. 21]. Вокруг гестационной доминанты, по физическим законам индукции, создается поле торможения нервных процессов [7, с. 15]. С клинической стороны этот процесс проявляется в некотором заторможенном состоянии беременной, преобладании у нее интересов, непосредственно связанных с рождением и здоровьем будущего ребенка. Важным является то, что при возникновении различных стрессовых ситуаций в центральной нервной системе беременной, наряду с гестационной доминантой, могут возникать и другие очаги стойких возбуждений.

И. В. Добряков разработал уникальную диагностику, направленную на определение ведущей доминанты у беременной женщины. Ученый предложил с помощью выбранных испытуемой девяти утверждений определять, какое психоэмоциональное состояние у женщины в данный момент беременности. Всего И. В. Добряковым было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [15, с. 6].

В оптимальном состоянии женщина ответственно, осознанно относится к своей беременности, без лишних переживаний, но с пониманием и принятием всей степени ответственности. При эйфорическом типе ПКГД, чаще отмечающемся у истерического типа личности, ожидания по поводу рождения ребенка гипертрофированы, нереалистичны, слишком радужны. Беременность становится средством манипуляции или способом изменения отношений с мужем, естественные недомогания агравировуются, трудности преувеличиваются. Женщины с тревожным типом ПКГД с самого начала беременности испытывают высокий уровень тревоги и напряжения, нередко имеют выраженные страхи, их постоянно тревожит здоровье ребенка. После родов такие женщины продолжают беспокоиться о благополучии ребенка, сомневаются, все ли они делают правильно. При депрессивном типе у женщины на протяжении всей беременности сохраняется подавленное состояние, плаксивость, ей может казаться, что беременность сильно ее испортила, нарушила отношения с мужем. Такие женщины не имеют представлений о ребенке, однако им



может казаться, что он непременно будет неполноценным. Они уверены в том, что не справятся с ролью матери [6, с. 22]. Все перечисленные типы, за исключением оптимального, являются искаженными типами проживания беременности и могут способствовать тому, что беременность будет прервана в какой-то момент.

При анализе проблем перинатальных утрат необходимо рассмотреть факторы, которые продлевают и искажают проживание перинатальной потери.

Отягчающим фактором, с которым семья сталкивается в ситуации перинатальной потери, выступает социально-психологический фактор – отсутствие объекта утраты. По российскому законодательству плод весом менее 500 грамм и сроком меньше 22 недель беременности не отдается матери. Данный эмбрион подлежит утилизации. Соответственно, физически организовать процедуру похорон, увидеть этот плод для женщины просто не предоставляется возможным [2, с. 20]. Возникает ситуация так называемого бесправного горя – женщина переживает потерю ребенка, которого ни она, ни ее близкие никогда не видели.

Кроме того, в ситуации потери беременности на раннем сроке женщине не предоставляется отпуск. По трудовому законодательству РФ в случае смерти близкого родственника предоставляется три дня отпуска. Женщина после потери беременности при отсутствии показаний для предоставления ей больничного вынуждена сразу выходить на работу. Все это также не позволяет женщине должным образом пережить утрату.

Также в Российской Федерации отсутствует культура прощания с плодом, распространенная во многих западных странах, где к потере беременности относятся с уважением и с должным пониманием состояния матери, где организуются определенные ритуалы прощания с плодом, а женщина, пережившая перинатальную потерю, находится под особым вниманием и опекой как со стороны близких, так и со стороны медицинского персонала [3, с. 5].

Еще одним фактором, осложняющим проживание горя при перинатальной потере, является амбивалентное отношение к беременности. Такая ситуация возможна в ситуации незапланированной беременности, когда женщина, узнав о беременности, изначально испытала шок, потом в какой-то момент испугалась, затем очень сильно захотела этого ребенка и уже привыкла к этому состоянию и смирилась, а потом вдруг резко беременность прекратилась и женщина вновь вынуждена проживать стресс, который сопровождается диаметрально изменяющимся психоэмоциональным фоном, негативными мыслями о предательстве тела, чувством стыда.

Негативным фактором при проживании перинатальных потерь является неорганизованность и неготовность отечественных медицинских учреждений и персонала работать с проблемами горя, помогать и поддерживать женщин [18, с. 51]. Так, в больницах женщины, попадающие на медицинский аборт, и женщины, потерявшие ребенка, вынуждены находиться в одной палате с женщинами, лежащими на сохранении. Находясь в замкнутом пространстве, все они вынуждены так или иначе коммуницировать. Однако такое взаимодействие оказывает только негативное влияние, затормаживает проживание горя и восстановление психики после утраты.

Медицинский персонал также не владеет навыками работы с женщинами, пережившими перинатальную утрату, не может в силу различных причин, таких как отсутствие сил и времени, а также отсутствие специальных психологических знаний, оказать поддержку горящим [17, с. 21].

Близкие родственники также чаще всего не могут оказать хоть какую-то поддержку при перинатальной утрате. В большинстве семей предпочитают не гово-



речь на эту тему и делают вид, что ничего не произошло. Отношение членов семьи и родных к потере чаще всего отчужденное. Испытывая страх, бессознательно люди отдаляются от того, кто переживает горе [16, с. 32]. Зачастую женщина одна справляется с данной проблемой, потому что супруг и близкие родственники считают, что ничего страшного не произошло, в этот раз не получилось – получится в следующий, и не понимают, как и чем они могут помочь.

На процесс проживания горя влияют и личностные особенности женщины, ее психологическая зрелость, отношение к беременности, наличие определенных акцентуаций характера [14, с. 118]. Были обнаружены и исследованы специфические эмоционально-личностные особенности женщин с осложненной беременностью и переживших ранее перинатальную утрату, их отличия от соответствующих параметров у женщин с физиологической беременностью: повышенная реактивно-ситуативная тревожность; дезадаптация в ситуациях фрустрации, проявляющаяся в ослаблении контроля субъекта над эмоциональными импульсами; сужение мотивационной сферы, проявляющееся в превалировании направленности личности (на себя, на решение деловых задач, на взаимодействие с другими людьми и получение поддержки от них). Сочетание всех вышеперечисленных характеристик приводит к нарастанию у беременных таких эмоциональных проявлений, как тревожность и раздражительность [21, с. 208].

Проживание перинатальной утраты происходит на нескольких уровнях. Прежде всего, это утрата физическая, т. е. это утрата осязаемого объекта, что очевидно и понятно окружающим. Второе – это утрата символическая, т. е. это утрата чего-то неосязаемого, но значимого для человека. Чаще всего символическая утрата не признается окружающими, но вызывает при этом чувства, требующие переживания и проживания. Физическое – это утрата ребенка как объекта, а символическое – это утрата беременности как состояния. Женщины иногда больше переживают не то, что они потеряли ребенка, а то, что они потеряли свое состояние беременности, когда к ним было особое отношение, особый уход, они имели определенный статус и признание [5, с. 11].

Реакция каждого человека на перинатальную потерю будет индивидуальной, и каждый реагирует на горе по-разному. Принято выделять общие закономерности проживания данного процесса. Установлены 4 основные фазы, отличающиеся характером переживаний и проявленности горя. Первая фаза – это шок, ступор, протест. Она длится от нескольких часов до двух недель. Вторая фаза – это поиск и тоска, может продолжаться от двух недель до трех месяцев. Третья фаза – это дезориентация, которая длится от пяти до девяти месяцев. И четвертая фаза – это реорганизация, восстановление, на которое нужно заложить 18–24 месяца [4, с. 18–19].

Основная задача горя – это признание факта потери, признание того, что беременность состоялась как физическое явление, и принятие факта существования ребенка в семейной системе [13, с. 44]. В терапии с женщиной обязательно нужно проговаривать, что потеря данной беременности – это потеря ожиданий, но у самого плода не было будущего в этом мире. Осознание женщиной, что ребенок уже был, он существует и навсегда останется в семейной системе, значительно облегчает проживание горя. Также рекомендуется медикаментозная поддержка, порой и помощь других специалистов. Предлагается составление плана лечения с врачом-акушером-гинекологом, обращение к репродуктологу. Возможно, если у женщины началось расстройство либо наблюдается острое сильное переживание горя, то не-



обходима помощь психиатра [12, с. 18]. Также нужна своевременная информационная поддержка, которую может оказать юрист, социальный работник, т. е. подсказать, что в таких случаях можно сделать, как найти группу единомышленников, которые уже столкнулись и пережили подобное. Возможно, кому-то понадобится духовная помощь, помощь священнослужителей. При проживании утраты по возможности нужно обратиться к психологу. Помощь нужна как самой женщине, так и семейной паре.

В работе с перинатальными утратами методами арт-терапии рекомендованы следующие арт-терапевтические техники: рисование каракуль (применение данной техники направлено на то, чтобы помочь расслабиться, ослабить механизмы психологической защиты личности), свободный рисунок (позволяет участницам понять то, что происходит в настоящее время в их жизни, актуальное «здесь и сейчас»), рисунок «Я мама», позволяющий увидеть бессознательный образ материнства у женщины, что для нее ценно в материнстве, где будет находиться ребенок по отношению к ней, в каком возрасте она его нарисует [16, с. 2]. Лепка из натуральной глины поможет расслабиться, зарядиться положительными эмоциями и чувствами. Также используются элементы куклотерапии для изготовления куклы-оберега или ангела, далее этот символ можно использовать как защиту для последующей беременности, и женщины начинают носить оберег постоянно с собой или держат под подушкой. Кроме того, присутствуют элементы ароматерапии, помогающие с помощью сочетания различных запахов защитить от вирусной нагрузки, снять напряжение, обрести уверенность в себе [10, с. 3].

Помимо перечисленного, также помогают метафорические ассоциативные карты, фэлт-терапия (рисунки из овечьей шерсти), мандалотерапия. В своем более глубоком значении слово «мандала» – извлечение сущности. Это глубинная работа с нашим бессознательным, которая помогает обретению целостности, восстанавливает гармонию души. Наиболее известны мандалы в буддизме, индуизме, где медитация с ними имеет ритуальное значение. Мандалы бывают вязанные из различных нитей, нарисованные красками, а также сделанными из полудрагоценных камней; они служат украшением и формой оберега для женщины [8, с. 12].

Использование арт-терапевтических методов рекомендуется в тех случаях, когда женщина не знает, чего она хочет, у нее размытое представление о будущем, присутствует некое бессилие в состоянии. И основной ресурс дается с помощью того, что внутренние переживания уже проходят через инсайт, катарсис, эстетические переживания и получение нового опыта.

В процессе арт-терапии клиент чувствует себя защищенным, у него появляется ощущение комфорта. Это достигается в том числе тем, что психотерапевт не спрашивает у клиента напрямую о его чувствах или переживаниях, но предоставляет ему возможность косвенно выразить все свои чувства и переживания. Методы арт-терапии являются и диагностическим материалом, и терапевтическим [11, с. 20].

Нежелательно использовать арт-терапию на самой первой ознакомительной встрече с клиентом, поскольку он может быть в состоянии полного бессилия и откажется что-либо рисовать, мастерить. У клиента на этот момент может не быть никакого внутреннего ресурса.

В заключение хотелось бы отметить, что основными признаками успешного решения задач проживания перинатальной потери методами арт-терапии являются:

- отказ женщины от навязчивой идеи забеременеть во что бы то ни стало;
- налаживание отношений с супругом;



- ослабление чувства стыда, вины и бессилия;
- снижение уровня самооценки;
- восстановление самооценки и значимости;
- сепарация от своего негативного результата в прошлом.

В качестве положительных динамических признаков можно назвать появление спокойной реакции на детей, на беременных женщин, которые окружают. Колесо жизненного баланса становится в норму или хотя бы близится к этой норме, т. е. у женщины появляются какие-то другие увлечения, смыслы, возникает четкий, ясный, понятный образ будущего. Улучшается физическое состояние, появляются силы, энергия, тонус, гормональный фон приходит в стабильное состояние, уменьшается уровень агрессии, появляется стойкость к фрустрации.

При психологическом консультировании утраты, безусловно, учитывается индивидуальность каждого клиента, которая в том числе будет влиять на продолжительность терапии и ее результаты. Методы арт-терапии, применяемые в каждом конкретном случае, должны подбираться точно, с учетом личных особенностей клиента и его жизненной истории.

В последние десятилетия в связи с нарастанием во всем мире проблем в репродуктивной сфере проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится актуальной, что требует совместных медицинских и психологических усилий [22, с. 620]. Уровень перинатальной смертности является важным показателем экономического развития, социального благополучия и уровня медицинской квалификации в стране. В дальнейшем планируется провести исследования психологических особенностей, семейного анамнеза и акцентуации характера разных социальных групп женщин для разработки рекомендаций и тактики психологической поддержки и сопровождения для медицинских психологов женской консультации и для акушеров-гинекологов. Также стоит заострить внимание на выстраивании социальной сети поддержки женщин, переживших перинатальную утрату, поскольку это один из основных факторов, влияющих на возможность справиться с горем, в частности на выстраивание горюющими женщинами двунаправленной социальной поддержки друг друга. Особенно важно будет сосредоточиться на реконструкции адекватного, оптимистичного и четкого образа будущей жизни, создании новых жизненных смыслов, которые становятся результатом продуктивного проживания горя перинатальной потери. Отдельно стоит отметить, что для последующих за перинатальной потерей беременностей также будут разработаны рекомендации для грамотного психологического сопровождения.

Список источников

1. Амаякян И. Г., Кочеткова И. П. Искусственное прерывание беременности и его последствия // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сборник материалов внутривузовской научно-практической конференции. Ростов н/Д, 2023. С. 28–37.
2. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты. Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2014. 170 с.
3. Герасимова Т. Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Иркутск, 2003. 159 с.
4. Голубев М. Беременность и стресс // Беременность. 2005. № 8. С. 26–27.
5. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 234 с.
6. Добряков И. В. Типология гестационной доминанты // Ребенок в современном мире: тезисы докладов 3-й международной конференции. СПб., 1996. С. 21–29.



7. Добряков И. В., Блох М. Е., Фаерберг Л. М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. № 3. С. 4–9.
8. Добряков И. В., Колесников И. А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества: сборник материалов международного конгресса. СПб., 2006. 156 с.
9. Кельмансон И. А. Перинатология и перинатальная психология: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2018. 415 с.
10. Копытин А. И. Системная клиническая арт-терапия. М.: Когито-Центр, 2015. 526 с.
11. Костерина Е. М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь // Перинатальная психология и психология родительства. 2011. № 3. С. 131–133.
12. Кузьмина А. С., Прайзендорф Е. С. Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовой период [Электронный ресурс] // Психолог. 2023. № 3. С. 46–62. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=38268 (дата обращения: 10.03.2024).
13. Кулешова К. В. Эмоциональные состояния беременных женщин // Психология и психотехника. 2011. № 11. С. 47–49.
14. Лохина Е. В. Влияние психоэмоционального состояния беременной и дородовой медико-психологической подготовки на течение беременности и исход родов: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. Иваново, 2013. 178 с.
15. Лысенко О. В. Применение арт-терапии в акушерской практике // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2008. Т. 7, № 1. С. 66–69.
16. Маркман Е. В. Перинатальная утрата: практикум по арт-терапии. М., 2020. 112 с.
17. Новикова К. В. Возможности применения арт-терапевтических методов в психологической коррекции эмоционального состояния девушек в период беременности // Психолог. 2021. № 1. С. 35–46.
18. Нормативный документ по регулированию профессиональной психотерапевтической и психологической деятельности в сфере арт-терапии (арт-психотерапии) / Под общ. ред. А. И. Копытина. СПб.; М., 2008. 100 с.
19. Султанова И. В. Психологические аспекты перинатальных утрат // Вестник современных исследований. 2019. № 3.11 (30). С. 168–173.
20. Туманова У. Н., Щеголев А. И., Чаусов А. А., Шувалова М. П. Анализ причин ранней неонатальной смертности в Российской Федерации в 2020 г. (год пандемии COVID-19) // Вестник Российского государственного университета. 2021. № 5. С. 76–83.
21. Чеботарева И. С. Эмоционально-личностные особенности беременных женщин и динамика их изменений в процессе позитивной психотерапии: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Казань, 2001. 203 с.
22. Ballinger C. B. Emotional disturbance during pregnancy and following delivery // Journal of Psychosomatic Research. 1982. Vol. 26, Issue 6. Pp. 629–634. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(82\)90079-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(82)90079-4)

References

1. Amayakyan I. G., Kochetkova I. P. Artificial Termination of Pregnancy and its Consequences. *Current Issues in Obstetrics and Gynecology: Collection of Materials from the Intra-University Scientific and Practical Conference*. Rostov-on-Don, 2023, pp. 28–37. (In Russian)
2. Volkan V., Zintl E. *Life After Loss. Psychology of Grief*. Moscow: Kogito-Centr Publ., 2014, 170 p. (In Russian)



3. Gerasimova T. G. *Mental States of Pregnant Women and their Correction in the Conditions of Specially Organized training*: Dissertation for the Degree of Candidate of Psychological Sciences: 19.00.07. Irkutsk, 2003, 159 p. (In Russian)
4. Golubev M. Pregnancy and Stress. *Pregnancy*, 2005, no. 8. pp. 26–27. (In Russian)
5. Dobryakov I. V. *Perinatal Psychology*. Saint Petersburg: Piter Publ., 2010, 234 p. (In Russian)
6. Dobryakov I. V. Typology of Gestational Dominant. *Child in the Modern World: Abstracts of the 3rd International Conference*. Saint Petersburg, 1996, pp. 21–29. (In Russian)
7. Dobryakov I. V., Blokh M. E., Faerberg L. M. Perinatal Losses: Psychological Aspects, Specifics of Grief, Forms of psychological Assistance. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2015, no. 3, pp. 4–9. (In Russian)
8. Dobryakov I. V., Kolesnikov I. A. Psychological and Psychotherapeutic Aspects of Perinatal and Neonatal Losses. *Reproductive Health of Society: Collection Materials of the International Congress*. Saint Petersburg, 2006, 156 p. (In Russian)
9. Kelmanson I. A. *Perinatology and Perinatal Psychology*: Textbook. Saint Petersburg: SpetsLit Publ., 2018, 415 p. (In Russian)
10. Kopytin A. I. *Systemic Clinical Art Therapy*. Moscow: Kogito-Centr Publ., 2015, 526 p. (In Russian)
11. Kosterina E. M. Psychological Support of Perinatal Losses. *Perinatal Psychology and Parenting Psychology*, 2011, no. 3, pp. 131–133. (In Russian)
12. Kuzmina A. S., Preisendorf E. S. Anxiety and Depressive Symptoms in the Context of the Type of Attitude Towards Pregnancy in Women in the Postpartum Period [Electronic resource]. *Psychologist*, 2023, no. 3, pp. 46–62. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=382681 (date of access: 10.03.2024). (In Russian)
13. Kuleshova K. V. Emotional States of Pregnant Women. *Psychology and Psychotechnics*, 2011, no. 11, pp. 47–49. (In Russian)
14. Lokhina E. V. *The Influence of the Psycho-Emotional State of a Pregnant Woman and Prenatal Medical and Psychological preparation on the Course of Pregnancy and the Outcome of Childbirth*: Dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences: 14.01.01. Ivanovo, 2013, 178 p. (In Russian)
15. Lysenko O. V. Application of art Therapy in Obstetric Practice. *Bulletin of Vitebsk State Medical University*, 2008, vol. 7, issue 1, pp. 66–69. (In Russian)
16. Markman E. V. *Perinatal Loss: Workshop on Art Therapy*. Moscow, 2020, 112 p. (In Russian)
17. Novikova K. V. Possibilities of Using art Therapeutic Methods in the Psychological Correction of the Emotional State of Girls During Pregnancy. *Psychologist*, 2021, no. 1, pp. 35–46. (In Russian)
18. *Normative Document on the Regulation of Professional Psychotherapeutic and Psychological Activities in the Field of art Therapy (art Psychotherapy)* / Under the general. ed. A. I. Kopytina. Saint Petersburg; Moscow, 2008, 100 p. (In Russian)
19. Sultanova I. V. Psychological Aspects of Perinatal Losses. *Bulletin of Modern Research*, 2019, no. 3.11 (30), pp. 168–173. (In Russian)
20. Tumanova U. N., Shchegolev A. I., Chausov A. A., Shuvalova M. P. Analysis of the Causes of Early Neonatal Mortality in the Russian Federation in 2020 (year of the COVID-19 pandemic). *Bulletin of the Russian State University*, 2021, no. 5, pp. 76–83. (In Russian)
21. Chebotareva I. S. *Emotional and Personal Characteristics of Pregnant Women and the Dynamics of their Changes in the Process of Positive Psychotherapy*: Dissertation for the Degree of Candidate of Psychological Sciences. Kazan, 2001, 203 p. (In Russian)
22. Ballinger C. B. Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 1982, vol. 26, issue 6, pp. 629–634. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(82\)90079-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(82)90079-4)



Информация об авторе

Жарикова Анастасия Дмитриевна – медицинский психолог женской консультации, магистр психолого-педагогического образования, Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск, Россия, bossnot@bk.ru.

Information about the Author

Anastasia D. Zharikova – Medical Psychologist at the Antenatal Clinic, Master of Psychological and Pedagogical Education, Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russia, bossnot@bk.ru.

Поступила: 01.04.2024

Одобрена после рецензирования: 06.04.2024

Принята к публикации: 03.05.2024

Received: 01.04.2024

Approved after peer review: 06.04.2024

Accepted for publication: 03.05.2024

