

Зовнішні та внутрішні ресурси психологічної підтримки у жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів

Наталя Гринько

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Вагітність може як змінювати взаємини подружжя на краще, так і погіршувати їх. Сценарій розвитку взаємин після настання вагітності залежить, головним чином, від переважання конструктивних і неконструктивних мотивів самого зачаття. На жаль, майбутні батьки, як правило, не здатні усвідомити ці закономірності, вдаючись переважно до раціоналізації та витіснення.

Мета - вивчення зовнішніх та внутрішніх ресурсів підтримки жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів..

Методи. Дослідження проводилось протягом 2011-2019 років на базі КНП "Сторожинецька ЦРЛ" Сторожинецької районної ради у Чернівецькій області. У дослідження було включено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23 - 37 тижнів), та їх чоловіків. Із них основну групу склали 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності (ОГ). Групу порівняння становили 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (ГП). Під час дослідження проводилось клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням модифікованого опитувальника «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан та Р. К. Фрейлі (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A., 2000) [190] та методики «Багатопрофільна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS») (D.Zimet, 1988).

Результати та обговорення. Отже, встановлено, що у жінок ОГ на всіх етапах обстеження переважає дезорієнтація (41-46), дещо рідше залежний тип (35-36), автономний (23-29), і значно менше - уникнення близькості (14-16), у той час, як а у жінок ГП домінує автономний тип (10-13), дещо рідше - залежний тип (8-10) та уникнення близькості (4-9), і значно рідше - дезорієнтація (3-4). Визначення рівня соціальної підтримки показало наступне. Для ОГ середнє значення основних шкал було наступним: «підтримка сім'ї» - $\mu = 91,667$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,099$; 2) «підтримка друзів» - $\mu = 89,167$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,4706$; 3) «підтримка значущих інших» - $\mu = 68,125$ при стандартному відхиленні $\sigma = 3,8$; 4) «підтримка колег по роботі» - $\mu = 30,833$ при стандартному відхиленні $\sigma = 3,6324$; 5) «підтримка громадських організацій» - $\mu = 11,458$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,3464$. Для ГП середнє значення середнє значення основних шкал було вищим: «підтримка сім'ї» - $\mu = 94,167$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,8576$; 2) «підтримка друзів» - $\mu = 91,667$ при стандартному відхиленні $\sigma = 4,3769$; 3) «підтримка значущих інших» - $\mu = 75$ при стандартному відхиленні $\sigma = 7,2912$; 4) «підтримка колег по роботі» - $\mu = 58,333$ при стандартному відхиленні $\sigma = 7,7063$; 5) «підтримка громадських організацій» - $\mu = 10,833$ при стандартному відхиленні $\sigma = 4,2689$. Виявлено значущі відмінності в розподілах відносних частот. На кожному етапі обстеження встановлено зниженні рівня соціальної підтримки у ОГ порівняно з ГП. На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлено статистично підтвержені результати щодо вищого рівня соціальної підтримки у жінок ГП.

Висновки. Загроза передчасних пологів є складною психотравмуючою ситуацією, яка за умови констеляцій відповідних персоніологічних особливостей та відсутності належної сімейної підтримки може стати тригером формування психологічної дезадаптації. Розвиток і прогресування даного явища призводить до погіршення психоемоційного стану жінки та дитини протягом першого року життя. Сім'я у такому випадку виступає не потужним джерелом ресурсу, а психотравмуючим чинником. Вивчення зовнішніх та внутрішніх ресурсів підтримки жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів дозволить попередити негативний вплив загрози передчасних пологів, що значно покращить стан психоемоційної, подружньої та материнсько-дитячої сфер жінки.

Вступ

На сьогоднішній день у зарубіжній спеціалізованій науковій літературі тема «мати – дитина» є однією з найбільш пріоритетних. Установленим вважається той факт, що адекватне материнське ставлення є запорукою емоційної рівноваженості дитини, створення у неї почуття безпеки і довіри до оточуючих людей і до світу в цілому, що є основою для нормального психічного розвитку та функціонування [1, 2, 3, 4].

Разом із тим у вітчизняному науковому медико-психологічному просторі і, тим більше, в реальній клінічній практиці залишається нерозробленою проблема взаємовідносин у системі «мати – дитина» та їх ролі в етіопатогенезі порушень розвитку у дітей перших років життя. Тільки в останнє десятиліття фактор взаємодії діади «мати – дитина» став виділятися як провідний у генезі ряду психічних порушень переважно межового кола [5, 6, 7, 8].

Прискорений темп сучасного життя, при якому людина еволюціонує повільніше, ніж створені їм умови, формує стан хронічного стресу, що на сьогодні згідно з результатами досліджень, відіграє далеко не останню роль в генезі невиношування вагітності та передчасних пологів. Саме цей факт призводить до необхідності визначення стресогенного оточення жінок та рівня впливу стресових факторів на перебіг вагітності [9, 10].

Загрозу передчасних пологів внаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони дійшли висновку, що існують певні психологічні особливості, які стають передумовою переривання вагітності. Загроза передчасних пологів (ЗПП), зумовлена безпосередньо психосоціальними стресами, займає 6% від загальної кількості самовільних викиднів [11, 12, 13].

Починаючи від рішення про готовність до батьківства й далі, протягом вагітності, пологів і післяпологового періоду, сімейна пара постає перед необхідністю подолати цілий ряд кризових ситуацій, обумовлених фізіологічними та психологічними трансформаціями на шляху до нового свого статусу [14, 15].

Вагітність може як змінювати взаємини подружжя на краще, так і погіршувати їх. Чоловік може відчувати до дружини почуття вдячності, ставати більш ніжним та уважним. Але часом звістка про вагітність дружини викликає в чоловіків психологічний дискомфорт, роздратування, робить їх агресивними. Іноді навіть запланована й бажана вагітність не зближує подружжя, а, навпаки, робить напруженою сімейну ситуацію [16, 17].

Сценарій розвитку взаємин після настання вагітності залежить, головним чином, від переважання конструктивних і неконструктивних мотивів самого зачаття. На жаль, майбутні батьки, як правило, не здатні усвідомити ці закономірності, вдаючись переважно до раціоналізації та витіснення [18, 19, 20, 21].

Іноді в силу міжособистісної дисгармонії або ж недостатньої компетентності партнера, жінка не отримує від нього достатньої психологічної підтримки. У такому випадку дуже важливою є наявність людини, здатної допомогти в іншому світлі побачити свої проблем, здобути впевненість, надію й сили [22, 23].

Велике значення мають стосунки, які встановилися у подружній парі до вагітності. Як би не приховувалися сімейні конфлікти, але показна зовнішня згода не дозволяє імітувати щирість на рівні підсвідомих сигналів, на які реагує дитина [24].

Психологічна допомога сім'ї полягатиме в тому, щоб змінити цілу низку сформованих, закріплених у свідомості установок одного або обох шлюбних партнерів і навчати новим способам реагування як на життєві ситуації, так і на іншого партнера по шлюбному союзу [25, 26, 27]. Подружжю часто потрібно допомогти усвідомити природу і суть конфліктних ситуацій, підказати можливі способи і прийоми їх сприятливого вирішення. Одним з практичних завдань психолога в аспекті сімейно-шлюбних відносин є підвищення ступеня психологічної сумісності пари шляхом розвитку в них рис, якостей і властивостей альтруїзму, емпатії, терпимості, співчуття [28, 29, 30].

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчення зовнішніх та внутрішніх ресурсів підтримки жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів.

Матеріали і методи

Дослідження проводилось протягом 2011–2019 років на базі КНП "Сторожинецька ЦРЛ" Сторожинецької районної ради у Чернівецькій області. У дослідження було включено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23 – 37 тижнів), та їх чоловіків. Із них основну групу склали 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності (ОГ). Групу порівняння становили 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (ГП).

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди проведено психодіагностичне обстеження. При виконанні роботи передбачене дотримання правил безпеки пацієнтів, збережені права та канони людської гідності, а також, морально-етичні норми у відповідності до основних положень GSP (1996 р.) Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.) Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), і наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000р., Declaration of Helsinki «World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects» (2001 р.).

Статистичний аналіз проведено з використанням точного критерію Фішера. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0 % ($p < 0,05$).

Обстеження проводилося в кілька етапів. Перше обстеження здійснювали на III триместрі вагітності, друге – одразу після пологів, решту – третє, четверте, п'яте, шосте – кожні три місяці. Результати шостого (через рік після пологів) обстеження також трактувалися нами як оцінка ефективності запропонованих заходів медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» упродовж першого року життя.

Групи були однорідні за віком, терміном вагітності, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом.

Порівняльну характеристику груп наведено у Табл. 1.

Показник груп	ОГ (n=120)	ГП (n=30)
Вік (роки)	26.5±3	25.5±2
Термін вагітності (тижні)	30±3	30±3
Перша вагітність, %	74±2	82±1
Вища освіта, %	78±1	61±2
Одружені, %	81±2	85±1
Мають роботу, %	79±3	66±2

Таблиця 1. Характеристика досліджуваних груп на момент входження до дослідження

Під час дослідження проводилось клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням модифікованого опитувальника «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан та Р. К. Фрейлі (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A., 2000) та методики «Багатопрофільна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS») (D.Zimet, 1988).

Модифікований опитувальник «Досвід близьких стосунків» К.Бреннан та Р.К.Фрейлі (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, Fraley RC, Waller NG, & Brennan KA, 2000). Остаточний варіант адаптованої методики містить 28 суджень, 24 з яких складають дві рівноважні за кількістю пунктів шкали – шкалу тривожності в стосунках прихильності (ступінь впевненості або невпевненості в надійності і чуйності значущої особи) і шкалу уникнення близькості в стосунках прихильності (ступінь дискомфорту, що відчувається при психологічному зближенні з іншою людиною і формування залежності від нього). Шкала тривожності включає в себе твердження 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 23, 25, 26. Підсумкова оцінка складається з суми позитивних відповідей, за кожен позитивну відповідь нараховується 1бал, максимально можлива кількість балів – 12. Шкала уникнення близькості включає в себе як прямі твердження – 4, 7, 9, 13, 15, 17, 20, 21, 24, 27 (додаються позитивні відповіді), так і зворотні (підсумовуються негативні відповіді) – 2, 19 [31].

Методика «Багатопрофільна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS») була розроблена D.Zimet в 1988 році. Вона включає п'ять основних шкал і спрямована на діагностику середовищних копінг-ресурсів:

1. «Підтримка сім'ї»;
2. «Підтримка друзів»;
3. «Підтримка значущих інших»;
4. «Підтримка колег по роботі»;
5. «Підтримка громадських організацій».

Вона включає двадцять вимірюваних коротких повідомлень про себе, що оцінюються в «1» («згоден») або «0» («не згоден») балів, що дозволяють оцінити суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки в 20-ти бальному рейтингу. «Шкала сприйняття соціальної підтримки» оцінює ефективність і адекватність соціальної підтримки по п'яти копінг-ресурсам (шкалам). Обстежувані обводили на бланку для відповідей ті пункти, з якими згодні. Потім за допомогою ключа-дешифратора проводився підрахунок оцінок сприйняття соціальної підтримки в балах по кожній з шкал окремо. Отримані показники були математично обраховані [32].

З моменту постановки вагітної на амбулаторний облік жіночою консультацією, в рамках дослідження проводилися психокорекційні та психоосвітні групи, окрім цього індивідуальні та сімейні консультації із лікарем-психологом. Таким чином, з 23-го тижня вагітності і протягом року після пологів жінки знаходилися окрім медичного амбулаторного супроводу, під медико-психологічним супроводом.

Кількість жінок змінювалася з терміном обстеження: спочатку в дослідження було включено 150 жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності, на другому їх кількість

скоротилась до 143 жінок та їх дітей.

Результати дослідження та обговорення

Встановлено, що у жінок ОГ на всіх етапах обстеження переважає дезорієнтація (41-46), дещо рідше залежний тип (35-36), автономний (23-29), і значно менше – уникнення близькості (14-16), у той час, як а у жінок ГП домінує автономний тип (10-13), дещо рідше – залежний тип (8-10) та уникнення близькості (4-9), і значно рідше – дезорієнтація (3-4).

Порівняльну характеристику груп за наведено у [Табл. 2](#).

Показники/Етап обстеження	ОГ (n=120)						ГП (n=30)					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Дезорієнтація	46	43	41	43	46	43	3	3	3	4	4	4
Уникнення близькості	15	15	15	16	14	15	8	9	5	4	4	4
Залежний тип	36	36	35	36	35	36	8	8	10	9	9	9
Автономний тип	23	26	29	25	25	26	11	10	12	13	13	13

Таблиця 2. Характеристика груп за модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків»

Необхідно відзначити, що у частини жінок ГП також були наявні проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя, взаємин з чоловіком та родичами, а також низький рівень готовності до материнства.

У жінок ОГ були наявні негативні відчуття і переживання на останньому триместрі, відсутність відчуття близькості з дитиною, коливання в прийнятті рішення народити дитину та відчували роздратування від необхідності догляду за дитиною

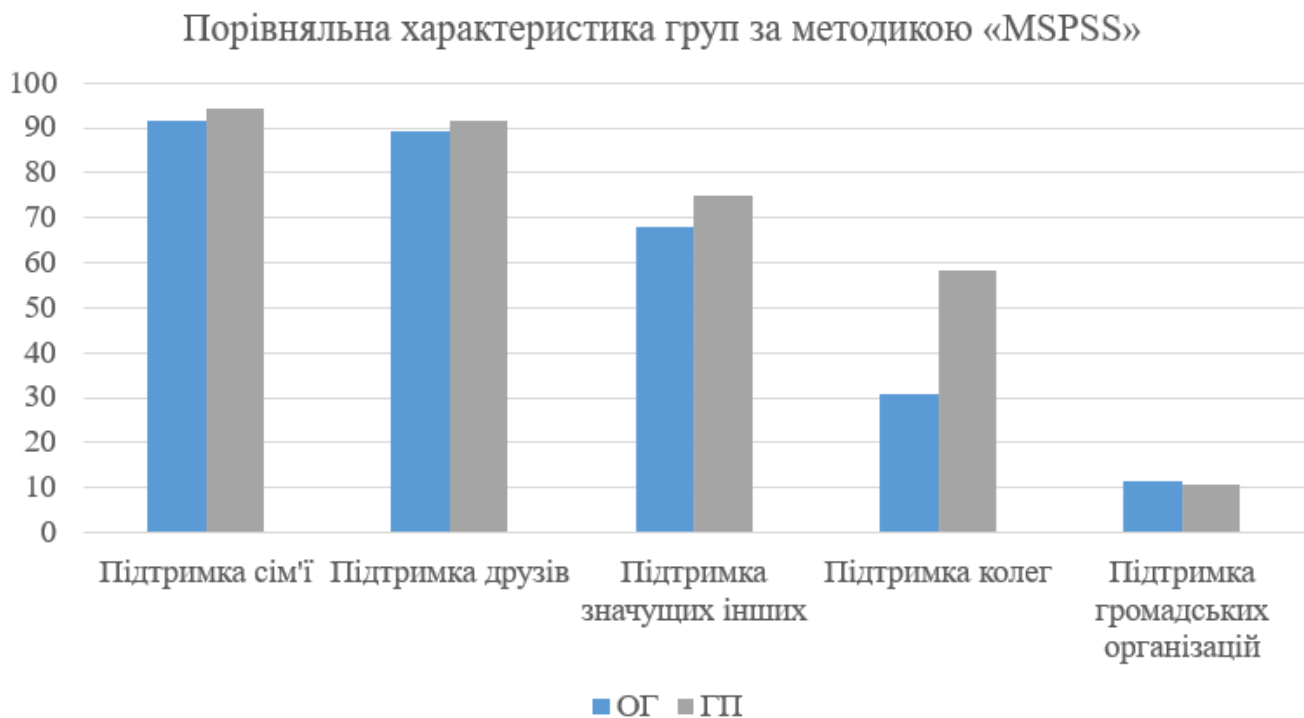


Рисунок 1. Порівняльна характеристика груп за методикою «MSPSS»

Визначення рівня соціальної підтримки показало наступне. Для ОГ середнє значення основних шкал було наступним: «підтримка сім'ї» - $\mu = 91,667$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,099$; 2) «підтримка друзів» - $\mu = 89,167$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,4706$; 3) «підтримка значущих інших» - $\mu = 68,125$ при стандартному відхиленні $\sigma = 3,8$; 4) «підтримка колег по роботі» - $\mu = 30,833$ при стандартному відхиленні $\sigma = 3,6324$; 5) «підтримка громадських організацій» - $\mu = 11,458$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,3464$.

Для ГП середнє значення основних шкал було вищим: «підтримка сім'ї» - $\mu = 94,167$ при стандартному відхиленні $\sigma = 2,8576$; 2) «підтримка друзів» - $\mu = 91,667$ при стандартному відхиленні $\sigma = 4,3769$; 3) «підтримка значущих інших» - $\mu = 75$ при стандартному відхиленні $\sigma = 7,2912$; 4) «підтримка колег по роботі» - $\mu = 58,333$ при стандартному відхиленні $\sigma = 7,7063$; 5) «підтримка громадських організацій» - $\mu = 10,833$ при стандартному відхиленні $\sigma = 4,2689$.

Відповідно до t-критерію Стьюдента середнє значення μ соціальної підтримки двох груп статистично відрізняється з достовірністю 90 %. Різниця розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчалася за допомогою U критерію Уїлкоксона. Виявлено значущі відмінності в розподілах відносних частот. На кожному етапі обстеження встановлено зниження рівня соціальної підтримки у ОГ порівняно з ГП.

Слід також відмитити, що в обидвах групах спостереження спостерігалось зниження рівня соціальної підтримки за останніми двома шкалами - «підтримка колег по роботі» та «підтримка громадських організацій».

На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлено статистично підтвержені результати щодо вищого рівня соціальної підтримки у жінок ГП.

Встановлено, що у всіх жінок ОГ порушення процесу адаптації до зміни способу життя на тлі неадекватної сімейної підтримки, наявності проблем у взаєминах із чоловіком та/або родичами, а також браку психологічної готовності до материнства призводило до порушення прив'язаності до плоду.

Висновки

Загроза передчасних пологів є складною психотравмуючою ситуацією, яка за умови констеляцій відповідних персонілогічних особливостей та відсутності належної сімейної підтримки може стати тригером формування психологічної дезадаптації. Розвиток і прогресування даного явища призводить до погіршення психоемоційного стану жінки та дитини протягом першого року життя.

Крім того, вагітність може як змінювати взаємини подружжя на краще, так і погіршувати їх. Іноді навіть запланована й бажана вагітність не зближує подружжя, а, навпаки, робить напруженою сімейну ситуацію. Сім'я у такому випадку виступає не потужним джерелом ресурсу, а психотравмуючим чинником.

Чинників, які впливають на розвиток подібних реакцій, чимало. Зовнішніми ресурсами підтримки, передусім, є: запланована вагітність або ні, стосунки в парі, житлові умови, фінансова стабільність, ступінь зацікавленості партнера в народженні малюка, його здатність до співчуття й підтримки вагітної, ставлення до вагітності близького кола родичів. І є внутрішні, невидимі, але від цього не менш вагомні ресурси: психологічна зрілість майбутньої мами, її власний дитячий і перинатальний досвід, ступінь її зв'язку з матір'ю, звичні жінці форми реакцій на небезпеку, труднощі, невідомість, емоційний стан до вагітності.

Вивчення зовнішніх та внутрішніх ресурсів підтримки жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів дозволяє попередити негативний вплив загрози передчасних пологів, що значно покращить стан психоемоційної, подружньої та материнсько-дитячої сфер жінки.

Перспектива подальших досліджень

Тому перспективою подальших досліджень виявлення «мішеней» медико-психологічного впливу для даної категорії пацієнток, на основі чого розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та протягом року після пологів.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

References

1. Preterm birth. Geneva: WHO; 2015.
2. Maternal Mental Health. Geneva: WHO; 2017.
3. Slomian J, Emonts P, Vigneron L, et al. Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1).
4. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in

- 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;288(10063):3027-35.
5. Filippova G. Transformacija otnoshenij privjazannosti u zhenshhiny v period beremennosti. *Perinatal'naja psihologija i psihologija roditel'stva*. 2008;3:31-7.
 6. Markova M, Kryshchal' J, Lobjko L. To the problem of medical and psychological support system «mother-child» under different feeding conditions. *Psychological Counseling and Psychotherapy*. 2015;2(2):121-9.
 7. Markova M, Drjuchenko M. Osoblyvosti deformacii' materyns'ko-dytjachoi' vzajemodii' i simejnogo funkcionuvannja v rodynah zhinok, hvoryh na paranoi'dnu shyzofreniju, ta i'i' psihologichna korekcija, rannje vtruchannja v psyhoz (novi diagnostychni i terapevtychni paradygmy): kolektyvna monografija za redakcijeju prof PV Voloshyna, prof NO Maruty. Kharkiv: Vydavec' Strokov DV; 2019.
 8. Skrypnikov A, Gerasymenko L, Isakov R. *Pernatal'na psihologija*. Kyiv: Medknyha; 2017.
 9. Lennon S, Heaman M. Factors associated with family resilience during pregnancy among inner-city women. *Midwifery*. 2015;31(10):957-64.
 10. Parsa N, Yaacob S, Redzuan M, Parsa P, Sabour EN. Parental Attachment, Inter Parental Conflict and Late Adolescent's Self-Efficacy. *Asian Social Science*. 2014;10:123-31.
 11. Antenatal and postnatal mental health: clinical and service management guidance, clinical guideline 192. London: NICE; 2014.
 12. Dobrjakov I. Perinatal'naja psihologija — novyj razdel klinicheskoi (medicinskoj) psihologii. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektronnyj nauchnyj zhurnal*. 2012;5(16).
 13. Filippova G. *Psihologicheskaja gotovnost' k materinstvu*. Moscow: Ural State Pedagogical University; 2005.
 14. Mead S, MacNeil C. Peer support: what makes it unique? *Int J Psychosoc Rehabil*. 2006;10(2):29-37.
 15. *Psihologicheskie osnovy raboty s sem'ej*. Yaroslavl: Open Society Foundations; 2003.
 16. Liders A. *Psihologicheskoe obsledovanie sem'i*. Moscow: Izdatel'skij centr «Akademija»; 2007.
 17. Mendelevich V. *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: uchebnoe posobie*. Moscow: MEDpress-inform; 2008.
 18. Jejdemiller J. *Psihologija i psihoterapija sem'i*. Saint-Petersburg: Piter; 2008.
 19. Shaffer D. *Development psychology: Childhood and Adolescence*. Massachusetts: Wadsworth Publishing; 2009.
 20. Koshchavtsev A, Multanovskaya V, Lorier V. The maternity blues as an adaptation disorder of the early development stage of mother-baby relations. *SS Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007;2:56-8.
 21. Tijt J. *Factory lichnosti i udachnost' braka*. Vilnius: Aktual'nye voprosy sem'i i vospitanija; 1983.
 22. Liders A. *Psihologicheskoe obsledovanie sem'i*. Moscow: Izdatel'skij centr «Akademija»; 2007.
 23. Argajl M. *Vlijanie vzaimootnoshenij na schast'e i udovletvorennost'*. Samara: Bahrah-M; 2002.
 24. Posysoeva N. *Osnovy psihologii sem'i i semejnogo konsul'tirovanija*. Moscow: VLADOS-PRESS; 2004.
 25. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*. 2003;42(1):1-18.
 26. Andreeva T. *Semejnaja psihologija*. Saint-Petersburg: Rech'; 2004.
 27. Hmaruk I. *Social'no-psihologicheskie korreljaty vybora sposoba reagirovanija v situacii izmeny supruha*. Rostov-on-Don: Rostov State University; 2000.
 28. Liders A. *Sem'ja kak psihologicheskaja sistema*. Moscow: Obnisinsk: Social sciences; 2004.
 29. Rollins B, Feldman H. Marital Statisfaction over the Family Life Cycle. *J Marriage Fam*. 1970;32(1):20-8.
 30. Burr W. *Contemporary theories about the family*. New York: Free Press; 1970.
 31. Burlachuk L. *Psihodiagnostika: Uchebnik dlja vuzov*. Saint-Petersburg: Piter; 2006.
 32. Korytova G. Modifikacija psihodiagnosticheskoi metodiki «MSPSS» dlja izuchenija resursov sovladanija. *Modern high technologies*. 2007;3:77-80.