КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ / CLINICAL PSYCHOLOGY

Научная статья / Research Article
https://doi.org/10.11621/npj.2026.0102
УДК/UDC 159.9.07; 618.3-06

Психологические и клинические особенности беременности, родов и послеродового периода у женщин с гестационным сахарным диабетом

Р.А. Блох [1], М.Е. Блох [1, 2], Р.Ж. Мухамедрахимов [1]

[1] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация
[2] Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Российская Федерация

drblokh@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) увеличивается в последние годы во всем мире, охватывая до 25% всех беременностей. Наличие заболевания, осложняющего течение беременности, ухудшает эмоциональное состояние беременной женщины, негативно сказывается на здоровье матери и ребенка как в краткосрочной, так и долговременной перспективе, что диктует необходимость комплексного изучения этого состояния.
Цель. Сравнительное внутригрупповое и межгрупповое изучение психологических и клинических особенностей женщин с ГСД и без ГСД в период беременности и после родов.
Выборка. Участниками исследования были 445 женщин, средний возраст M (SD) = 32 (5) года, обследованных дважды: на этапе беременности (30 женщин с ГСД и 415 без ГСД) и повторно после рождения ребенка (22 — с ГСД и 263 — без ГСД).
Методы. Шкала адаптивного функционирования; Тест отношений беременной; Тест отношений матери; Шкалы оценки пренатального и постнатального отношения матери к ребенку; социально-демографическая анкета.
Результаты. Женщины с ГСД статистически значимо отличались от группы сравнения по ряду показателей: они имели более высокую массу тела до беременности, вдвое чаще подвергались оперативному родоразрешению, дольше находились в родильном доме и позже прикладывали ребенка к груди после родов. Показатели тревожности и депрессивности, DSM-ассоциированных антисоциальных расстройств у женщин с ГСД после родов повышались, тогда как у женщин без ГСД — снижались. Динамика отношения к беременности/материнству и ребенку у женщин группы сравнения положительная, а у женщин с ГСД — отрицательная.
Выводы. У женщин с гестационным сахарным диабетом отмечается ухудшение психоэмоционального состояния и материнского отношения в постнатальном периоде по сравнению с женщинами без ГСД. Полученные результаты подтверждают важность ведения беременности и послеродового сопровождения с обязательным учетом психоэмоционального состояния у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, психическое здоровье, беременность, депрессия, тревожность, материнское отношение, послеродовой период, перинатальные исходы, раннее материнство

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ), проект № 25-28-00699, тема проекта «Предикторы и динамика материнского отношения к ребенку от периода беременности до раннего возраста».

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования коллектив участников гранта РНФ № 25-28-00699.

Для цитирования: Блох, Р.А., Блох, М.Е., Мухамедрахимов, Р.Ж. (2026). Психологические и клинические особенности беременности, родов и послеродового периода у женщин с гестационным сахарным диабетом. *Национальный психологический журнал, 21*(1), 19–29. https://doi.org/10.11621/npj.2026.0102

Psychological and Clinical Features of Pregnancy, Childbirth, and Postpartum Period in Women with Gestational Diabetes Mellitus

Roman A. Blokh [1], **Mariya E. Blokh** [1, 2], **Rifkat J. Muhamedrahimov** [1]

[1] Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation
[2] D.O. Ott Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproductology, Saint Petersburg, Russian Federation

drblokh@mail.ru

ABSTRACT

Background. The prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) has been increasing worldwide in recent years, affecting up to 25% of all pregnancies. The presence of a condition that complicates the course of pregnancy worsens the emotional state of the pregnant woman and negatively affects the health of both the mother and the child in both the short and long term, necessitating a comprehensive study of this condition.
Objective. The study focuses on the comparative intra-group and inter-group study of the psychological and clinical characteristics of women with and without gestational diabetes mellitus (GDM) during pregnancy and after childbirth.
Study Participants. 445 women with a mean age of M (SD) = 32 (5) years participated in the study. They were assessed at the pregnancy stage (30 women with GDM and 415 without) and later after childbirth (22 and 263 correspondingly).
Methods. The following instruments were used: the Adult Self-Report; the Pregnant Women's Attitude Test; the Maternal Attitude Test; the Maternal Antenatal and Postnatal Attachment Scales; a socio-demographic questionnaire.
Results. Women with GDM differed statistically significantly from the comparison group on several indicators: they had a higher pre-pregnancy body mass, were twice as likely to undergo operative delivery, stayed longer in the maternity hospital, and initiated breastfeeding later after childbirth. Postpartum, women with GDM showed increased levels of anxiety, depression, and DSM-associated antisocial disorders, whereas in women without GDM these indicators decreased. The dynamics of attitudes toward pregnancy/motherhood and the child were positive in the comparison group and negative in the GDM group.
Conclusions. Women with gestational diabetes mellitus show a deterioration in psycho-emotional state and maternal attitude in the postpartum period as compared to women without GDM. The results confirm the importance of managing pregnancy and providing postpartum support with mandatory consideration of the psycho-emotional state in women with gestational diabetes mellitus.

Keywords: gestational diabetes mellitus, mental health, pregnancy, depression, anxiety, maternal attitude, postpartum period, perinatal outcomes, early motherhood

Funding. This study was supported by the Russian Science Foundation (RSF), project No. 25-28-00699, "Predictors and Dynamics of Maternal Attitude Toward the Child from Pregnancy to Early Childhood".

Acknowledgments. The authors express their gratitude to the research team members involved in data collection for RSF grant No. 25-28-00699.

For citation: Blokh, R.A., Blokh, M.E., Muhamedrahimov, R.J. (2026). Psychological and clinical features of pregnancy, childbirth, and postpartum period in women with gestational diabetes mellitus. *National Psychological Journal*, *21*(1), 19–29. https://doi.org/10.11621/npj.2026.0102

ВВЕДЕНИЕ

Беременность, роды и первый год жизни ребенка считаются критическими периодами, потенциально травматичными, требующими активации адаптационных механизмов женщины к физиологическим и социально-психологическим

изменениям (Howard, Khalifeh, 2020). Наличие заболевания, потенциально ухудшающего протекание беременности, становится дополнительным стрессом, увеличивая вероятность нарушения психического здоровья (Аникина, Аринцина, 2024). Одним из заболеваний, влияющих на успешность вынашивания и рождения ребенка, является сахарный диабет (СД), характеризующийся гипергликемией. У женщин с СД отмечается повышенный риск преэклампсии, эклампсии, преждевременных родов, гипоксии плода, риск оперативных вмешательств (Мирошник и др., 2016). Выделяют прегестационный СД 1 и 2 типа (ПСД 1 и ПСД 2) и гестационный СД (ГСД), возникающий во время беременности; распространенность последнего составляет 10–25% всех беременностей и неуклонно растет (Бойматова и др., 2020).

Согласно данным атласа Международной Федерации Диабета (International Diabetes Federation), 21,1 миллиона живородящих женщин (16,7%) из 47 стран в 2021 году имели какую-либо форму гипергликемии во время беременности. Из них в 80,3% случаев был установлен диагноз ГСД, в 10,6% причиной гипергликемии был прегестационный сахарный диабет (ПСД) 1 или 2 типа, обнаруженный до беременности и в 9,1% — сахарный диабет, обнаруженный впервые во время беременности[1]. ГСД увеличивает риск развития СД 2 типа (СД2), ожирения и сердечно-сосудистых осложнений у матери и ребенка (Додхоева, Пирматова, 2018). При этом, 80% беременных с ГСД имеют низкую приверженность лечению, только 20% демонстрируют оптимальное отношение к беременности (Старцева и др., 2022). Смертность младенцев у матерей с ГСД выше, чем у матерей с ПСД 1 и 2 типов (Gopal, 2014).

К факторам риска возникновения СД и ГСД во время беременности относят поздний возраст беременности, образ жизни и питания, ожирение, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, психосоциальное состояние до и во время беременности (Тиселько и др., 2022; Батрак и др., 2023).

Согласно результатам исследований, ГСД напрямую коррелирует с риском дородовых депрессивных состояний, увеличивая их вероятность на 43%, что не наблюдается у беременных с прегестационным СД (Lee et al., 2020). Показано, что ГСД ассоциируется с повышенным уровнем тревожности и стресса у женщин как в краткосрочной, так и в среднесрочной перспективе (Daniells et al., 2003; Blackmore et al., 2016). Женщины, впервые получившие диагноз «гестационный сахарный диабет» во время беременности, часто испытывают страх за здоровье ребенка и переживают по поводу необходимости строгого контроля уровня глюкозы, необходимости придерживаться строгих ограничений в образе жизни и питания, что может приводить к высокому уровню тревожности и депрессивным расстройствам (Egan et al., 2017).

Выраженная тревожность женщин во время беременности является независимым фактором риска неблагоприятных акушерских исходов, включая преждевременные роды, задержки внутриутробного роста плода, низкий вес новорожденного, неонатальную гипогликемию и осложнения в раннем постнатальном периоде; она приводит к нарушениям сна в дородовый и послеродовый период, оказывает влияние на последующее взаимодействие матери и ребенка (Abdelhafez et al., 2023; Буйнова, 2019); повышает риск развития родительского стресса в первые месяцы жизни младенца (Huizink et al., 2017). Таким образом, эмоционально неустойчивые психические состояния беременной и молодой матери отражаются на ее организме, могут приводить к дезадаптации, влияют на развитие ребенка и требуют своевременного вмешательства специалистов (Ланцбург и др., 2016).

Диагноз ГСД в большинстве случаев ставится женщине, начиная со второго триместра беременности, при этом известно, что второй и третий триместры беременности имеют более высокий риск развития дородовой депрессии (12,0–12,8%) по сравнению с первым (7,4%) (Bennett et al., 2004; Woody et al., 2017; Lee et al., 2019).

Таким образом, ГСД является фактором риска как для физического здоровья ребенка, так и психического здоровья матери, также влияющего на ребенка. При этом, несмотря на большое количество исследований по теме ГСД, большинство из них посвящены оценке клинических симптомов и последствий заболевания для матери и ребенка, однако, недостаточно данных о психическом здоровье женщины с ГСД и ее отношении к беременности, ребенку и материнству. Также практически не существует лонгитюдных исследований, оценивающих динамику психического состояния женщин с ГСД с периода беременности до младенческого возраста их ребенка. Цель исследования: сравнительное внутригрупповое и межгрупповое изучение психологических и клинических особенностей женщин с ГСД и без ГСД в период беременности и после родов.

ВЫБОРКА

Участниками исследования были 445 женщин от 19 до 46 лет ($M_{возраст}$ (SD) = 32(5) года), обследованных в период с 2020 по 2024 годы. Информация о женщинах, соответствующих критериям включения, была получена в женских консультациях Санкт-Петербурга. Все участницы подписывали информированное согласие, одобренное Этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

На этапе беременности выборку составили 30 (6,7% от всей выборки) участниц с диагнозом ГСД в анамнезе текущей беременности, средний возраст 31,5 (5,7) года, средний срок гестации — 31,1 (6,5) недели, из них 16,7% и 83,3% на втором и третьем триместрах беременности соответственно. Группу сравнения составили 415 женщин без ГСД, средний возраст 31,4 (5,1) года, средний срок гестации — 30,5 (8,1) недель, из них 15,2% на втором и 84,8% — на 3 триместре

[1] International Diabetes Federation. (2021). The Diabetes Atlas. 10th ed. URL: https://diabetesatlas.org/ (дата обращения: 24.03.2025).

беременности. На 4–8 месяцах после рождения ребенка из той же выборки в группе с ГСД остались 22 женщины, средний возраст 32,4 (6) года; без ГСД — 263 женщины, средний возраст 31,8 (4,7) года.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в лонгитюде в два этапа: в период беременности во втором и третьем триместре и в период 4–8 месяцев после рождения ребенка.

На этапе беременности для оценки психического здоровья применялась Шкала психологического функционирования Т. Ахенбаха (ASEBA) (Achenbach, Rescorla, 2003; русскоязычная версия предоставлена правообладателем Слабодской Е.Р.), предназначенная для оценки эмоционального состояния женщины, адаптивного и неадаптивного поведения в зонах нормального функционирования, риска или клинических значений; для изучения отношения к беременности и ребенку — Тест отношений беременной, ТОБ (Добряков, 2015), выделяющий оптимальный, эйфорический, тревожный, гипогестогнозический, депрессивный типы психологического компонента гестационной доминанты; Шкала оценки пренатального отношения к ребенку Дж. Кондона (Maternal Antenatal Attachment Scale, MAAS) в адаптации С.С. Савенышевой с соавторами (Савенышева и др., 2022a), оценивающая уровень, качество и интенсивность пренатальной привязанности беременной женщины к ребенку. Для сбора социально-демографических данных (возраст, наличие/отсутствие диагноза ГСД, особенности протекания беременности) использовалась анкета.

На этапе после рождения ребенка для этих же респондентов были использованы: для оценки психического здоровья — Шкала психологического функционирования Т. Ахенбаха (ASEBA) (Achenbach, Rescorla, 2003); для изучения отношения к материнству и ребенку — Тест отношений матери (ТОМ) (Савенышева и др., 2022b), выделяющий оптимальное, эйфорическое, тревожное, игнорирующее, депрессивное материнское отношение; Шкала оценки постнатальных отношений к ребенку Дж. Кондона (Maternal Postnatal Attachment Scale, MPAS)в адаптации С.С. Савенышевой с соавторами (Савенышева и др., 2022b), включающая показатели эмоциональной близости, удовольствия от взаимодействия с ребенком и отсутствия враждебности. Дополнительно учитывались особенности родов, состояние матери и ребенка, длительность пребывания в роддоме и тип вскармливания.

Статистический анализ включал критерий Манна — Уитни, t-критерий Стьюдента и критерий Вилкоксона для зависимых выборок, χ^2 для таблиц сопряженности; обработка проводилась в программе JASP.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Результаты межгруппового анализа

Женщины с ГСД продемонстрировали ряд значимых отличий по сравнению с женщинами без данного диагноза. Они имели значимо больший вес до беременности (M (SD) = 72,8 (16,3) по сравнению с 62,3 (11,0) кг; U = 990, $p < 0{,}001$), относительно меньшее число естественных родов (36,3% и 67,3%; $\chi^2 = 23{,}88$, $p < 0{,}001$), большее число операций кесарева сечения (63,7% и 32,7%; $\chi^2 = 23{,}88$ $p < 0{,}001$), включая проведенных экстренно (54,6% и 19,8%; $\chi^2 = 23{,}88$, $p < 0{,}001$). Женщины с ГСД, по сравнению с женщинами без ГСД, реже прикладывали новорожденного к груди в родильном зале (50% и 74,5%; $\chi^2 = 8{,}96$, $p < 0{,}05$) и чаще отказывались от грудного вскармливания (9,1% и 5,7%; $\chi^2 = 8{,}96$, $p < 0{,}05$). Продолжительность пребывания в родильном доме была большей как для самих женщин с ГСД (6,1 (2,4)[2] и 5,2 (3,1) дней; U = 1918, $p < 0{,}05$), так и для их детей (5,7 (2,45) и 5,4 (3,9) дней; U = 2118, $p < 0{,}05$).

Результаты межгруппового сравнения женщин с ГСД и без ГСД не выявили значимых различий среднегрупповых значений обобщенных показателей использованных психологических методов ($p > 0{,}1$) как на этапе беременности, так и после рождения ребенка. При этом после рождения ребенка у женщин с ГСД показатель враждебности к ребенку по Шкале оценки постнатального отношения к ребенку (MPAS) выше, чем у женщин без ГСД (M (SD) = 18,2 (3,2) и 19,8 (3,2) соответственно, при обратном значении показателя, $p \leq 0{,}05$).

2. Результаты корреляционного анализа

В обеих группах (с ГСД, без ГСД) выявлены достоверные связи показателей материнского отношения (по шкале MAAS и методике ТОБ) с показателями психического здоровья (по Шкале психологического функционирования Ахенбаха), а именно, чем выше значение материнского отношения, тем более выражены признаки делинквентности (r (ГСД) = –0,401, $p < 0{,}05$; r (без ГСД) = –0,2, $p < 0{,}01$) и гипогестогнозического типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (r (ГСД) = –0,597, $p < 0{,}01$; r (без ГСД) = –0,420, $p < 0{,}01$). Депрессивный тип ПКГД напрямую связан

[2] Здесь и далее после среднего значения приводится в скобках значение стандартного отклонения.

с выраженностью DSM-ассоциированных депрессивных расстройств (показатели DSM-ассоциированных шкал соотносятся с клиническими проявлениями соответствующих психических расстройств по DSM-IV) (r (ГСД) = 0,480, p < 0,01; r (без ГСД) = 0,309; p < 0,01), эйфорический тип ПКГД отрицательно коррелирует с показателями агрессивности (r (ГСД) = –0,477, p < 0,01; r (без ГСД) = –0,149, p < 0,01).

3. Результаты оценки изменения психологических показателей женщин от периода беременности к 4–8 месяцам после рождения ребенка

В группе ГСД обнаружено повышение показателя DSM-ассоциированного антисоциального расстройства (54,6 (5,6) и 56,4 (7,1), согласно критерию Вилкоксона Z = –1,77, p = 0,076), и достоверное снижение оптимального отношения к ребенку (ТОБ, ТОМ) от 1,8 (0,75) до 1,6 (0,63); Z = –1,98, p = 0,047.

В группе женщин без ГСД выявлено уменьшение значений по показателям шкалы психологического функционирования Ахенбаха (ASEBA): соматические расстройства (от 56,7 (6,4) до 55,7 (6,1); t = 1,8, p = 0,062), агрессивность (от 56,4 (6,7) до 55,5 (5,9); t = 2,2, p = 0,03), делинквентное поведение (от 56,2 (6,4) до 55,0 (5,8); t = 2,39, p = 0,018), назойливость (от 54,59 (5,7) до 53,69 (5,54); t = 2,55, p = 0,012), тревожность/депрессивность (от 57,88 (8,34) до 56,93 (8,1); t = 1,75, p = 0,08), DSM-ассоциированные депрессивные расстройства (от 57,9 (15,3) до 54,8 (13,7); t = 1,98, p = 0,05). Обнаружено повышение оптимального отношения к ребенку (от 1,5 (0,81) до 1,8 (0,82); t = 2,26, p = 0,025), эйфорического отношения (от 1,93 (1,4) до 2,69 (1,5); t = –5,06, p < 0,001), снижение тревожного отношения (ТОБ, ТОМ) (от 0,43 (0,61) до 0,21 (0,49); t = 4,46, p < 0,001), а также увеличение показателя материнского отношения (MAAS, MPAS) (с 75 (7,61) до 78,2 (9,01); t = –4,43, p < 0,001).

В силу множественности разнонаправленных динамических изменений в группах мы провели сравнительный анализ разницы показателей в период беременности и после родов с применением критерия Манна — Уитни. Результаты анализа представлены в Таблице 1.

Выявлено, что у женщин с ГСД оценки материнского отношения и оптимального отношения к ребенку снизились (разность «до-после» равна 0,5 (6,09) для показателей MAAS, MPAS; 0,25 (0,86) — для показателей ТОБ, ТОМ), в то время как у женщин без ГСД — увеличились (–3,2 (8,59) и –0,3 (1,02), соответственно). Различия в динамике значимы (U = 765, p = 0,03 — для разностей показателей MAAS, MPAS; U = 795, p = 0,038 — для разностей показателей ТОБ, ТОМ). Показатель тревожного отношения к ребенку возрос у женщин с ГСД, а в случае с нормально протекающей беременностью — снизился (–0,25 (0,86) и 0,22 (0,07); U = 741, p = 0,008). Уровень тревожности/депрессивности у женщин с ГСД также возрос, а у женщин без ГСД — снизился (–1,94 (5,26) и 0,95 (6,02); U = 728, p = 0,042). Среди DSM-ассоциированных расстройств значимое различие в динамике наблюдалось только по шкале антисоциальных расстройств (ASEBA), они также показали прирост в группе с ГСД и снижение в группе без ГСД (–1,88 (4,57) и 0,34 (4,59); U = 724, p = 0,032) (Таблица 1).

Таблица 1

Среднегрупповые значения (M (SD)) психологических показателей (материнского отношения и психического здоровья) в группах женщин с ГСД и без ГСД и их различия за период от беременности до 4–8 месяцев после рождения ребенка (U, p)

Показатели / группы	ГСД, n = 22			Без ГСД, n = 263			U, p
	До родов	После родов	Различие	До родов	После родов	Различие	
Материнское отношение к ребенку (MAAS, MPAS)	76,7 (5,77)	76,2 (8,64)	0,5 (6,09)	75 (7,61)	78,2 (9,01)	–3,2 (8,59)	765 0,03
Оптимальное отношение к ребенку (ТОБ, ТОМ)	1,81 (0,75)	1,56 (0,63)	0,25 (0,86)	1,5 (0,81)	1,8 (0,82)	–0,3 (1,02)	795 0,038
Тревожность по отношению к ребенку (ТОБ, ТОМ)	0,25 (0,58)	0,5 (0,73)	–0,25 (0,86)	0,43 (0,61)	0,21 (0,49)	0,22 (0,07)	741 0,008
Тревожность / депрессивность (ASEBA)	55,94 (5,8)	57,88 (6,98)	–1,94 (5,26)	57,88 (8,34)	56,93 (8,1)	0,95 (6,02)	728 0,042
DSM-ассоциированные антисоциальные расстройства (ASEBA)	54,56 (5,57)	56,44 (7,07)	–1,88 (4,57)	55,56 (6,08)	55,24 (5,56)	0,34 (4,59)	724 0,032

Table 1

Mean group values (M (SD)) of psychological indicators (maternal attitude and mental health) in groups of women with and without gestational diabetes mellitus (GDM), and their differences over the period from pregnancy to 4–8 months after childbirth (U, p).

Indicators / Groups	GDM, n = 22			Without GDM, n = 263			U, p
	Before child-birth	After child-birth	Difference	Before child-birth	After child-birth	Difference	
Maternal attitude towards the child (MAAS, MPAS)	76.7 (5.77)	76.2 (8.64)	0.5 (6.09)	75 (7.61)	78.2 (9.01)	–3.2 (8.59)	765 0.03
Optimal attitude towards the child (TOB, TOM)	1.81 (0.75)	1.56 (0.63)	0.25 (0.86)	1.5 (0.81)	1.8 (0.82)	–0.3 (1.02)	795 0.038
Anxiety towards the child (TOB, TOM)	0.25 (0.58)	0.5 (0.73)	–0.25 (0.86)	0.43 (0.61)	0.21 (0.49)	0.22 (0.07)	741 0.008
Anxiety and depression (ASEBA)	55.94 (5.8)	57.88 (6.98)	–1.94 (5.26)	57.88 (8.34)	56.93 (8.1)	0.95 (6.02)	728 0.042
DSM-associated antisocial disorders (ASEBA)	54.56 (5.57)	56.44 (7.07)	–1.88 (4.57)	55.56 (6.08)	55.24 (5.56)	0.34 (4.59)	724 0.032

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Целью данного исследования явилось изучение психологических и клинических особенностей женщин с ГСД в сравнении с женщинами без этого диагноза, а также изменений их психологических показателей от беременности к послеродовому периоду. Результаты продемонстрировали наличие значимых отличий как клинических, так и психологических характеристик женщин с ГСД от женщин без этого диагноза: более частое использование оперативного родоразрешения, позднее прикладывание к груди новорожденного, более высокие значения враждебности к ребенку в послеродовом периоде. Благодаря лонгитюдному характеру исследования мы получили наиболее значимые результаты в оценке динамики психического состояния женщин и материнского отношения от периода беременности к младенческому возрасту ребенка: показатели тревожности/депрессивности, DSM-ассоциированных антисоциальных расстройств у женщин с ГСД после родов повышались, тогда как у женщин без ГСД — снижались; направленность изменений отношения к беременности/материнству и ребенку у женщин группы сравнения положительная, а у женщин с ГСД — отрицательная.

Распространенность ГСД среди всей выборки составила 6,7%, что ниже показателей, представленных в научной литературе о распространенности этого заболевания (10–25%) (Бойматова и др., 2020), возможно, это связано со сравнительно небольшой выборкой и отсутствием специфической направленности лечебно-профилактических учреждений, в которых происходил набор респондентов. При этом выявлено, что масса тела до беременности у женщин с ГСД достоверно выше, что соответствует общеизвестному факту, что к рискам развития СД и ГСД относят образ питания и жизни, ожирение (Тиселько и др., 2022; Батрак и др., 2023). По типу родоразрешения в группе сравнения (без ГСД) кесарево сечение составило 32,7%, что соответствует общей статистике по России (Филиппов, Павлов, 2023), а в группе с ГСД в нашей выборке распространенность кесарева сечения практически в 2 раза выше (63,7%); это подтверждает предыдущие исследования, свидетельствующие о высоком риске оперативного родоразрешения у женщин с ГСД (Мирошник и др., 2016). При этом операции кесарева сечения проводились преимущественно в экстренном порядке (54,6% от общего числа родов) по медицинским показаниям как со стороны матери, так и ребенка. Такая высокая распространенность кесарева сечения, причем преимущественно в экстренном порядке, может способствовать более сложному послеродовому восстановлению, что, в свою очередь, увеличивает физический и психологический стресс у женщин с ГСД. Это, соответственно, может влиять на отношение к ребенку, в том числе способствовать отказу от грудного вскармливания или позднему прикладыванию к груди.

В группе женщин с ГСД первичное прикладывание к груди чаще происходило через несколько часов, а иногда спустя сутки или дольше. В группе сравнения этот процесс в большинстве случаев происходил сразу в родильном зале. При этом известно, что раннее прикладывание к груди является важным фактором становления лактации и длительности грудного вскармливания, улучшает адаптацию новорожденного, снижает риски воспалительных заболеваний матери и ребенка, ускоряет послеродовую инволюцию матки, способствует диадическому взаимодействию[3]. Раннее прикладывание к груди и длительность грудного вскармливания (от шести месяцев и дольше) является естественным и эффективным способом профилактики долгосрочных последствий нарушенного развития мозга у детей, рожденных от матерей с ГСД. Это происходит благодаря влиянию материнских гормонов, содержащихся в грудном молоке, на контроль экспрессии

[3] Всемирная организация здравоохранения. (2025). Грудное вскармливание. URL: https://www.who.int/ru/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1 (дата обращения: 24.03.2025).

генов, участвующих в миелинизации и дифференцировке нервных клеток, предотвращая реализацию внутриутробного эпигенетического программирования патологии центральной нервной системы (Евсюкова, 2024).

Задержка первого тактильного контакта, связанная с наиболее отдаленным по времени или отсутствующим первым прикладыванием ребенка к груди у большинства женщин с ГСД, их длительное пребывание в родильном доме, а также раздельное нахождение матери и ребенка, например, при госпитализации новорожденного в ОРиТ, могут отрицательно сказаться на формировании ранней эмоциональной связи между матерью и младенцем, что играет важную роль в его психическом и социальном развитии (Байматова и др., 2023). Таким образом, ГСД, осложняя течение беременности и родов, может влиять не только на физические аспекты здоровья, но и на психологические, ослабляя материнскую привязанность и снижая уверенность женщины в своей родительской роли (Мошкивская, 2023). Следует учитывать значимость грудного вскармливания как фактора, способствующего снижению тревожности и укреплению эмоциональной связи между матерью и младенцем. Однако, как показало исследование, в группе женщин с ГСД процесс грудного вскармливания сталкивается с дополнительными трудностями, включая задержку первого прикладывания и более поздний старт лактации. Это подтверждает необходимость комплексного подхода, включающего не только медицинское сопровождение, но и психологическое консультирование, направленное на укрепление уверенности женщины в своих родительских навыках и снижение тревожности, связанной с уходом за ребенком.

По результатам оценки психологических характеристик во время беременности и после рождения ребенка в исследуемых группах мы практически не получили значимых различий. Лишь по шкале MPAS показатель «отсутствие враждебности» в постнатальном периоде был статистически значимо ниже в группе с ГСД, что означает бóльшую враждебность по отношению к ребенку у женщин с ГСД. Такое небольшое количество значимых различий с группой сравнения не подтверждает данные литературы о высоком риске тревожных и депрессивных расстройств у женщин с ГСД (Мирошник и др., 2016; Lee et al., 2020; Daniells et al., 2003), что, возможно, обусловлено недостаточностью выборки. Так, согласно исследованию К. Ли с коллегами с выборкой более 71 000 участниц, риск дородовой депрессии у женщин с ГСД был статистически значимо выше на 43%.

Однако, благодаря возможностям проследить респондентов на разных этапах лонгитюдного исследования (от беременности до младенческого возраста ребенка) и оценить изменения эмоционального состояния и материнского отношения к ребенку и беременности/материнству, мы выявили разнонаправленные процессы в группах женщин с ГСД и без этого заболевания. Так общий показатель материнского отношения к ребенку по шкале MAAS/MPAS показал следующие изменения: в группе с ГСД показатель материнского отношения снизился, тогда как в группе сравнения — увеличился на несколько пунктов. Интересно и важно отметить, что в период беременности общий показатель материнского отношения к ребенку у женщин с ГСД был незначительно, но выше, а постнатально — значимо снизился. В группе сравнения произошли диаметрально противоположные изменения.

Тесты ТОБ и ТОМ аналогично выявили положительную динамику в группе сравнения и отрицательную в группе женщин с ГСД: показатель «оптимальное отношение матери к ребенку» снизился, а «тревожное отношение к ребенку» значимо возрос у женщин с ГСД. К важным данным, полученным в исследовании, относятся клинические проявления ГСД, включая осложнения во время беременности и родов, а также проблемы со здоровьем у новорожденных — такие как оперативное кесарево сечение, макросомия, преждевременные роды, врожденные пороки развития, преэклампсия и другие (Байматова и др., 2023; Григорян и др., 2021). Эти факторы являются значимыми предикторами развития тревожных и депрессивных состояний у женщин в послеродовом периоде.

По шкале Ахенбаха (ASEBA) нами были получены значимые различия изменений показателей «тревожность и депрессивность» и «DSM-ассоциированные антисоциальные расстройства». В группе сравнения показатель тревожности и депрессивности после рождения ребенка снизился. Мы предполагаем, что это связано с фактом рождения ребенка, тогда как сама беременность являлась стрессогенным фактором. У женщин с ГСД этот показатель противоположно возрос и превысил таковой даже в группе сравнения в период беременности. Таким образом, более высокие тревожность и депрессивность у женщин с ГСД можно отнести к прогностически неблагоприятной ситуации, так как по данным литературы женщины с послеродовой тревогой и депрессией могут проявлять чрезмерное беспокойство, страх и раздражительность, сосредотачиваясь больше на своих собственных нуждах, чем на потребностях ребенка. Это затрудняет установление прочной эмоциональной связи с младенцем и может негативно сказаться на его эмоциональном и социальном развитии (Goodman et al., 2014).

Также, согласно данным литературы, тревожные и депрессивные состояния, особенно в послеродовом периоде, напрямую связаны с социальной поддержкой до, во время и после беременности (Goodman et al., 2014; Vieten et al., 2018). Увеличение показателя «антисоциальные расстройства» у женщин с ГСД может свидетельствовать о трудностях социализации, нарушая возможность получения социальной поддержки, необходимой для матери.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что женщины с ГСД сталкиваются с более выраженными психологическими трудностями в постнатальном периоде. Рост показателей тревожности, депрессивности и антисоциальных расстройств может быть обусловлен не только физиологическими аспектами заболевания, но и психосоциальными факторами, такими как соприкосновение с идеей возможных долгосрочных негативных последствий для ребенка, сложности в адаптации к материнству и трудностях социализации.

ВЫВОДЫ

Различия психологических характеристик от периода беременности до послеродового периода в группах женщин с ГСД и без ГСД указывают на более сложную адаптацию к материнству у женщин с ГСД. В группе женщин без ГСД наблюдается снижение тревожности, повышение уверенности в себе, улучшение эмоциональной связи с младенцем, тогда как у женщин с ГСД эти процессы происходят в обратном направлении. Полученные в исследовании данные подчеркивают необходимость дополнительных психологических интервенций и поддержки женщин с гестационным сахарным диабетом как в течение беременности, так и в послеродовом периоде.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Необходима комплексная психологическая поддержка женщин с ГСД на всех этапах беременности и послеродового периода. Выявленные различия указывают на то, что ГСД не только оказывает физиологическое влияние на беременность, но и значительно затрудняет эмоциональную адаптацию к материнству. Ведение женщин с ГСД должно включать программы психоэмоционального сопровождения, направленные на снижение тревожности, поддержку формирования материнской привязанности и улучшение качества взаимодействия с младенцем в первые месяцы после родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Аникина, В.О., Аринцина, И.А. (2024). Нарушения психического здоровья женщин в период беременности и после родов: возможности взаимодействия врачей и психологов. В кн.: Тезисы 10-й Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» и 3-й Научно-практической конференции «Педиатрия XXI века: новые парадигмы в современных реалиях» (15–17 февраля, 2024 г.). (С. 6–7). Москва: Изд-во редакции журнала StatusPraesens.

Байматова, Н.М., Сейтжанова, А.К., Ахметова, И.Н. (2023). Проблема тревожности и депрессии в послеродовом периоде (обзор зарубежной литературы). *Евразийский Союз Ученых. Серия: медицинские, биологические и химические науки,* (5), 3–9.

Батрак, Н.В., Малышкина, А.И., Ткаченко, А.С. (2023). Факторы риска у беременных женщин с ранним и поздним гестационным сахарным диабетом. *Тверской медицинский журнал,* (5), 13–16.

Бойматова, З.К., Гулакова, Д.М., Нарзуллаева, З.Р., Орипова, Ш.Н., Сайдахмадова, Ш.Дж. (2020). Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете. *Мать и дитя,* (2), 4–7.

Буйнова, Ю.И. (2019). Связь между социальной поддержкой, психологическим стрессом и исходом беременности. *International Journal of Professional Science*, (11), 52–54.

Григорян, О.Р., Михеев, Р.К., Куринова, А.Н., Чернова, М.О., Сазонова, Д.В. и др. (2021). Сравнительный анализ влияния факторов риска на течение и исходы беременности при гестационном сахарном диабете. *Проблемы эндокринологии, 67*(3), 78–86. https://doi.org/10.14341/probl12756

Добряков, И.В. (2015). Перинатальная психология (2-е изд.). Санкт-Петербург: Изд-во «Питер».

Додхоева, М.Ф., Пирматова, Д.А. (2018). Гестационный сахарный диабет: современный взгляд на актуальную проблему. *Вестник Авиценны, 20*(4), 455–461. https://doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-455-461

Евсюкова, И.И. (2024). Грудное вскармливание в профилактике долгосрочных последствий нервно-психической патологии у потомства при гестационном сахарном диабете. *Журнал акушерства и женских болезней, 73*(4), 107–118. https://doi.org/10.17816/jowd631782

Ланцбург, М.Е., Крысанова, Т.В., Соловьева, Е.В. (2016). Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия: обзор современных зарубежных исследований. *Современная зарубежная психология, 5*(2), 67–78. https://doi.org/10.17759/jmfp.2016050209

Мирошник, Е.В., Рюмина, И.И., Зубков, В.В. (2016). Влияние сахарного диабета матери на здоровье новорожденного. *Акушерство и гинекология*, (9), 45–49. https://doi.org/10.18565/aig.2016.9.45-9

Мошкивская, В.А. (2023). Психологическая готовность к материнству женщин, беременных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий: дисс. канд. психол. наук. Санкт-Петербург.

Савенышева, С.С., Аникина, В.О., Блох, М.Е. (2022a). Перевод и адаптация методики «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (MAAS). *Консультативная психология и психотерапия, 30*(3), 92–111. https://doi.org/10.17759/cpp.2022300306

Савенышева, С.С., Василенко, В.Е., Деева, А.А. (2022b). Отношение к ребенку, психическое здоровье матери и психическое развитие младенца в период пандемии. *Проблемы современного педагогического образования, 75*(2), 393–397.

Старцева, Н.М., Банникова, С.А., Руднева, О.Д., Муковникова, Е.В. (2022). Психологический компонент доминанты беременности пациенток с гестационным сахарным диабетом. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение, 10*(3), 21–25. https://doi.org/10.33029/2303-9698-2022-10-3-21-25

Тиселько, А.В., Цыганова, М.К., Ярмолинская, М.И., Зинина, Т.А. (2022). Особенности течения манифестного сахарного диабета при беременности. *Медицинский вестник Юга России, 13*(1), 80–87. https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-1-80-87

Филиппов, О.С., Павлов, К.Д. (2023). Результаты анализа частоты и причин кесарева сечения, основанного на классификации Робсона, в акушерских стационарах Федерального медико-биологического агентства России. *Российский вестник акушера-гинеколога, 23*(5), 7–12. https://doi.org/10.17116/rosakush2023230517

Abdelhafez, M.M.A., Ahmed, K.A.M., Ahmed, N.A.M., Ismail, M.H., Mohd Daud, M.N.B. et al. (2023). Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon, 9*(11), e20958. URL: https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)08166-5?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023081665%3Fshowall%3Dtrue (дата обращения: 24.03.2025).

Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families Publ.

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology, 103*(4), 698–709. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f

Blackmore, E.R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., O'Connor, T.G. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 197*, 251–258. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008

Daniells, S., Grenyer, B.F., Davis, W.S., Coleman, K.J., Burgess, J.P., Moses, R.G. (2003). Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care, 26*(2), 385–389. https://doi.org/10.2337/diacare.26.2.385

Egan, A.M., Dunne, F.P., Lydon, K., Conneely, S., Sarma, K., McGuire, B. (2017). Diabetes in pregnancy: Worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. *QJM International Journal of Medicine, 110*(11), 721–727. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx106

Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 373–387. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7

Gopal, G. (2014). A study of clinical, metabolic and hematological profile in infants of diabetic mothers. *Indian Journal of Pharmaceutical and Biological Research, 2*(2), 34–40. https://doi.org/10.30750/ijpbr.2.2.7

Howard, L.M., Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327. https://doi.org/10.1002/wps.20769

Huizink, A.C., Menting, B., De Moor, M.H.M., Verhage, M.L., Kunseler, F.C., Schuengel, C., Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health, 20*(5), 663–672. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0746-5

Lee, K.W., Ching, S.M., Devaraj, N.K., Chong, S.C., Lim, S.Y., Loh, H.C., Hamid, H.A. (2020). Diabetes in pregnancy and risk of antepartum depression: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 3767. URL: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3767 (дата обращения: 24.03.2025).

Lee, K.W., Ching, S.M., Hoo, F.K., Ramachandran, V., Chong, S.C., Tusimin, M., Nordin, N.M. (2019). Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*, 367. URL: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2519-9 (дата обращения: 24.03.2025).

Vieten, C., Laraia, B., Kristeller, J., Adler, N., Coleman-Phox, K. et al. (2018). The mindful moms training: development of a mindfulness-based intervention to reduce stress and overeating during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 201. URL: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1757-6 (дата обращения: 24.03.2025).

Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H.A., Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 219*, 86–92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

REFERENCES

Abdelhafez, M.M.A., Ahmed, K.A.M., Ahmed, N.A.M., Ismail, M.H., Mohd Daud, M.N.B. et al. (2023). Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon, 9*(11), e20958. URL: https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)08166-5?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023081665%3Fshowall%3Dtrue (accessed: 24.03.2025).

Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families Publ.

Anikina, V.O., Arintsina, I.A. (2024). Mental health problems of women during pregnancy and postpartum: doctors and psychologists working together. In: Abstracts of the 10th All-Russian Conference Marathon "Perinatal Medicine: from Preconception Preparation to Healthy Motherhood and Childhood" and the 3rd Scientific and Practical Conference "Pediatrics of the 21st Century: New Paradigms in Modern Realities" (February 15–17, 2024). (pp. 6–7). Moscow: Status Praesens Journal Publ. (In Russ.)

Baimatova, N.M., Seitzhanova, A.K., Ahmetova, I.N. (2023). The problem of anxiety and depression in the postpartum period. *Evraziiskii Soyuz Uchenykh. Seriya: meditsinskie, biologicheskie i khimicheskie nauki = Eurasian Union of Scientists. Series: Medical, Biological and Chemical Sciences,* (5), 3–9. (In Russ.)

Batrak, N.V., Malyshkina, A.I., Tkachenko, A.S. (2023). Risk factors in pregnant women with early and late gestational diabetes mellitus. *Tverskoi meditsinskii zhurnal = Tver Medical Journal,* (5), 13–16. (In Russ.)

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology, 103*(4), 698–709. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f

Blackmore, E.R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., O'Connor, T.G. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 197*, 251–258. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008

Boimatova, Z.K., Gulakova, D.M., Narzullaeva, Z.R., Oripova, Sh.N., Saidakhmadova, Sh.Dj. (2020). Features of pregnancy, childbirth, and perinatal outcomes in gestational diabetes mellitus. *Mat' i ditya = Mother and Child,* (2), 4–7. (In Russ.)

Buynova, Yu.I. (2019). Relationship between social support, psychological stress and pregnancy outcome. *International Journal of Professional Science,* (11), 52–54. (In Russ.)

Daniells, S., Grenyer, B.F., Davis, W.S., Coleman, K.J., Burgess, J.P., Moses, R.G. (2003). Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care, 26*(2), 385–389. https://doi.org/10.2337/diacare.26.2.385

Dobryakov, I.V. (2015). Perinatal psychology (2nd ed.). Saint Petersburg: Piter Publ. (In Russ.)

Dodkhoeva, M.F., Pirnatova, D.A. (2018). Gestational diabetes mellitus: a modern view on the actual problem. *Vestnik Avitsenny = Avicenna Bulletin, 20*(4), 455–461. (In Russ.). https://doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-455-461

Egan, A.M., Dunne, F.P., Lydon, K., Conneely, S., Sarma, K., McGuire, B. (2017). Diabetes in pregnancy: Worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. *QJM International Journal of Medicine, 110*(11), 721–727. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx106

Evsyukova, I.I. (2024). Breastfeeding in the prevention of long-term consequences of neuropsychic pathology in offspring with gestational diabetes mellitus. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei = Journal of Obstetrics and Women's Diseases, 73*(4), 107–118. (In Russ.). https://doi.org/10.17816/jowd631782

Filippov, O.S., Pavlov, K.D. (2023). Results of the analysis of the frequency and causes of caesarean section based on Robson's classification in obstetric hospitals of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist, 23*(5), 7–12. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/rosakush2023230517

Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 373–387. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7

Gopal, G. (2014). A study of clinical, metabolic and hematological profile in infants of diabetic mothers. *Indian Journal of Pharmaceutical and Biological Research, 2*(2), 34–40. https://doi.org/10.30750/ijpbr.2.2.7

Grigoryan, O.R., Mikheev, R.K., Kurinova, A.N., Chernova, M.O., Sazonova, D.V. et al. (2021). Comparative impact analysis of risk factors on the course and outcomes of pregnancy with gestational diabetes mellitus. *Problemy endokrinologii = Problems of Endocrinology, 67*(3), 78–86. (In Russ.). https://doi.org/10.14341/probl12756

Howard, L.M., Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327. https://doi.org/10.1002/wps.20769

Huizink, A.C., Menting, B., De Moor, M.H.M., Verhage, M.L., Kunseler, F.C., Schuengel, C., Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health, 20*(5), 663–672. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0746-5

Lantsburg, M.E., Krysanova, T.V., Solovyeva, E.V. (2016). Investigation of psychosomatic aspects of gynecological and andrological diseases and infertility: a review of contemporary international researches. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology, 5*(2), 67–78. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/jmfp.2016050209

Lee, K.W., Ching, S.M., Devaraj, N.K., Chong, S.C., Lim, S.Y., Loh, H.C., Hamid, H.A. (2020). Diabetes in pregnancy and risk of antepartum depression: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 3767. URL: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3767 (accessed: 24.03.2025).

Lee, K.W., Ching, S.M., Hoo, F.K., Ramachandran, V., Chong, S.C., Tusimin, M., Nordin, N.M. (2019). Prevalence and factors associated with depressive, anxiety and stress symptoms among women with gestational diabetes mellitus in tertiary care centres in Malaysia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*, 367. URL: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2519-9 (accessed: 24.03.2025).

Miroshnik, E.V., Ryumina, I.I., Zubkov, V.V. (2016). Impact of maternal diabetes mellitus on neonatal health. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology,* (9), 45–49. (In Russ.). https://doi.org/10.18565/aig.2016.9.45-9

Moshkivskaya, V.A. (2023). Psychological readiness for motherhood in women pregnant as a result of the use of assisted reproductive technologies. Diss. Cand. Sci. (Psychology). Saint Petersburg. (In Russ.)

Savenysheva, S.S., Anikina, V.O., Blokh, M.E. (2022a). Translation and adaptation of the Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, *30*(3), 92–111. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2022300306

Savenysheva, S.S., Vasilenko, V.E., Deeva, A.A. (2022b). Maternal attitudes toward the child, maternal mental health and infant mental development during the pandemic. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya = Problems of Modern Pedagogical Education*, 75(2), 393–397.

Startseva, N.M., Bannikova, S.A., Rudneva, O.D., Mukovnikova, E.V. (2022). The psychological component of the gestational dominant of patients with gestational diabetes mellitus. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie = Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training, 10*(3), 21–25. (In Russ.). https://doi.org/10.33029/2303-9698-2022-10-3-21-25

Tiselko, A.V., Tsyganova, M.K., Yarmolinskaya, M.I., Zinina, T.A. (2022). Clinical features of the course of overt diabetes mellitus during pregnancy. *Meditsinskii vestnik Yuga Rossii = Medical Herald of the South of Russia, 13*(1), 80–87. (In Russ.). https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-1-80-87

Vieten, C., Laraia, B., Kristeller, J., Adler, N., Coleman-Phox, K. et al. (2018). The mindful moms training: development of a mindfulness-based intervention to reduce stress and overeating during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18,* 201. URL: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1757-6 (accessed: 24.03.2025).

Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H.A., Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 219*, 86–92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Роман Андреевич Блох

Аспирант кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Российская Федерация, drblokh@mail.ru, https://orcid.org/0009-0006-4050-8206

Roman A. Blokh

Postgraduate Student, Department of Mental Health and Early Support for Children and Parents, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation, drblokh@mail.ru, https://orcid.org/0009-0006-4050-8206

Мария Евгеньевна Блох

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета; психотерапевт научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Российская Федерация, blohme@list.ru, https://orcid.org/0000-0001-8609-6936

Mariya E. Blokh

Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor, Department of Mental Health and Early Support for Children and Parents, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University; Psychotherapist, D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Saint Petersburg, Russian Federation, blohme@list.ru, https://orcid.org/0000-0001-8609-6936

Рифкат Жаудатович Мухамедрахимов

Доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Российская Федерация, rjm@list.ru, https://orcid.org/0000-0003-3532-5019

Rifkat J. Muhamedrahimov

Dr. Sci. (Psychol.), Professor, Head of the Department of Mental Health and Early Support for Children and Parents, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation, rjm@list.ru, https://orcid.org/0000-0003-3532-5019

Поступила 11.05.2025. Получена после доработки 28.08.2025. Принята в печать 30.11.2025.

Received 11.05.2025. Revised 28.08.2025. Accepted 30.11.2025.