

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В статье представлены результаты исследования тревожных расстройств у беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода

Ключевые слова: *тревожные расстройства, патологический прелиминарный период, беременные женщины*

A. V. Hodzhaev

SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF ANXIETY DISORDERS AT PREGNANT WOMEN WITH A PATHOLOGICAL CURRENT OF THE PRELIMINARY PERIOD

The article presents the results of a study of anxiety disorders in pregnant women with a pathological current of preliminary period

Key words: *anxiety disorders, the pathological preliminary period, pregnant women*

Многие авторы отмечают, что в последние годы возрастает внимание к проблеме психических расстройств, возникающих во время беременности [2, 4, 6, 8, 15, 18, 20, 28]. Так, различные психические расстройства диагностируются у 29%-80% беременных [10, 11, 12, 14, 16, 17], а психотропные препараты во время беременности получают до 40% женщин [10]. Вместе с тем, осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще у женщин с психическими расстройствами, чем в общей популяции [1, 9, 13].

Отмечено, что не только беременность, но и роды влияют на состояние здоровья новорожденного. Кесарево сечение, снижающее уровень катехоламинов в крови новорожденного в 8-10 раз, крайне неблагоприятно сказывается на процессах ранней неонатальной адаптации [3, 5, 7]. При этом более всего страдает сердечно-сосудистая и дыхательная системы новорожденного, возрастает риск пневмоний на первом году жизни [7].

Доказано, что эмоциональное состояние матери влияет на состояние плода. Таким образом, психические расстройства во время беременности влияют на состояние плода, на здоровье новорожденного, а также имеют отдаленные последствия [3, 21, 22, 23, 26].

Перинатальная психиатрия – это направление в психиатрии, изучающее психические расстройства во время беременности и в течение первого года после родов [5, 24, 25, 29].

Астенический и тревожный синдромы являются наиболее часто встречающимися при беременности. По данным В. Д. Рыжкова, астеническое состояние выявляет-

ся у 10,5% обследуемых беременных [10]. За последнее время выполнен ряд работ по изучению тревожных проявлений у беременных [17, 19, 27, 31, 32]. Наиболее высокий уровень тревоги регистрируется в первом и третьем триместрах беременности и послеродовом периоде. Возрастание уровня тревоги в первом триместре, как правило, проявляется изменениями самочувствия в виде тошноты, рвоты, нарушения сна и аппетита. К факторам, влияющим на повышение тревоги в третьем триместре, относят эмоционально негативные переживания будущих матерей в связи с субъективным ощущением потери женской привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасением за исход беременности [28, 30]. Отмечено, что, независимо от срока беременности, наиболее выраженное стрессовое воздействие оказывают, прежде всего, тревожные опасения за здоровье ребёнка и исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, а также наличие семейных конфликтов и материально-бытовое неблагополучие [27, 31].

Целью нашего исследования являлось определение наличия тревожных расстройств и их особенностей у беременных женщин с патологическим и физиологическим течением прелиминарного периода.

Для этого мы изучали феноменологию тревожных расстройств у беременных женщин с патологическим и физиологическим прелиминарным периодом, проводили сравнительную оценку между группами и, исходя из полученных данных, обосновывали рекомендации для проведения психотерапевтической коррекции.

Материал и методы

Всего было обследовано 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью в сроках гестации 38-42 недели с точки зрения наличия тревожных нарушений.

В основную группу были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Основная группа была разделена на две подгруппы. В подгруппу 1А была включена 31 пациентка, которым психотерапевтическое лечение не проводилось, в подгруппу 1Б – 36 беременных, которым проводилась психотерапевтическая коррекция.

Контрольную группу составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Общими критериями включения являлись:

- отсутствие акушерской и другой экстрагенитальной патологии;
- планирование родоразрешения через естественные родовые пути;
- информированное согласие беременной на участие в исследовании.

Средний возраст беременных в подгруппе 1А составил $26,0 \pm 1,84$ лет, в подгруппе 1Б – $26,67 \pm 1,29$ лет, в контрольной группе – $26,9 \pm 1,04$ лет. Таким образом, группы были однородны по возрастному уровню ($p > 0,05$).

Для диагностики спектра психических расстройств у беременных проводилось клиническое интервью, основанное на критериях МКБ-10. Пациентки заполняли анкету, которая включала в себя структурированное интервью, шкалу тревоги Шихана, вопросник на адаптацию к беременности R. Kumar, тест-опросник удовлетворенности браком В. В. Столина, Т.Л. Романовой, Г. П. Бутенко.

У беременных женщин основной и контрольной групп проведено исследование социально-демографического статуса, акушерского анамнеза, особенностей психического статуса при нормальном и патологическом течении прелиминарного периода, а также до и после применения психотерапевтической коррекции.

Исследование социально-демографического статуса и акушерского анамнеза проводилось при помощи структурированного интервью, которое включало вопросы по изучению состава семьи, образования, планирование и очередность беременности, очередность родов, акушерскую патологию во время настоящей беременности. Структурированное интервью заполнялось один раз на первой консультации врача-психотерапевта. Межгрупповые различия оценивались при сравнении шкальных оценок каждого из пунктов.

Для оценки состояния брака использовался тест-опросник удовлетворенности браком В. В. Столина, Т. Л. Ро-

мановой, Г. П. Бутенко, который предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности-неудовлетворенности браком. Опросник представляет собой одну-мерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, относящихся к различным сферам: восприятия себя и партнера, мнения, оценки, установки и т.д. Подсчитывали суммарный балл по всем ответам. Высокий балл указывал на удовлетворенность браком. Оценка полученных ответов осуществлялась следующим образом: 0-16 баллов – абсолютно неблагоприятные отношения; 17-22 – неблагоприятные; 23-26 – скорее неблагоприятные; 27-29 – переходные; 30-32 – скорее благоприятные; 33-38 – благоприятные; 39-48 – абсолютно благоприятные отношения в браке. Тест-опросник заполнялся один раз на первой консультации врача-психотерапевта. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Изучение степени выраженности психопатологического синдрома тревоги проводилось с использованием шкалы тревоги Шихана. Высокие уровни тревоги по шкале с большой долей вероятности свидетельствуют о наличии того или иного тревожного расстройства. Минимальный уровень тревоги при оценке по данной шкале составляет 0 баллов, максимальный – 140 баллов. Чем больше уровень тревоги отличается от нормального (до 20 баллов), тем более необходима консультация психиатра (психотерапевта) для определения клинического диагноза и необходимости коррекции. Показанием для направления к психиатру (психотерапевту) являлись также ответы «Довольно сильно» или «Крайне сильно» на 2 и более вопросов из первых 16-ти. Уровень тревоги выше 30 баллов обычно считают клинически значимым. Средний уровень при паническом расстройстве составлял 57 баллов. Цель коррекции и лечения – достижение уровня тревоги ниже 20 баллов. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы и при сравнении баллов отдельных пунктов шкалы.

Шкала тревоги Шихана заполнялась беременными женщинами всех групп три раза. Пациентки основной группы подгруппы 1А и контрольной группы заполняли первый раз шкалы на консультации врача-психотерапевта, второй – перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов. Беременные подгруппы 1Б заполняли шкалы впервые на консультации врача-психотерапевта, второй раз – после проведения психотерапевтической коррекции перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов.

Для исследования адаптации к беременности был использован вопросник на адаптацию к беременности, разработанный авторами: R. Kumar, K. M. Robson, A. M. R. Smith, 1984. При разработке вопросника авторы основывались на том, что во время беременности в интрапсихической жизни женщины и в межличностных отношениях происходят изменения. Известно, что беременность является фактором повышенного риска в возникновении психических расстройств. При изучении изменений, происходящих во внутренней жизни и в межличностных отношениях женщины во время беременности, можно найти источник тех нарушений, которые происходят в самовосприятии и приспособлении женщины. Показателями того, как женщина адаптируется к беременности, являлось отношение к своему телу, соматические симптомы, семейные отношения, сексуальные отношения, отношение к будущему ребенку.

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана

| Результаты | Основная группа | | | | Контроль | |
|-------------------|-----------------|------|--------------|------|----------|------|
| | подгруппа 1А | | подгруппа 1Б | | п | % |
| | п | % | п | % | | |
| 0-19 баллов | 7 | 22,6 | 10 | 27,8 | 35 | 83,3 |
| 20-29 баллов | 16 | 51,6 | 17 | 47,2 | 7 | 16,7 |
| 30 и более баллов | 8 | 25,8 | 9 | 25,0 | – | – |

Эти показатели были представлены в виде вопросов направленных на выяснение проблем и степени их выраженности в каждой сфере.

При интерпретации вопросника учитывался суммарный балл по всем категориям: 0-60 баллов – адаптация не нарушена; 61-120 баллов – умеренное нарушение адаптации; 121-180 баллов – выраженное нарушение адаптации. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Результаты исследования. Среднее значение по шкале тревоги Шихана в основной группе составило $23,4 \pm 2,05$ балла, что соответствует среднему уровню тревоги, в контроле – $13,8 \pm 1,76$ балла, что соответствует отсутствию тревоги. Достоверно выше уровень тревоги был в основной группе ($p < 0,05$). При сравнении подгруппы 1А (среднее значение – $23,7 \pm 2,70$ балла) и подгруппы 1Б (среднее значение – $23,1 \pm 3,05$ балла) достоверных различий не было ($p > 0,05$).

Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана представлено в таблице 1.

Беременных женщин, набравших 0-19 баллов, что соответствовало отсутствию тревоги, в подгруппе 1А было 7 (22,6%), в подгруппе 1Б – 10 (27,8%), в контрольной группе – 35 (83,3%). Пациенток, результат которых по шкале тревоги Шихана был равен 20-29 баллов – средний уровень тревоги – было 16 (51,6%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 17 (47,2%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтической коррекцией, 7 (16,7%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 30 баллов и более – высокий уровень тревоги – в подгруппе 1А было 8 (25,8%), в подгруппе 1Б – 9 (25%) и 0% в контрольной группе. Достоверно чаще тревога по шкале Шихана встречалась в основной группе, чем в контроле ($\chi^2 = 36,31$, $p < 0,05$). Достоверных различий между подгруппами не было ($\chi^2 = 0,25$, $p > 0,05$).

При проведении клинического интервью беспокойство о будущих неудачах у пациенток основной группы было зарегистрировано в 22 (32,8%) случаях и в 12 (28,6%) – контрольной группе. Достоверных отличий между группами не было ($\chi^2 = 0,22$, $p > 0,05$). В подгруппах 1А – 9 (29%) и 1Б – 13 (36,1%) значительных различий не было ($\chi^2 = 0,38$, $p > 0,05$).

Достоверно чаще ощущение волнения у беременных женщин диагностировалось в основной

группе – 45 (67,2%) случаев по сравнению с контрольной группой – 10 (23,8%) ($\chi^2 = 19,41$, $p < 0,05$). В подгруппе 1А и 1Б ощущение волнения у беременных выявлено 19 (61,3%) и 26 (72,2%) случаев соответственно, достоверных различий не было ($\chi^2 = 0,90$, $p > 0,05$).

На трудности в сосредоточении акцентировали внимание 30 (44,8%) пациентки в основной группе, в то время как в контрольной – 7 (16,7%). Данная жалоба достоверно чаще встречалась в основной группе ($\chi^2 = 9,1$, $p < 0,05$). Между подгруппой 1А (17 (54,8%)) и подгруппой 1Б (13 (36,1%)) достоверных различий не было ($\chi^2 = 2,36$, $p > 0,05$).

Суетливость была диагностирована у 32 (47,8%) беременных женщин в основной группе и у 8 (19%) в контрольной. По данному критерию было достоверное различие между основной и контрольной группой ($\chi^2 = 9,16$, $p < 0,05$). В подгруппах 1А и 1Б – 13 (41,9%) и 19 (52,8%) случаев соответственно, достоверные различия отсутствовали ($\chi^2 = 0,79$, $p > 0,05$).

Головные боли были выявлены у 14 (45,2%) беременных в подгруппе 1А и у 16 (44,4%) – в подгруппе 1Б, что существенно не отличалось ($\chi^2 = 0,003$, $p > 0,05$). У пациенток основной группы головные боли регистрировались достоверно чаще – 30 (44,8%), чем в контрольной группе – 1 (2,4%) ($\chi^2 = 22,8$, $p < 0,05$).

Значительно чаще дрожь отмечали пациентки основной группы – 30 (44,8%), тогда как в контрольной группе, такая беременная была 1 (2,4%) ($\chi^2 = 22,8$, $p < 0,05$). При сравнении данных подгрупп 1А и 1Б, дрожь отметили 13 (41,9%) и 17 (47,2%) беременных соответственно, достоверных различий не было ($\chi^2 = 0,19$, $p > 0,05$).

Отсутствие возможности расслабиться выявлено у 11 (35,5%) и 13 (36,1%) женщин в подгруппах 1А и 1Б соответственно. Удельный вес данного симптома в подгруппах существенно не отличался ($\chi^2 = 0,003$, $p > 0,05$). Отсутствие

возможности расслабиться достоверно чаще диагностировалось в основной группе – 24 (35,8%) случая, по сравнению с контрольной группой – 2 (4,8%) случая ($\chi^2 = 13,71$, $p < 0,05$).

Потливость была выявлена у 34 (50,7%) беременных женщин в основной группе и у 11 (26,2%) в контрольной, что достоверно различалось между собой ($\chi^2 = 6,42$, $p < 0,05$). В подгруппах 1А и 1Б было выявлено 15 пациенток с данной жалобой (48,4%) и 19 (52,8%) соответственно, что не имело значительных различий ($\chi^2 = 0,128$, $p > 0,05$).

Тахикардия и головокружение достоверно чаще регистрировалась в основной группе – 26 (38,8%) и 28 (41,8%) случая, по сравнению с контрольной группой – 8 (19%) и 8 (19%) соответствен-

Таблица 2 – Уровень тревоги в зависимости от социально-демографического статуса пациенток

| Критерий | Среднее значение шкалы депрессии Шихана в баллах | p |
|---|--|-------|
| образование: | | |
| – среднее | 23,3±4,08 | |
| – среднее специальное | 23,4±3,74 | |
| – высшее | 23,44±2,96 | >0,05 |
| семейное положение: | | |
| – не замужем | 25,0±9,97 | |
| – замужем | 23,33±2,11 | >0,05 |
| планирование беременности: | | |
| – не планированная | 19,0±1,75 | |
| – планированная | 23,76±2,02 | >0,05 |
| паритет беременности: | | |
| -первая | 22,84±2,95 | |
| -вторая | 23,47±3,92 | |
| -три и более | 25,4±3,08 | >0,05 |
| паритет родов: | | |
| -первые | 23,1±2,44 | |
| -вторые | 23,38±5,09 | |
| -три и более | 26,4±3,89 | >0,05 |
| акушерская патология во время беременности: | | |
| -да | 24,34±2,46 | |
| -нет | 22,38±3,34 | >0,05 |

во ($\chi^2=4,7$, $p<0,05$ – тахикардия, $\chi^2=6,04$, $p<0,05$ – головокружение). В подгруппах 1А и 1Б жалобы на тахикардию составили – 13 (41,9%) и 13 (36,1%) случая соответственно, на головокружение – 13 (41,9%) и 15 (41,7%) случая соответственно, что не имело существенных различий ($p>0,05$).

Тахипноэ незначительно чаще диагностировано в основной группе – 12 (17,9%) случая, по сравнению с контрольной группой – 4 (9,5%) ($\chi^2=1,45$ $p>0,05$). В подгруппе 1А выявлено 7 (22,6%) случаев тахипноэ, в подгруппе 1Б – 5 (13,9%), что значительно не отличалось ($\chi^2=0,86$, $p>0,05$).

Эпигастральный дискомфорт был зарегистрирован у 10 (32,3%) и 11 (30,6%) женщин в подгруппах 1А и 1Б соответственно. Удельный вес данного симптома достоверно не отличался ($\chi^2=0,22$, $p>0,05$). При сравнении основной и контрольной групп – 21 (31,3%) и 6 (14,3%) случаев соответственно ($\chi^2=4,03$, $p>0,05$).

Достоверно чаще ощущение сухости во рту у беременных женщин диагностировалось в основной группе (14 (20,9%) случаев), по сравнению с контрольной группой (1 (2,4%), $\chi^2=7,46$, $p<0,05$). В подгруппах 1А и 1Б ощущение сухости во рту у беременных выявлено в 7 (22,6%) и 7 (19,4%) случаях соответственно, что достоверно не отличалось ($\chi^2=0,1$, $p>0,05$).

По совокупности результатов клинического интервью, оценки по шкале тревоги Шихана было диагностировано генерализованное тревожное расстройство у 17 (25,4%) беременных женщин основной группы (в подгруппе 1А – 5 (16,1%), 1Б – 12 (33,3%)) и у 1 (2,4%) – в контрольной группе. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство зарегистрировано у 21 (31,3%) беременной основной группы (в подгруппе 1А – 12 (38,7%), 1Б – 9 (25%)) и у 2 (4,8%) в контрольной группе.

Среднее значение адаптации к беременности у беременных женщин по тест-опроснику Kitag в основной группе было $41,57\pm 2,54$ балла, в контрольной группе – $41,76\pm 3,74$ балла, достоверных различий между группами не было ($p>0,05$).

Уровень тревоги в зависимости от социально-демографического статуса пациенток представлен в таблице 2.

При проведении анализа уровня тревоги в основной группе в зависимости от возраста пациенток, семейного положения, уровня образования, планирования и очередности беременности, акушерской патологии во время беременности, очередности родов, адаптации к беременности достоверных отличий выявлено не было.

Среднее значение удовлетворенности браком у беременных женщин по тест-опроснику В. В. Столина в основной группе достоверно не различалось при сравнении с контрольной группой – $30,9\pm 1,27$ и $29,9\pm 1,54$ баллов соответственно, $p>0,05$.

По результатам статистического анализа установлена отрицательная корреляционная связь между уровнем тревоги и удовлетворенностью браком в основной группе ($r=-0,476$, $p<0,05$), что указывает на наличие обратной взаимосвязи между данными параметрами.

Для определения влияния удовлетворенности браком на уровень тревоги применили метод простой линейной регрессии. Установлено наличие влияния удовлетворенности браком на уровень тревоги у беременных в патологическом прелиминарном периоде ($B=0,34$; $F=9,01$; $df=1$; $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, психический статус пациенток основной группы достоверно отличался от контрольной более высоким уровнем тревоги по шкале Шихана, зарегистрированных психоэмоциональных расстройств, а также наличием достоверной обратной корреляционной взаимосвязи уровня тревоги и удовлетворенности браком, что указывает на необходимость разработки и внедрения психотерапевтического метода коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин с патологическим течением прелиминарного периода.

Результаты оценки удовлетворенности браком по данным опроса, а также корреляционного и регрессионного анализа взаимосвязи между удовлетворенностью браком и уровнем тревоги до родов указывают на значительное влияние этого фактора на изменение психического состояния в виде тревоги у беременных в прелиминарном периоде.

Выводы

1. У беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется достоверно более высокий уровень тревожности.

2. Уровень тревоги пациенток основной группы соответствует среднему и высокому уровню по шкале тревоги Шихана, что указывает на необходимость психотерапевтической коррекции

3. Возраст пациенток, семейное положение, уровень образования, планирование и очередность беременностей, наличие акушерской патологии, паритет родов, адаптация к беременности не влияют на проявление тревоги у беременных с патологическим прелиминарным периодом.

4. Тревожные состояния у беременных с патологическим прелиминарным периодом в основном обусловлены удовлетворенностью браком.

5. Высокий удельный вес и степень выраженности тревожных состояний у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом указывают на необходимость проведения психотерапевтической коррекции накануне родоразрешения, тем более что назначение медикаментозных препаратов во время беременности ограничено ввиду их нежелательного влияния на плод.

Литература

1. *Абрамченко, В. В.* Психосоматическое акушерство. СПб.: Сотис, 2001. 320 с.

2. *Архангельский, А. Е.* Патология нервной системы и беременность: Автореф. дис. докт. мед. наук: 14.00.13 / Воен. мед. акад., ин-т акушерства и гинекологии им. Д. О. Отто РАМН. СПб., 1999. 36 с.

3. *Атеева, И. А.* Роль перинатальной патологии в формировании школьной дезадаптации у детей с минимальной мозговой дисфункцией // Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., 2001. 206 с.

4. *Власов, П. Н.* Сопутствующая патология со стороны женской половой сферы и беременность при эпилепсии / П. Н. Власов, А. С. Петрухин, Г. И. Наумова // Качественная клиническая практика. 2005. № 3. С. 1 – 9.

5. *Киреева, И. П.* Пограничные психические расстройства при так называемой вегето-сосудистой дистонии у больных юношеского возраста: Автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.18. М., 1989. 21 с.

6. *Ласая, Е. В.* Соматоформная вегетативная дисфункция у беременных // Медицинская панорама. 2002. №10. С. 10 – 12.

7. *Оценка психомоторного развития детей рождённых путём операции кесарева сечения / Б. Г. Аликимович, Ю. В. Куличкин, А. Г. Кисилёв и др.* // Перинатальная психология и медицина: Сборник

материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., 2001. С.85 – 86.

8. Полстяная, Г. Н. Течение беременности и родов при неврозах: Дис. канд. мед. наук. Красноярск, 1989. 142 с.

9. Психосоматические аспекты беременности / А. А. Северный, Т. Д. Баландина, К. В. Солоед, Р. И. Шалина. // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. №4. С. 17 – 22.

10. Рыжков, В. Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. СПб., 1992.

11. Сахаров, Е. А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.10 / Казанский гос. мед. им. Курашова. Л., 1950. 18 с.

12. Сахаров, Е. А. Лечение пограничных нервно-психических расстройств при беременности // Вопросы охраны материнства и детства. 1989. №11, Вып. 2. С. 42 – 44.

13. Чистякова, И. Ю. Профилактика осложнений беременности и родов у женщин группы высокого риска (клинико-биологические исследования): Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.01 / Казанский Гос. институт усоверш. Врачей им. В. И. Ленина. Казань, 1988. 17 с.

14. Щеглова, И. Ю. Психические расстройства в акушерско-гинекологической клинике // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. №3. С. 26 – 29.

15. Acute psychiatric admission related to menstrual cycle / R. Luggin, L. Bernsted, B. Peterson et. all // Acta Psychiatrica Scand. 1984. Vol. 69. P. 461 – 65.

16. Ayers, S. Assessing psychopathology in pregnancy and postpartum / J Psychosom Obstet Gynaecol. 2001. Vol. 22, №2. P. 91 – 102.

17. Cohen, L. S. Psychological aspects of pregnancy. New York, 1994.

18. Durand, B. Psychiatric disorders in pregnancy and postpartum. // Diagnosis Rev Prat. 2001. Vol. 51, №11. P. 1259 – 1264.

19. Grandon, A. J. Maternal Anxiety and Neonatal Wellbeing // J. Psychosom. Res. 1979. Vol. 23, № 2. P.113 – 115.

20. Hansen, H.V. Psychosis and pregnancy: five cases of severely ill women / H.V. Hansen, H. S Andersen // Nord J. Psychiatry. 2001. V. 55, №

6. P. 433 – 437.

21. Oates, M. R. Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effect or developmental continuum? // Br. J. Psychiatry. 2002. Vol. 180. P. 478 – 479.

22. Preterm birthweight and stressfull of the household role for pregnant women // Soc. Sci. Med. 1994. Vol. 38, N1. P. 89 – 96.

23. Kelly, R. H. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. / R. Kelly, J. Russo, V. L. Holt e.a. // Obstet Gynecol. 2002. Vol. 100, №2. P. 297 – 304.

24. Psychiatric aspects of obstetrics and gynecology: Textbook of psychiatry. // Oxford. 1988. P. 464 – 472.

25. Psychological aspects of reproduction. Integration clinical science «Reproduction, Obstetrics and Gynecology» // Oxford. 1998. P. 211 – 217.

26. Hedegaard, M. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. / M. Hedegaard, T. B. Henriksen, S. Sabroe e.a. // BMJ. 1993. Vol. 307. July. P. 234 – 238.

27. Roy, M. The Year Book of Obstetrics and Gynecology. / M. Roy, M. D. Pitkin // Chicago, London, 1980.

28. Spietz, A. The importance of maternal mental health during pregnancy: theory, practice, and intervention / A. Spietz, J. Kelly // Public Health Nurs. 2002. Vol. 19, №3. P. 153 – 155.

29. The Essential of Postgraduate Psychiatry Edited by Murray R., Hill P., McGuffin P. Cambridge University Press 1997. P. 466 – 476.

30. Valsiner, J. Self-evaluation and attitude of pregnant women // In Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology / Ed. by Il. Prill. Berlin, 1982. P. 353 – 356.

31. Rizzardo, R. Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications. / R. Rizzardo, G. Magni, C. M. Cremonese, e.a. // Psychother Psychosom. 1988. Vol. 49, №1. P. 10 – 16.

32. Vetsch, T. The relationship between anxiety Emotional and reproduction / T. Vetsch, F. Morcos // 5-th intern congr. Of Psychosomatic obstetric and gynecology. London etc.; Acad. Press, 1979. Vol. 20A. P. 1155 – 1162.

Поступила 19.08.2011 г.