



УДК 616.89-008.1:616-009:618.39

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ

В.А. РУЖЕНКОВ¹
М.А. КАЧАН²

¹⁾ *Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

²⁾ *Областная клиническая
психоневрологическая больница,
г. Белгород*

e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Обследовано 190 женщин, прерывающих беременность на поздних сроках (от 19 до 27 недель) по медицинским показаниям. Установлено, что в 58,6% случаях диагностировались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (8,0% – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства и 50,6% – расстройства адаптации). Описываются выявленные индивидуально-психологические факторы риска развития психических расстройств у данной категории пациенток, обсуждаются подходы к оказанию превентивной медико-психологической помощи.

Ключевые слова: прерывание беременности, острая реакция на стресс, расстройство адаптации, факторы риска, индивидуально-психологические особенности.

Литературные данные свидетельствуют, что прерывание беременности на поздних сроках обладает мощным психотравмирующим влиянием, что позволило V. Rue [18] предложить термин «постабортный синдром» для обозначения посттравматического стрессового расстройства, возникающего в ответ на психотравмирующее воздействие утраты ребенка. Клиническая картина его заключается в повторном переживании ситуации прерывания беременности, периодических воспоминаниях о происшедшем, кошмарных сновидениях, переживании чувства горя и эмоциональной боли, различных вариантах суицидального поведения [12]. Психические расстройства пограничного уровня встречаются у 30-70% беременных [7, 15, 16] и более чем в половине случаев проявляются депрессивной симптоматикой. В то же время сам искусственный аборт повышает риск развития психических нарушений [2, 5, 11, 13, 14, 17] в результате разрушения психосоматической и духовной взаимосвязи матери и внутриутробного ребенка, формированием интраперсонального конфликта, вызывающего характерные нарушения материнской сферы и семейных взаимоотношений [9, 10].

Несмотря на мощное психотравмирующее воздействие, аборт является одним из основных средств прекращения нежелательной беременности в РФ [1, 3, 4, 6] и приводит к психическим расстройствам пограничного уровня и социальной дезадаптации [8]. При этом до настоящего времени не установлены индивидуально-личностные и социально-средовые факторы риска психических расстройств, возникающих после проведения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках и не разработаны методы социально-психологической реабилитации данной категории женщин.

Цель исследования – верификация индивидуально-личностных и социально-средовых факторов риска развития психических расстройств у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках для своевременного оказания медико-психологической помощи.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами на базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы им. Святителя Иосафа методом сплошной выборки обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 ($25,7 \pm 0,5$) лет, прерывающих беременность на поздних сроках (от 19 до 27 недель) по медицинским показаниям. Все женщины давали информированное согласие на осмотр врача-психиатра.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психологический: Фрейбургский личностный опросник (FPI), тест Лири, шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), статистический (критерий Стьюдента t , критерий χ^2 для таблиц сопряженности 2×2).

Результаты исследования и обсуждение. Клинический анализ показал, что в 28 (14,7%) случаях основанием для прерывания беременности были психические расстройства, диагностированные задолго до беременности и являющиеся медицинским показанием для ее прерывания. В остальных 162 (85,3%) случаях медицинскими показаниями для прерывания беременности были пороки развития (43,8%) и внутриутробная гибель плода (32,7%), тяжелые соматические заболевания беременных (15,4%), угасание репродуктивной функции матери (4,3%) и прием во время беременности тератогенных препаратов (3,7%).

Среди психических расстройств, возникающих в ответ на психотравмирующее воздействие прерывания беременности по медицинским показаниям в 95 (58,6%) случаях диагностировались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: в 13 (8,0%) случаях – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (первая группа) и у 82 (50,6%) женщин расстройства адаптации (вторая группа). В 67 (41,4%) случаях клинические признаки психических расстройств не выявлялись (контрольная группа).

В первой группе женщины были в возрасте от 20 до 39 лет. На период исследования все они были замужем. Более половины (53,8%) обследуемых имели среднее специальное образование и почти четверть (23,1%) – высшее и неоконченное высшее. Большинство – 84,6%, работали и 15,4% были безработными. В половине случаев в семье уже были дети, но они желали родить второго ребенка. Настоящей беременности предшествовали неоднократные аборты, связанные с нежеланием рожать ребенка в связи с конфликтами в семье. В бездетных браках женщины длительное время лечились от бесплодия, с надеждой ожидали рождения ребенка.

Причиной прерывания беременности по медицинским показаниям были: патология развития плода (врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа, гастрошизис, гидроцефалия) – 5 или его внутриутробная гибель – 4 случая, в остальных 4 случаях – тяжелые заболевания, выявленные у самих женщин (онкологическое заболевание, обострение хронического гепатита, сахарный диабет).

При пороках развития плода, как правило, у всех женщин в течение 2-3 лет, до ситуации прерывания беременности, наблюдались невротические расстройства, связанные с затяжными психотравмирующими ситуациями в области репродуктивной деятельности (длительный период бесплодия и угроза разрушения брака, выкидыши). После сообщения о наличии порока развития плода (волчья пасть, заячья губа, врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа) психические расстройства начинались подросто. На начальном этапе возникало недоумение, женщины не верили диагнозу, просили повторить исследование. В большинстве случаев врожденные пороки были операбельными (заячья губа, волчья пасть). Перед родителями стоял выбор о возможном сохранении беременности и рождении ребенка, которому в дальнейшем потребуются серия оперативных лечений. Мучительная невозможность принятия решения, раздумья о том, нужен ли в семье «больной ребенок», усугублялись нарушением сна (беспокойный сон с кошмарными сновидениями), неконтролируемой плаксивостью, постоянной тревогой: «...возможно следующий ребенок будет тоже неполноценным». После проведения искусственных родов большинство женщин отказывались принимать факт смерти ребенка, наличия у него пороков развития, требовали показать тело ребенка. Среди психических расстройств после прерывания беременности преобладали: симптомы депрессии с тревожным компонентом, астеническая симптоматика (повышенная физическая, психическая утомляемость, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, падение инициативы, пассивность), нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления).

В последующем в клинической картине преобладало мучительное чувство вины в случившемся, навязчивые мысли о том, что ребенка можно было оставить, «...правильно ли я поступила?», суицидальные мысли, расстройства сна с неприятными, кошмарными сновидениями (видели своего неродившегося ребенка); испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. Отношения в семье портились, многие женщины пытались переложить вину за принятое решение на мужа, между супругами усиливалось непонимание, конфликты, доходившие до развода.

При внутриутробной гибели плода клиническая картина психических расстройств, определялась сочетанием депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. Во всех случаях у женщин были выкидыши, предшествующие настоящей беременности. Характерными были невротические расстройства психогенного характера как реакция на тяжелую утрату, так как значимость ребенка была высокой, в том числе и для сохранения семьи. Беременность была желанной. Пациентки совместно с мужьями строили планы на будущее, ожидаемый ребенок нередко был основным фактором, удерживающим семью от разрыва отношений.

Инициальная стадия начиналась фактически с момента, когда женщина узнавала о гибели плода и характеризовалась чертами аффективно-шоковой реакции: вспышка ужаса, горя, отчаяния, пациентки металась по комнате, громко кричали, рыдали. Наблюдались растерянность, мучительное непонимание ситуации, отрешенность от окружающего, протест, гнев, отказ принять факт утраты. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, синкопальные обмороки).

Женщины госпитализировались в гинекологическое отделение. После проведения искусственных родов среди психических расстройств преобладали астеническая симптоматика (повышенная физическая, психическая утомляемость, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность), тревога и депрессия (мрачный пессимизм, мучительная тоска, постоянная фиксация



на мыслях о ребенке), нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления).

В последующем, спустя 7-10 дней, во всех случаях были расстройства сна с неприятными, кошмарными сновидениями. В сновидениях пациентки видели своих неродившихся детей, умирающих детей; испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. Характерными были идеи вины в случившемся несчастье (прежние аборты), утрата надежды стать матерью, суицидальные мысли, переживания по поводу возможного разрыва отношений с мужем. От близких друзей, родственников пациентки постепенно отдалялись, переставали получать эмоциональное удовольствие от жизни, не посещали увеселительные мероприятия, считая, что не имеют права радоваться жизни. У женщин снижалась самооценка, они становились нерешительными, чувствовали себя беспомощными. Снижалось либидо, многие испытывали отвращение к сексу, ухудшались межличностные и сексуальные отношения.

При внутриутробной гибели плода клиническая картина психических расстройств, определялась сочетанием депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. С момента, когда женщина узнавала о гибели плода, психические расстройства возникали по типу аффективно-шоковой реакции: вспышка ужаса, горя, отчаяния. Наблюдалась растерянность, мучительное непонимание ситуации, фиксация на своих переживаниях, отказ принять факт утраты. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, синкопальные состояния).

После проведения прерывания беременности в психическом статусе преобладала астеническая симптоматика, тревога и депрессия, расстройства сна, отмечалось снижение аппетита, снижение веса тела, колебания артериального давления. В последующем появлялись расстройства сна с неприятными сновидениями, в которых пациентки видели своих не родившихся, умирающих детей; испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. Характерными были идеи вины в случившемся несчастье (прежние аборты), суицидальные мысли, переживания по поводу возможного разрыва отношений с мужем. В течение 2-4 месяцев больные испытывали скорбь по нерожденному ребенку, тревогу, тяжесть на душе, говорили, что у них «разрывается душа», наблюдались тягостные воспоминания о том, как они с мужем мечтали о ребенке, ожидали его рождения, давали имя, обращались к нему внутриутробно. Эмоциональный фон оставался лабильным: легко возникали слезы, раздражительность. Женщины испытывали чувство вины, обиды, одиночества, которые далее переходили в раздражительность, недовольство, негативное отношение к людям, которые стремились помочь. В семьях часто возникали конфликты, что вело к разрушению супружеского союза. Все обстоятельства тягостно переживались пациентками, но практически не поддавались контролю с их стороны. В течение длительного времени наблюдались практически стереотипные повторяющиеся переживания ситуации аборта в воображении, возвраты к прошлому в памяти, сопровождающиеся неконтролируемыми негативными эмоциями, кошмарными сновидениями, в содержании которых заново переживались сообщения о смерти плода, аборт, нередко образы ребенка, разговоры с ним, что феноменологически напоминало «флешбек-эффекты». Женщины избегали посещения больниц, врача – гинеколога, так как это напоминало о случившемся. Большинство женщин стали эпизодически употреблять алкогольные напитки, которые якобы «приносили успокоение». Следует отметить, что после утраты ребенка у большинства пациенток снижалась интеллектуальная продуктивность, проявляющаяся в забывчивости, рассеянности. Они не могли заниматься квалифицированным трудом и были вынуждены перейти на временную работу, взять неоплачиваемый отпуск или переходили на иждивение других членов семьи.

У женщин с собственными тяжелыми соматическими заболеваниями после прерывания беременности клиническая картина психических расстройств определялась сочетанием симптомов соматического заболевания с симптомами выраженной депрессии с невротическим компонентом. При декомпенсации соматического заболевания перед женщиной ставился нелегкий выбор о прерывании беременности. В этот период на первый план выступала астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, наблюдалась растерянность, мучительное непониманием ситуации, снижение побуждений, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, рассеянность внимания. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, головокружение). После проведения искусственного прерывания беременности возникали апатическая депрессия, астеническая симптоматика. Больные жаловались на снижение интереса к внешнему миру, равнодушие, безразличие к окружающему и собственной личности, исчезновение желаний. В клинической картине преобладал дефицит побуждений с падением жизненного тонуса, повышенная физическая, психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). Отмечались расстройства сна в виде переживаний прерывания беременности, сновидения с мертвыми

младенцами.

Психологическое обследование (тест FPI) выявило у них эмоциональную неустойчивость (уравновешенность 3,7 балла, эмоциональная лабильность 7,5 балла), что свидетельствует о наличии состояния фрустрированности и тяжелого стресса, повышенную раздражительность (5,6 балла), подавленное настроение (депрессивность 5,6 балла), застенчивость (6,5 балла), открытость (5,9 балла). Шкала HDRS выявила у большинства 11 – (84,6%) пациенток «симптомы большого депрессивного эпизода», а шкала HARS симптомы тревоги у 9 пациентов от 12 до 17 ($13,8 \pm 0,6$) баллов и в 4 случаях тревожное состояние 21-28 ($24,8 \pm 1,5$) баллов. Тест Лири выявил у них неуверенность в себе (I), низкие уровни эгоистичности (II), энергичности и упорства (III), критичное отношение к окружающему (IV), скромность, робость, уступчивость (V), конформность (VI), склонностью к сотрудничеству, стремление быть в согласии с окружающими (VII), повышенную ответственность (VIII).

Во **второй группе** на основе клинической картины имеющихся психических расстройств было выделено 3 подгруппы пациентов: обнаруживающие кратковременную депрессивную реакцию – 26 человек, со смешанной тревожной и депрессивной реакцией – 42 пациентки и с психогенной депрессивной реакцией с конверсионными симптомами – 14 человек.

При кратковременной депрессивной реакции симптоматика начиналась фактически с момента, когда женщина узнавала о гибели плода и проявлялась выраженной эмоциональной напряженностью, страхом, тревогой, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной. В последующем происходила внутренняя переработка психотравмирующего события с осмыслением случившегося. В клинической картине на первый план выступало стойкое снижение настроения с отсутствием аппетита, интересов, с желанием «скорее забыть о случившемся», чувством безнадежности, безысходности, разочарования. У всех женщин отмечались нарушения сна: тревожный, беспокойный, недостаточной глубины. В течение месяца депрессивные симптомы нивелировались, восстанавливались адаптационные возможности.

Притревожно-депрессивной реакцией клиническая картина характеризовалась сочетанием, как симптомов тревоги, так и депрессии: выраженным внутренним напряжением, постоянным ожиданием чего-то неприятного, угнетенностью, подавленностью, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. У части женщин выявлялась астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждений, пассивностью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью. Часто отмечались соматовегетативные нарушения в виде нарушения глубины и длительности ночного сна, сердцебиения, колебания АД, головокружения, внутренней дрожи.

У женщин с депрессивной реакцией с конверсионными симптомами клиническая картина психических расстройств, возникающих в ответ на психическую травму (антенатальная гибель, врожденный порок развития плода) развивалась остро со вспышки ужаса, горя, отчаяния, тревоги, бесцельного метания либо двигательной заторможенности, мутизма в сочетании с конверсионной симптоматикой (ощущение комка в горле, тремор, онемение конечностей). На пике аффективных расстройств доминировали глубокое отчаяние, страх, мысли о самоубийстве, нарушения сна и аппетита. Женщины были поглощены тягостными воспоминаниями, непрестанно помимо собственной воли упрекали себя в том, что не приняли мер для предотвращения несчастья. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, лабильность АД, головокружение, потливость). После прерывания беременности среди психических расстройств преобладали симптомы депрессии с конверсионным компонентом (шаткость, неустойчивость походки; расстройства чувствительности на конечностях, коже головы; ощущение комка в горле с затрудненным дыханием; заикание; стремление привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие окружающих).

Психологическое обследование группы в целом выявило у пациенток противоречивые личностные черты: с одной стороны – недостаточная уверенность в себе, скромность и робость, конформность, с другой – эгоизм, упрямство и настойчивость. Такие личностные особенности предрасполагали к депрессивному типу реагирования в психотравмирующей ситуации. Тест FPI выявил более низкий уровень невротичности (5,5 балла) и эмоциональной лабильности (5,5 балла), чем в группе с острой реакцией на стресс (соответственно $t > 6,9$ $p < 0,001$ и $t > 5,5$ $p < 0,001$), меньшую (4,4 балла) раздражительность ($t > 2,0$ $p < 0,05$) и большую (5,9 балла) уравновешенность ($t > 5,2$ $p < 0,001$). Шкала HDRS выявила симптоматику, характерную для малого депрессивного эпизода ($\chi^2 = 80,49$ $p < 0,001$), а шкала HARS более низкий ($8,8 \pm 0,3$ балла) уровень тревоги ($t > 6,9$ $p < 0,001$).

Сравнительный анализ личностных и социально-средовых характеристик пациенток с реакциями на тяжелый стресс и нарушения адаптации с контрольной группой по критерию χ^2 позволил выявить факторы риска психогенного типа реагирования в психотравмирующей ситуации (табл.).



Таблица

Факторы риска развития психических расстройств у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ	p	СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫЕ	p
Невротичность	0,001	Отсутствие детей	0,002
Застенчивость	0,001	Высокая личностная значимость беременности	0,001
Склонность к эмоциональным реакциям	0,001	Высокая значимость беременности для сохранения семьи	0,001
Раздражительность	0,01	Проблемы вынашивания	0,001
Спонтанная агрессивность	0,01	Внезапность сообщения о необходимости прерывания	0,001
Реактивная агрессивность	0,01		
Депрессивность	0,01		
Замкнутость	0,01		

Как видно из представленной таблицы, наиболее важными факторами риска возникновения психических расстройств у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках являются: индивидуально-личностные (невротичность [повышенная раздражительность, склонность к эмоциональным реакциям], агрессивность [спонтанная и реактивная], замкнутость и застенчивость; социально-демографические: отсутствие в семье детей, высокая значимость беременности и важность ее для сохранения семьи, проблемы вынашивания беременности в анамнезе и неожиданность врачебного заключения о необходимости ее прерывания. Существенную роль играет также имеющаяся соматическая патология у самих беременных.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям в поздние сроки в 58,6% случаев возникают реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (в 8,0% случаях – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства и в 50,6% расстройства адаптации). Менее чем в половине (41,4%) случаев клинические признаки психических расстройств не выявлялись. Наиболее значимыми факторами риска формирования психических расстройств при прерывании беременности по медицинским показаниям на поздних сроках являются: индивидуально-личностные (неустойчивость нервной системы, агрессивность и замкнутость) и социально-средовые (отсутствие в семье детей при высокой личностной значимости беременности и важности ее для сохранения семьи, проблемы вынашивания беременности в анамнезе и внезапность сообщения о необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям). Указанные сведения необходимо учитывать и своевременно назначать консультацию врача-психиатра и психотерапевта женщинам, направляемым на прерывание беременности в поздние сроки по медицинским показаниям, а также проведение краткосрочной кризисной психотерапии и психофармакотерапии в период их пребывания в стационаре с рекомендацией последующего наблюдения и лечения у специалистов в области психического здоровья.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Медицинские и социальные аспекты материнской смертности в регионах Северо-запада Российской Федерации [Текст] / Э. К. Айламазян, М. А. Репина // Мать и дитя : материалы V Рос. форума, Москва, 6-10 окт. 2003 г. : тез. докл. / гл. ред. В. И. Кулаков. – М., 2003. – С. 559-560.
2. Берк, Т. Запрещенные слезы [Текст] : о чем не рассказывают женщины после аборта : [пер. с англ.] / Т. Берк, Д. Риардон. – СПб. : Фонд св. Димитрия Солунского. – 2010. – 349 с.
3. Вихляева, Е. М. Основные детерминанты репродуктивного поведения женщин: роды и индуцированный аборт [Текст] / Е. М. Вихляева, Е. И. Николаева // Планирование семьи. – 2001. – № 1. – С. 15-18.
4. Волгина, В. Ф. Этические и психологические аспекты аборта [Текст] / В. Ф. Волгина // Мать и дитя : материалы V Рос. форума, Москва, 6-10 окт. 2003 г. : тез. докл. / гл. ред. В. И. Кулаков. – М., 2003. – С. 566.
5. Додонов, А. Н. Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщин [Текст] / А. Н. Додонов, В. Б. Трубин // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, № 3. – С. 404-407.
6. Ерофеева, Л. В. Аборты в России на рубеже XX-XXI вв.: мед.-демогр. аспекты [Текст] / Л. В. Ерофеева, Н. Е. Русанова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 4. – С. 11-14.
7. Кочнева, М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] / М. А. Кочнева // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 3. – С. 13-16.
8. Онищук, Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины [Текст] / Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – № 3. – С. 43-50.
9. Полякова, Е. Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома [Текст] / Е. Я. Полякова // Вестник Новосибирского государственного университета. Сер. Психология. – 2009. – Т. 3, № 1. – С. 121-135.
10. Филатова, О. Постабортный синдром и психическое здоровье [Электронный ресурс] / О. Филатова // Всероссийское родительское собрание / Общерос. обществ. движение ; пред. Г. С. Авдюшин. – Екатеринбург, 2010. – Режим доступа: http://www.oodvrs.ru/article/index.php?id_page=39&id_article=1449.
11. Fergusson, D. M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study / D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden // Br. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 193, № 1. – P. 444-451.



12. Gissler, M. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-1994: register linkage study [Text] / M. Gissler, E. Hemminki, J. Lonnqvist // *BMJ*. – 1996. – Vol. 313, № 7070. – P. 1431-1434.
13. Invited commentaries on... Abortion and mental health disorders / P. Casey [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 193. – № 6. – P. 452-454.
14. Is there an «abortion trauma syndrome»? Critiquing the evidence / G. E. Robinson [et al.] // *Harv. Rev. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 17, № 24. – P. 268-290.
15. Kelly, R. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics [Text] / R. Kelly, D. Zatzick, T. Anders // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 213-219.
16. Marchesi, C. Major and minor depression in pregnancy / C. Marchesi, S. Bertoni, C. Maggini // *Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 113. – № 6. – P. 1292-1298.
17. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study / K. Dingle [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 193. – № 6. – P. 455-460.
18. Rue, V. Abortion and Family Relations [Text] : testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate / V. Rue // Constitutional amendments relating to abortion : hearings before the Subcommittee on the Constitution of the Committee on the Judiciary, United States Senate, 97th Congress, 1st Session, 5 Oct. – 16 Dec. 1981 : 2 vol. / Constitutional Amendments relating to abortion. – Washington, 1983. – Vol. 1. – P. 329-378.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FACTORS OF RISK ON MENTAL DISORDERS AFTER TERMINATION OF PREGNANCY FOR MEDICAL INDICATIONS IN A LATE TERMS

V.A. RUZHENKOV¹
M.A. KACHAN²

¹⁾ *Belgorod State National
Research University*

²⁾ *Belgorod Regional Clinical
Psychoneurological Hospital*

e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

One hundred ninety women's with termination pregnancies in a late term (from 19 to 27 weeks) on the medical indications are examined. Establish that in 58,6% cases diagnosed reaction to severe stress and adaptation disorder (8,0% – acute stress reaction with symptoms of post-traumatic stress disorder, and 50,6% – adaptation disorders). Describes how to identify the individual psychological factors of risk for psychiatric disorders in this group of patients are discussed approaches to the provision of preventive health counseling.

Key words: interruption of pregnancy, acute stress response, deadaptation, factors of risk, individual psychological characteristics.