

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89:364.622-055.26:616.8-009.24-02:618.3:364.622-044.332

Для цитирования: Лисовская М.Я. Психологические защиты у беременных с преэклампсией как фактор нарушения адаптации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 4 (105): 74–79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-74-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-74-79)

Психологические защиты у беременных с преэклампсией как фактор нарушения адаптации

Лисовская М.Я.

*Красноярский межрайонный родильный дом № 5
Россия, 660100, Красноярск, проспект Свободный, 73*

РЕЗЮМЕ

Патология беременности вносит существенный вклад в психическое состояние пациенток и, формируя порочный круг, усиливает проблемы психической сферы, вызывая ухудшение акушерской патологии и наоборот. **Цель** настоящего исследования – изучить особенности психологических защит у беременных с преэклампсией. **Материалы и методы.** Основная группа состояла из 101 беременной женщины с диагнозом умеренной преэклампсии, средний возраст которых составил $26,75 \pm 2,5$ года. Группа сравнения включала 40 беременных женщин, условно здоровых, без признаков преэклампсии, а также 40 небеременных женщин, сопоставимых по возрасту. Изучение психологических защит проводилось по методике Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI). **Результаты.** По психическому состоянию женщины основной группы были распределены следующим образом. С донозологическими состояниями выявлено 14 пациенток (13,9%), причем у всех них отмечался соматовегетативный вариант психодезадаптационного синдрома. Дистимия (F34.1) была диагностирована у 7 беременных (6,9%), специфические фобии (F40) – у 8 пациенток (7,9%), тревожные расстройства (F41) – у 21 беременной (20,8%), обсессивно-компульсивные расстройства (F42) – у 9 пациенток (8,9%), расстройства адаптации (F43.2) – у 16 женщин (15,8%), конверсионные расстройства (F44) – у 7 человек (6,9%), соматоформные расстройства (F45.3) – у 5 женщин (4,9%), неврастения (F48) – у 14 беременных (13%). В рассмотренных нами группах пациенток наиболее часто использовались следующие психологические защиты: проекция, рационализация, отрицание и компенсация. Более высокие показатели незрелых психологических защит обнаружены у беременных с преэклампсией и психическими расстройствами, а также у пациенток, в психическом статусе которых наблюдались тревожно-мнительные черты. Полученные данные служили основой для формирования психотерапевтических программ.

Ключевые слова: беременные, небеременные, преэклампсия, психическое здоровье, психодезадаптационный синдром, донозологические состояния, психологические защиты.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология беременности вносит существенный вклад в психическое состояние пациенток, формируя порочный круг, когда усиление проблем психической сферы вызывает ухудшение акушерской патологии и наоборот. При физиологически протекающей беременности установлено наличие широкого спектра психических расстройств (невротических и соматоформных), в меньшей степени – эндогенных и аффективных [3]. Диагнозы, как правило, включают большую депрессию, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [13]. Однако вне поля зрения психиатров остаются донозологические состояния, зачастую не учитываются индивидуально-психологические характери-

стики беременных. Существенный вклад может оказать сопоставление клинической картины определенной патологии беременности с последующей разработкой дифференцированных реабилитационных программ [1, 2, 4, 5].

Психологические защиты (ПЗ) – это неосознаваемый психический процесс, направленный на минимизацию отрицательных переживаний. ПЗ рассматриваются с нескольких точек зрения: как характеристика реагирования беременной женщины на беременность и предстоящее материнство как на физиологическую, психологическую и социальную стрессовую ситуацию; как перестройка системы психологических установок и отношений, иерархии ценностей, изменение личности и социальных представлений; как оценка формирования адекватной психологической адаптации.

Диагностика психологических защит у беременных женщин с преэклампсией представляет клиническую ценность для определения мишени психотерапевтической коррекции, так как в этиологии и патогенезе преэклампсии значительную роль играет психогенный – психосоматический фактор.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности психологических защит у беременных с преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основная группа состояла из 101 беременной женщины с диагнозом преэклампсии в возрасте от 19 до 39 лет (средний возраст – $26,75 \pm 2,5$ года). Группа сравнения состояла из: 1) 40 беременных женщин в возрасте от 21 до 42 лет (средний возраст – $29,45 \pm 2,5$ года); 2) условно здоровых, без признаков преэклампсии, находящихся в сроке беременности от 30 до 41 недели (третий триместр); 3) 40 небеременных женщин, госпитализированных для обследования (средний возраст – $30,5 \pm 3,1$ года).

По результатам изучения психического состояния женщины основной группы были распределены следующим образом. С донозологическими состояниями выявлено 14 пациенток (13,9%), у всех них имел место соматовегетативный вариант психодезадаптационного синдрома. Дистимия (F34.1) была диагностирована у 7 беременных (6,9%), специфические фобии (F40) – у 8 (7,9%), тревожные расстройства (F41) – у 21 (20,8%), обсессивно-компульсивные расстройства (F42) – у 9 (8,9%), расстройства адаптации (F43.2) – у 16 (15,8%), конверсионные расстройства (F44) – у 7 (6,9%),

соматоформные расстройства (F45.3) – у 5 (4,9%), неврастения (F48) – у 14 (13,0%).

В основной группе обследованных с диагностированной преэклампсией выделена группа беременных (11 – 11,1%) с выраженными признаками преэклампсии, наличием тревожных или тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня, мнительными чертами характера, низкими показателями качества жизни и высоким уровнем тревоги. Эта группа квалифицировалась как «неблагоприятная».

Диагноз преэклампсии (гестоз, поздний токсикоз беременной) основывался на данных анамнеза и сведениях о течении беременности. В клинической картине заболевания выявлена артериальная гипертензия (САД 160–140 мм рт.ст. или ДАД 110–90 мм рт.ст.), возникшая при сроке беременности более 20 недель. Кроме того, наблюдались головная боль, фотопсии, перестезии; протеинурия ($\geq 5,0-0,3$ г/л), олигоурия; сердечная недостаточность, гиповолемия, изжога, тошнота, рвота, утомляемость, слабость, отеки ног, рук, лица и живота. При диагностировании преэклампсии также учитывались следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ), показатели лабораторной диагностики системы гемостаза, биохимические показатели крови и мочи, печёночных проб; осмотра глазного дна. Дополнительно использовали доплерографию в маточных артериях, УЗИ (фетометрия, структура и состояние плаценты).

Изучение психологических защит проводилось по традиционной методике Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI) R. Plutchik, H.R. Conte (1989) [7].

Т а б л и ц а 1. Распределение по результатам ранжирования выбора механизмов психологических защит в группах обследованных женщин, %

| Группа обследованных женщин | Вытеснение | Регрессия | Замещение | Отрицание | Проекция | Компенсация | Гиперкомпенсация | Рационализация | ОНЗ |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| Небеременные репродуктивного возраста | 7-й ранг 34,45± 2,84 | 2-й ранг 65,72± 2,93 | 4-й ранг 52,19± 3,26 | 1-й ранг 68,54± 2,66 | 8-й ранг 33,00± 4,02 | 3-й ранг 52,18± 2,15 | 5-й ранг 46,82± 3,06 | 6-й ранг 37,54± 2,85 | 50,05± 2,6 |
| Здоровые беременные | 6-й ранг 17,36± 2,51 | 7-й ранг 16,57± 3,72 | 8-й ранг 10,0± 1,52 | 3-й ранг 35,15±2,7 8 | 2-й ранг 35,47± 4,25 | 4-й ранг 25,26± 3,85 | 5-й ранг 19,47± 3,62 | 1-й ранг 39,89± 3,2 | 24,9± 3,1 |
| Беременные с преэклампсией | 6-й ранг 23,26± 1,73 | 5-й ранг 27,26± 1,54 | 8-й ранг 18,07± 1,53 | 3-й ранг 36,0± 1,88 | 1-й ранг 43,92± 2,1 | 4-й ранг 30,99± 1,91 | 7-й ранг 21,12± 1,82 | 2-й ранг 39,34± 1,73 | 30,0± 1,82 |
| Беременные с преэклампсией и психическими расстройствами | 7-й ранг 21,9± 3,56 | 6-й ранг 25,61± 3,11 | 8-й ранг 15,23± 2,81 | 3-й ранг 34,47± 4,16 | 1-й ранг 46,8± 5,23 | 4-й ранг 32,85± 4,98 | 5-й ранг 29,52± 3,8 | 2-й ранг 42,87± 4,5 | 31,1± 3,8 |
| «Неблагоприятная» группа | 8-й ранг 25,4±2,41 | 5-й ранг 34,1±1,74 | 7-й ранг 26,0±2,09 | 3-й ранг 35,8±3,35 | 1-й ранг 48,9±3,47 | 4-й ранг 35,1±2,76 | 6-й ранг 33,3±3,34 | 2-й ранг 41,8±2,8 | 35,1± 2,6 |

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам исследования 8 основных механизмов психологической защиты (МПЗ) и общей напряжённости психологических защит (ОНЗ) у беременных с преэклампсией, беременных с психическими расстройствами, беременных «неблагоприятной» группы, здоровых беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста получены значения МПЗ и ОНЗ, представленные в таблице 1.

Установлено, что общая напряженность психологических защит (ОНЗ) у беременных всех групп значительно снижена относительно небеременных женщин ($50,05 \pm 2,6\%$). Вместе с тем наблюдается тенденция усиления ОНЗ при преэклампсии ($30,0 \pm 1,82\%$) и психических расстройствах ($31,1 \pm 3,8\%$). У пациенток «неблагоприятной» группы ($35,1 \pm 2,6\%$) показатель ОНЗ является самым высоким, что расценивалось нами как признак усиления дезадаптационных механизмов.

Проекция – ошибочное восприятие своих внутренних процессов как происходящих извне. Проекция является ведущим МПЗ у беременных с преэклампсией ($43,92 \pm 2,1\%$). Выявлено возрастание показателей проекции у беременных с психическими расстройствами до $46,8 \pm 5,23\%$, у беременных «неблагоприятной» группы до $48,9 \pm 3,47\%$.

Рационализация – объяснение собственного поведения таким образом, чтобы оно казалось обоснованным и хорошо контролируемым. Здоровые беременные ($39,89 \pm 3,2\%$) в большей степени склонны к рационализации, у пациенток с патологией беременности рационализация является вторым ведущим МПЗ: у беременных с преэклампсией ($39,34 \pm 1,73\%$), у беременных с психическими расстройствами ($42,87 \pm 4,5\%$), беременных «неблагоприятной» группы ($41,8 \pm 2,8\%$).

Замещение – бессознательная переориентация импульса или чувства с первоначального объекта на другой. Выявлены значимые отличия использования замещения беременными пациентками всех групп исследования (8-е место) в сравнении с небеременными женщинами репродуктивного возраста (4-е место, $52,19 \pm 3,26\%$), которые заключаются в меньшей степени актуализации данного МПЗ (снижение агрессивности при беременности и уменьшение социальных контактов и их значимости).

Регрессия – возврат к ребячливым, детским моделям поведения. Принято считать, что регрессия является одним из ведущих МПЗ при

беременности [6]. Однако в нашем исследовании беременные всех групп демонстрировали недостаточность регрессирования: здоровые беременные (7-е ранговое место, $16,57 \pm 3,72\%$), беременные с преэклампсией (5-е место, $27,26 \pm 1,54\%$), беременные с психическими расстройствами (6-е место, $25,61 \pm 3,11\%$). Наиболее высокие показатели регрессии выявлены у пациенток «неблагоприятной» группы (5-е место, $34,1 \pm 1,74\%$).

Вытеснение – активное, мотивированное устранение чего-либо из сознания. Для беременных всех групп характерна недостаточность вытеснения по сравнению с выраженностью других МПЗ: здоровые беременные (6-е ранговое место, $17,36 \pm 2,51\%$), беременные с преэклампсией (6-е место, $23,26 \pm 1,73\%$), беременные с психическими расстройствами (7-е место, $21,9 \pm 3,56\%$), беременные «неблагоприятной» группы (8-е место; $25,4 \pm 2,41\%$). Этот феномен свидетельствует о неактуальности интрапсихического напряжения для беременных женщин.

Отрицание – полный отказ от осознания неприятной информации. Выявлено преобладание отрицания (3-е ранговое место во всех группах) над вытеснением (6-е, 7-е и 8-е ранговые места в группах обследованных женщин). Данный факт может свидетельствовать о том, что при беременности внешняя негативная информация, которая угрожает самосохранению, самоуважению или социальному престижу, вызывает большее напряжение и тревогу, чем внутриличностные конфликты.

Компенсация – прикрытие своих слабостей за счёт подчеркивания сильных сторон или преодоление фрустрации в одной сфере сверхудовлетворением в других жизненных сферах. Компенсация является одинаковым по значимости МПЗ для всех групп пациенток, занимая 4-е ранговое место. Выявлена тенденция усиления данного МПЗ у пациенток с психическими расстройствами ($32,85 \pm 4,98\%$) в сравнении со здоровыми беременными ($25,26 \pm 3,85\%$), что связано с депрессивным спектром адаптации. Кроме того, характерно стремление личности компенсироваться путём замены реального (воображаемого) недостатка или тяжёлого чувства другим качеством с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей и поведенческих характеристик другой личности, что осуществляется с целью избегания конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности.

Для разработки патогенетической модели работы с неадаптивными психологическими защитами беременных мы опирались на следующие научные постулаты: 1) основополагающим фактором образования механизмов психологической защиты являются универсальные проблемы адаптации или экзистенциальные кризисы. Конфликт эмоций, связанных с решением этих проблем, есть то противоречие на уровнях онтогенеза и антропогенеза, которое разрешается благодаря механизмам психологической защиты; 2) четыре всеобщих проблемы адаптации соответствуют базисным психологическим потребностям [8, 9, 10, 11, 12] в безопасности (временность), в свободе и автономии (иерархия), в успехе и эффективности (территориальность), в признании и самоопределении (идентичность). Норма и патология защитного функционирования индивида зависят от того, сумел ли он на определенных этапах онтогенеза реализовать эти базисные психологические потребности или, благодаря гетерономному воздействию среды, они были блокированы. В последнем случае одна или более из четырех составляющих «позитивного образа Я» оказываются особенно уязвимыми, соответствующие проблемы адаптации перманентно актуальными. Следовательно, специфические механизмы психологической защиты будут использоваться сверхинтенсивно, что может привести к неэффективной адаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, все защиты в своей основе имеют механизм подавления, который первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха. В рассмотренных нами группах пациенток наиболее часто используются следующие психологические защиты: проекция, рационализация, отрицание и компенсация. Причем если сравнивать клинические группы, то эти защиты менее выражены у пациенток с преэклампсией. Более высокие показатели выявлены у беременных с преэклампсией и психическими расстройствами. Наиболее высокие показатели зафиксированы у пациенток «неблагоприятной» группы, в психическом статусе которых наблюдались тревожно-мнительные черты. Проявления регрессии так же чаще наблюдались у беременных «неблагоприятной» группы. Полученные данные служили основой для формирования психотерапевтических программ. Предварительно с пациентками проводились образовательные семинары с основами рациональной психотерапии.

Пациентки с преэклампсией и психическими расстройствами проходили групповую психотерапию с использованием невербальных техник эриксоновского гипноза и бихевиоральной психотерапии. Пациентки с тревожными проявлениями нуждались в индивидуальной психотерапии и постоянном мониторинге психического здоровья. В данной группе применялись трансовые дыхательные техники, которые дополнялись телесно-ориентированной психотерапией. Психологические защиты функционально включались во внутреннюю картину болезни у беременных с преэклампсией, их оценка и последующая коррекция способствовали успешной адаптации обследованных к беременности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует нормам современных этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куприянова И., Ефанова Т., Захаров Р. Психическое здоровье беременных с угрозой невынашивания. Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2016: 203.
2. Ковалева Т.А., Алексеева Е.А., Куприянова И.Е., Чуйкова К.И. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С. *Сибирский медицинский журнал*. 2011; 26 4(1): 96–99. <https://elibrary.ru/contents.asp?id=33727241&selid=17298324>
3. Кулиев Р.Т., Руженков В.А. Предболезненные психические нарушения при физиологически протекающей беременности. *Современные проблемы науки и образования* [Электронный научный журнал]. 2012; 6. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=7933>
4. Куприянова И.Е., Ефанова Т.С., Захаров Р.И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014; 4: 46–50. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50>
5. Пирогова В.П., Куприянова И.Е. Семейная дезадаптация пациентов с невротическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010; 5(62): 16–17.

6. Сенченко Н.А. Особенности механизмов психологической защиты беременных женщин. *Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы*. 2006; 1: 72–75.
7. Plutchik R., Conte H.R. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles. In: S. Wetzler, & M. Katz (Eds.) *Contemporary approaches to psychological assessment*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1989: 239–269.
8. Adler A. Individual Psychology Theories of Personality. In: Lindzey G., Hall C. N.Y. : Wiley, 1957: 114–156.
9. Horney K. *Der Neurotische Mensch unserer Zeit*. Stuttgart: Kiper, 1951.
10. Erikson E.H. (Ed.) *Identity and the life cycle*. N.Y.; London: Norton, 1980.
11. Erikson E.H. (Ed.) *Identity and the life cycle* N.Y.; London: Norton, 1980.
12. Fromm E. *The Anatomy of Human Destructiveness*. N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1973: 521.
13. Leigh B., Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 80: 65–73.

Поступила в редакцию 09.08.2019
Утверждена к печати 02.12.2019

Лисовская Мария Яковлевна, врач-психиатр, психотерапевт.

✉ Лисовская Мария Яковлевна, mariliska@list.ru

УДК 616.89:364.622-055.26:616.8-009.24-02:618.3:364.622-044.332

For citation: Lisovskaya M.Ya. Psychological defenses in pregnant women with preeclampsia as a factor in adaptation dysfunction. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 4 (105): 74–79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-74-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-74-79)

Psychological defenses in pregnant women with preeclampsia as a factor in adaptation dysfunction

Lisovskaya M.Ya.

*Krasnoyarsk Interdistrict Maternity Hospital No. 5
Svobodnyy Avenue 73, 660100, Krasnoyarsk, Russian Federation*

ABSTRACT

The pathology of pregnancy makes a significant contribution to the mental state of patients and, forming a vicious circle, enhances the problems of the mental sphere, causing a worsening of obstetric pathology and vice versa. **Objective** of this study was to study the characteristics of psychological defenses in pregnant women with preeclampsia. **Materials and Methods.** The main group consisted of 101 pregnant women with a diagnosis of moderate preeclampsia, the average age of which was 26.75 ± 2.5 years. The comparison group included 40 pregnant women, conditionally healthy, without signs of preeclampsia, as well as 40 non-pregnant women, matched in age. The study of psychological defenses was carried out according to the methodology of the Life Style Index (LSI). **Results.** According to the mental state, women of the main group were distributed as follows. With pre-illness conditions, 14 patients (13.9%) were identified, and all of them had a somatovegetative variant of the psycho-maladaptive syndrome. Dysthymia (F34.1) was diagnosed in 7 pregnant women (6.9%), specific phobias (F40) in 8 patients (7.9%), anxiety disorders (F41) in 21 pregnant women (20.8%), obsessive-compulsive disorders (F42) in 9 patients (8.9%), adjustment disorders (F43.2) in 16 women (15.8%), conversion disorders (F44) in 7 women (6.9%), somatoform disorders (F45.3) in 5 women (4.9%), neurasthenia (F48) in 14 pregnant women (13%). In the groups of patients examined by us, the following psychological defenses were most often used: projection, rationalization, denial, and compensation. Higher rates of immature psychological defenses were found in pregnant women with preeclampsia and mental disorders, as well as in patients in whose mental status anxious-suspicious traits were observed. The obtained data served as the basis for the formation of psychotherapeutic programs.

Keywords: pregnant, non-pregnant, preeclampsia, mental health, psycho-maladaptive syndrome, pre-illness conditions, psychological defense.

REFERENCES

1. Kupriyanova I., Efanova T., Zakharov R. *Psikhicheskoye zdorov'ye beremennykh s ugrozoy nevnashivaniya* [Mental health of pregnant women with the threat of miscarriage]. Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2016: 203 (in Russian).
2. Kovaleva T.A., Alekseeva E.A., Kupriyanova I.E., Chuikova K.I. *Otsenka kachestva zhizni i uroven' trevogi u beremennykh zhenshchin s khronicheskimi virusnymi gepatitami V i S* [Assessment

- of quality of life and level of anxiety in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*. 2011; 26 4(1): 96–99 (in Russian). <https://elibrary.ru/contents.asp?id=33727241&selid=17298324>
3. Kuliev R.T., Ruzhenkov V.A. Predboleznennyye psikhicheskiye narusheniya pri fiziologicheski protekayushchey beremennosti [Preexisting mental disorders in physiologically occurring pregnancy]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education [Electronic scientific journal]*. 2012; 6 (in Russian). URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=7933>
 4. Kupriyanova I.E., Efanova T.S., Zakharov R.I. Psikhoterapevticheskaya korrektsiya i reabilitatsiya narusheniy psikhicheskogo zdorov'ya u beremennykh s ugrozoy nevnashivaniya [Psychotherapeutic correction and rehabilitation of mental health disorders in pregnant women with the threat of miscarriage]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika – Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014; 4: 46–50 (in Russian). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50>
 5. Pirogova V.P., Kupriyanova I.E. Semeynaya dezadaptatsiya patsiyentov s nevrotycheskimi rasstroystvami [Family de-adaptation of patients with neurotic disorders]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2010; 5(62): 16–17 (in Russian).
 6. Senchenko N.A. Osobennosti mekhanizmov psikhologicheskoy zashchity beremennykh zhenshchin. [Features of the mechanisms of psychological protection of pregnant women]. *Perinatal'naya psikhologiya i psikhologiya reproduktivnoy sfery – Perinatal Psychology and Psychology of the Reproductive Sphere*. 2006; 1: 72–75 (in Russian).
 7. Plutchik R., Conte H.R. Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles. In: S. Wetzler, & M. Katz (Eds.) *Contemporary approaches to psychological assessment*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1989: 239–269.
 8. Adler A. *Individual Psychology Theories of Personality*. In: Lindzey G., Hall C. N.Y. : Wiley, 1957: 114–156.
 9. Horney K. *Der Neurotische Mensch unserer Zeit*. Stuttgart: Kilper, 1951.
 10. Erikson E.H. (Ed.) *Identity and the life cycle*. N.Y.; London: Norton, 1980.
 11. Erikson E.H. (Ed.) *Identity and the life cycle* N.Y.; London: Norton, 1980.
 12. Fromm E. *The Anatomy of Human Destructiveness*. N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1973: 521.
 13. Leigh B., Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 80: 65–73.

Received August 09.2019

Accepted December 02.2019

Lisovskaya Maria Ya., psychiatrist, psychotherapist. Krasnoyarsk Interdistrict Maternity Hospital No. 5, Krasnoyarsk, Russian Federation.

✉ Lisovskaya Maria Ya., mariliska@list.ru