

УДК 616.89-008.454

Д.А. Ниаури, Н.Н. Петрова, Л.Н. Султанбекова

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Наиболее выраженным эмоциональным фактором в жизни женщины, вызывающим изменение ее психологического состояния, отношения к жизни, самооценки, является беременность [1–4]. Психоэмоциональное состояние женщины и ее отношение к беременности складываются из множества факторов [4–10]: образования, воспитания, моральных устоев, жилищно-бытовых условий, наличия семьи и отношений в ней, положения в обществе и т.д. Более того, психоэмоциональное состояние женщины и ее отношение к беременности и к будущему ребенку оказывают влияние и на психосоматическое развитие ребенка [11, 12].

Сопутствующее хроническое заболевание выступает дополнительным фактором, который можно отнести к стрессогенным, неблагоприятно сказывающимся на течении беременности, родов и состоянии новорожденного. Диагноз ВИЧ-инфекции пожизненный и он влечет за собой появление чувства безысходности у больного, что и отличает эту хроническую психологическую травму от других временных психотравм, возникающих в жизни человека и вызывающих страх смерти.

Необходимо отметить, что по длительности воздействия психическая травма может быть острой (длительность менее 6 месяцев) и хронической (более 6 месяцев). Хроническую психотравму, по мнению многих авторов, уместнее называть стрессом [7–9, 13]. Витальная угроза, обусловленная неизлечимой болезнью, должна рассматриваться как специфическая стрессовая ситуация, требующая психической адаптации личности к новым условиям жизни. Психическая адаптация обеспечивает деятельность человека на уровне «оперативного покоя», позволяя ему наиболее оптимально противостоять и активно и целенаправленно воздействовать на различные природные и социальные факторы. Примером витальной угрозы может быть ВИЧ-инфекция.

Согласно данным программы UNAIDS ежедневно в мире появляется 6000 новых случаев ВИЧ-инфекции. В настоящее время в мире насчитывается 1,5 млн ВИЧ-инфицированных детей. Ежегодно женщины с ВИЧ-инфекцией рожают около 600 тыс. инфицированных детей. По статистическим данным периода 1984–1994 г., ежегодно данными женщинами рождалось 6–7 тыс. детей, а ВИЧ-положительные составляли 1,6 на 1000 новорожденных в мире [14].

По данным ФНМИЦ по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России число зарегистрированных инфицированных ВИЧ граждан России (с момента начала регистрации по 31.12.2003) составило 270 907 (по мнению экспертов, реальное число ВИЧ-инфицированных — около миллиона). Из этого числа в первые 10 лет регистрации (1987–1996 гг.) выявлен 1,0 % (2 601сл.) ВИЧ-инфицированных, за последующие пять

лет (1997–2001 гг.) — 65,1 % (176 258), в 2002 г. — 19,3 % (52 349) и в 2003 г. — 14,6 % (39 699).

Доля женщин составляет 27,0 % (73 184), а из общего числа вновь выявленных в 2003 г. — 38,1 %. На момент выявления ВИЧ-инфицирования женщины наиболее активного репродуктивного возраста (20–29 лет) составляли 58,1 % от всех ВИЧ-инфицированных женщин (42 548 сл. из 73 184) или 15,7 % от общего числа ВИЧ-инфицированных в России. Группа женского населения 15–19 лет включает 16 301 человек — 22,3 % и 6,0 % соответственно. Таким образом, доля женщин в возрасте 15–29 лет составила 80,4 % от числа выявленных ВИЧ-положительных женщин, или 21,7 % (каждый пятый случай) из всего выявленного контингента. С 2002 г. скорость распространения ВИЧ-инфекции в России снизилась (на 40,9 % по сравнению с 2001 г., а в 2003 г. на 24,2 % по сравнению с 2002 г.). Активизировалась передача гетеросексуальным путем. Так, доля заразившихся при гетеросексуальном половом контакте составила от числа всех заразившихся в 2003 г. 10,1 % против 4,2 % в 1999 г.

В последние годы в России наблюдается увеличение числа ВИЧ-инфицированных беременных. По статистике в 1995 г. на 100 000 обследуемых беременных частота ВИЧ-инфекции составила 0,2, в 1999 г. — 11,8, а в 2000 г. она увеличилась почти в два раза. По данным 2000 г. в Санкт-Петербурге значение показателя распространенности ВИЧ-инфекции на 100 000 обследованных беременных женщин возросло до 65,1. В 2001 г. при обследовании 95 тыс. беременных женщин у 343 была выявлена ВИЧ-инфекция, в 2002 г. при обследовании 109 тыс. беременных выявлено 429 ВИЧ-инфицированных. За 2002 г. в городе проведено 372 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, из них 261 жительница Санкт-Петербурга [15]. По данным Российского Научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом к концу 2000 г. среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных 1 135 детей, 427 из них рождены инфицированными матерями [14]. К середине 2003 г. в городе на учете состоит 601 ребенок с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, причем от каждого пятого такого ребенка отказались родители [15].

В период до применения химиопрофилактики у беременных женщин в соответствии с рекомендациями, опубликованными в 1994 г., частота перинатальной передачи ВИЧ варьировала от 13 % в Европе и 25 % в США до 40 % в Африке. Соответственно из-за высокого риска инфицирования новорожденных до 1990 г. ВИЧ-положительные женщины были не заинтересованы в рождении ребенка, поэтому либо беременность разрешалась медицинским абортом, либо матери отказывались от своих детей после их рождения [16].

В 90-х годах применение АЗТ-профилактики в течение беременности и в родах позволило снизить частоту ВИЧ-инфицирования детей до 10 %, а также увеличить продолжительность и улучшить качество их жизни. Благодаря этому как в зарубежных странах, так и в России увеличилось число женщин, желающих пролонгировать беременность с целью рождения здорового ребенка. Но проблема вовлечения беременных и детей в ВИЧ-эпидемию остается актуальной, в равной степени как и проблема ВИЧ-инфицированных женщин [14]. В 2002 г. через родильное отделение ГИБ № 30 г. С-Петербурга было проведено 372 родов ВИЧ-положительных женщин, что почти в семь раз больше, чем в 2000 г. [17]. В 2003 г. родов с ВИЧ-инфекцией было 469, в 2004 г. практически столько же — 462.

С появлением препаратов, позволяющих продлить жизнь ВИЧ-инфицированных больных, стала актуальной проблема психической адаптации [18, 19]. Очень важно, что именно психическая дезадаптация у ВИЧ-инфицированных больных снижает мотива-

цию пациента к лечению и соответственно эффективность реабилитации. Согласно данным литературы частота встречаемости депрессивных расстройств у этого контингента больных достигает 61 % [20–22].

В то же время проблема ВИЧ-инфекции тесно переплетается с другой социально-значимой проблемой — наркоманией, при которой риск ВИЧ-инфицирования особенно велик. В Санкт-Петербурге уровень наркотизации на 30 % выше по сравнению с общероссийским. Героин — сильнодействующий наркотик опиийного ряда стал одним из наиболее доступных и употребляемых нелегальных психотропных средств [23, 24]. Темп формирования аддикции у женщин в 5,6 раза выше, чем у мужчин. Средний возраст больных наркоманией женщин составляет 19,2 лет. Отмечается увеличение числа женщин, не прекращающих употребление наркотиков во время беременности. Отмечены особенности течения наркомании в период беременности (изменение толерантности к наркотикам, клинической картины абстинентного синдрома). Необходимо подчеркнуть, что эффективность ведения беременных с ВИЧ, в том числе и психологического сопровождения, зависит от учета наркозависимости, что требует введения коррективов в наблюдение данной категории беременных. Увеличение количества отклонений от физиологического течения беременности и родов, а также повышенную частоту патологических состояний рожденных младенцев у ВИЧ-инфицированных женщин можно в большей степени связать со злоупотреблением наркотиков во время беременности, чем с влиянием ВИЧ-инфекции [25].

Актуальность изучения и поиска новых подходов к лечению и реабилитации ВИЧ-инфицированных больных с учетом возможного сочетания наркомании, беременности и психических расстройств определяется проблемой выработки тактики ведения данной категории беременных с целью оптимизации течения беременности, родов, послеродового периода этих женщин и периода новорожденности у детей. Целью данного исследования было изучение личностно-психологических особенностей, психического состояния и психической адаптации в ситуации реальной соматогенной витальной угрозы на клинической модели беременных ВИЧ-инфицированных женщин с целью оптимизации Программы охраны материнства и детства.

Методы исследования. Обследовано 30 ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 20,4±2,3 года в третьем триместре беременности. Исследование проводилось с применением клинико-психопатологического метода и ряда экспериментально-психологических методик: методика смысловых ориентаций (СЖО), шкала тревожности Спилбергера, тест Хейма для изучения копинг-поведения, методика «Индекс жизненного стиля» для выявления особенностей психологической защиты, методика Семантического дифференциала времени (СДВ), направленная на диагностику депрессивных расстройств, методика SF-36 (методика «Качество жизни»).

Данные обработаны с использованием пакета статистических программ SPSS.

Результаты и их обсуждение. У всех обследуемых стоял диагноз: ВИЧ-инфекция стадии 2Б, характеризующаяся бессимптомным течением. До беременности о своем заболевании были осведомлены 41,7 % обследованных. Несмотря на ВИЧ-инфекцию 40 % женщин (16,6 % из общего числа обследованных) свою беременность планировали. Для 66,6 % беременность желанная, для 16,7 % стала желанной после того как появилось ощущение шевеления плода и УЗИ, для 16,7 % беременность продолжала оставаться нежеланной. Что же касается половых партнеров, то для 25 % из них, со слов женщин, беременность была нежеланной, необходимо указать, что с этим сталкивались прежде всего одинокие женщины. Следует подчеркнуть, что ни одна женщина не отказалась от ребенка после родов. В законном браке состояло 8,3 % женщин, в гражданском — 58,4, одино-

ких было 33,3 %. Свой уровень социального благополучия 75 % оценивают как средний, 16,7 — выше среднего, 8,3 % — как низкий. У 75 % своя квартира, у 16,7 своя комната, 8,3 % снимали квартиру. 25 % женщин проживали со своими партнерами отдельно от родителей. Среднее образование было у 41,7 % женщин, среднее специальное у 33,3, неполное среднее у 8,3, в 16,7 % уровень образования был высшим незаконченным. 24,9 % женщин продолжали свое обучение. 25 % женщин работали, в 16,7 % работа была физической и трудодень более 8 ч. У 16,7 % имелись дети, совместные с половыми партнерами и рожденные до постановки ВИЧ у родителей, у всех детей диагноз ВИЧ-инфекции не стоит. В 58,4 % случаев был отягощен акушерско-гинекологический анамнез.

Можно предположить, что в большинстве случаев инфицирование произошло парентеральным путем, поскольку героиновая наркомания имела место у 58,3 % больных. «Стаж» наркомании в среднем составил два-три года. Следует также отметить, что 25 % продолжали употреблять наркотики во время данной беременности. Установлено, что 33,3 % ВИЧ-инфицированных женщин спонтанно прекратили употребление наркотиков при наступлении беременности. На момент обследования аддиктивного поведения у них не наблюдалось при отсутствии какого-либо поддерживающего наркологического лечения.

У 66,6 % половых партнеров женщин диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден. 25 % половых партнеров страдают наркоманией.

33,3 % женщин встали на учет в ЖК на раннем сроке беременности (до 12 недель), 41,7 % — при сроках 13–20 недель, 8,3 % — более 20 недель. Регулярно наблюдались в ЖК 75% беременных. 16,7 % на учете не состояли. 91,6 % женщин получили противовирусную терапию во время беременности, и 100 % женщин получили терапию в родах. Во время беременности у 25 % наблюдалась анемия, ФПН в 16,7 %, гестоз в 33,3 %. Практически все женщины имели хронический вирусный гепатит С, каждая пятая — гепатит В. Активности процесса не было, или она была минимальной. Беременность закончилась преждевременными родами в 25 % случаев; в 33,3 % случаев произведена операция кесарева сечения в нижнем сегменте матки в экстренном порядке (у 16,7 % беременных операция планировалась). В 33,3 % случаев новорожденные по состоянию переведены в детскую больницу. У 83,3 % новорожденных диагностировано врожденное носительство антител к вирусному гепатиту С. Все дети взяты на учет в Центр СПИДа в связи с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции. Окончательно диагноз ВИЧ-инфекции будет снят или поставлен по достижении ими 1,5 лет.

Личностно-психологические особенности обследованных женщин характеризовались выраженным тревожным радикалом. Высокие показатели личностной тревожности отмечены более чем в 63 % случаев, а в 36,4 % установлена умеренная выраженность показателя. В среднем значение тревожности у обследованных женщин составляло $49,5 \pm 9,3$ балла по шкале Спилберга.

В клинической картине не отмечено выраженных тревожных или депрессивных расстройств. Это подтверждается умеренной выраженностью показателя реактивной (ситуативной) тревожности в большинстве наблюдений (72,7 % больных). Высокий уровень тревоги наблюдался только у 9,1 % больных. В 18,2 % случаев значения показателя реактивной тревожности были низкими. Среднее значение в группе показателя ситуативной тревожности составило $36,1 \pm 12,7$ балла.

Качество жизни достоверно снижено по всем показателям, включая удовлетворенность физическим состоянием и социальным функционированием. В меньшей степени

снижены значения показателя витальности (энергичности): 59,2 и 62,2 балла, наиболее чувствительный к депрессивным расстройствам. Обращает на себя внимание, что значение показателя удовлетворенности своим психическим состоянием не отличается от такового в общей популяции (65,2 и 63,3 балла соответственно), а величина показателя удовлетворенности состоянием своей эмоциональной сферы у беременных, страдающих ВИЧ, даже превышает таковую у здоровых (соответственно 70,0 и 65,0 баллов). Эти данные согласуются с приближающимся к норме значением показателя «общей осмысленности жизни» (92,5+21,1 балла), который отражает наличие или отсутствие целей в будущем, осмысленность жизни, ее направленность и временную перспективу; восприятие жизни как интересной. Следует отметить, что восприятие жизни как наполненной смыслом, результативной у ВИЧ-инфицированных беременных с аддикцией в анамнезе даже выше, чем без аддикции (соответственно 97,8+22,4 и 87,3+5,2 балла, $p < 0,05$).

Результаты обследования по методике СДВ, позволяющей оценить индивидуальные различия переживания временных аспектов, также подтвердили отсутствие выраженных депрессивных переживаний, демонстрируя положительную динамику восприятия времени по большинству показателей от прошлого к настоящему с оптимистической оценкой перспектив, планами на будущее, мотивацией жизнедеятельности, эмоциональной насыщенностью жизни (табл. 1). Исключение составляет показатель «Ощущаемость времени», который отражает депрессивные дереализационные нарушения восприятия психологического времени, а именно отсутствие реального восприятия как прошлого, так и будущего, которое представляется далеким, замкнутым, неосяцаемым.

Таблица 1

Семантический дифференциал времени у ВИЧ-инфицированных женщин в третьем триместре беременности

№ п/п	Факторы	Прошлое	Настоящее	Будущее
1	Активность времени	5,0±3,2	2,0±0,2	4,1±3,2
2	Эмоциональная окраска времени	3,0±1,2	4,8±3,4	4,8±3,6
3	Величина времени	3,1±1,3	2,1±1,4	5,5±3,6
4	Структура времени	0,2±0,1	1,0±0,1	1,7±0,8
5	Ощущаемость времени	-2,5±1,2	0,5±0,2	-2,5±1,2
6	Общий показатель СДВ	1,83±0,5	2,73±1,9	2,76±1,9

Из результатов проведенного обследования следует, что примерно у 40 % обследованных женщин встречаются неконструктивные стратегии совладания со стрессом, в данном случае со стрессовой ситуацией реальной витальной угрозы, обусловленной болезнью. В поведенческой сфере преобладает неэффективный копинг-механизм решения проблемы «активное избегание». Результаты исследования соответствуют полученным ранее данным о том, что для наркозависимых больных наиболее типичны неконструктивные стратегии совладания со стрессом [25, 26] с преобладанием в поведенческой сфере стратегии «активное избегание». В то же время на фоне беременности у наркозависимых ВИЧ-инфицированных больных прослеживаются определенные позитивные изменения в виде появления относительно конструктивных вариантов совладания со стрессом во всех сферах копинг-поведения. Достаточно часто встречаются относительно конструк-

тивные варианты копинг-поведения: «конструктивная активность» и «компенсация», однако эти механизмы также связаны с отказом от разрешения проблем. В когнитивной сфере доминирует относительно конструктивный тип копинга — «религиозность», т. е. вера, что все «решит судьба». Наиболее отчетливая динамика имеется в когнитивной и эмоциональной сфере с нивелированием неконструктивных копинг-стратегий «агрессия», «растерянность» и «диссимуляция».

Эмоциональная копинг-стратегия по типу «оптимизации» («Все будет хорошо!») наблюдается более чем у половины обследуемых, причем 57 % из них наркоманки. По данным литературы [26], «оптимизация» часто встречается у лиц с аддикцией и ее сохранение у ВИЧ-инфицированных женщин с наркоманией на фоне беременности не дает возможности расценивать этот вариант копинга как признак конструктивности совладающего поведения больных этого контингента.

Обнаружено, что во всех случаях наблюдается заметное повышение по сравнению с общей популяцией напряженности психологической защиты (табл. 2). Наиболее характерен незрелый психологический защитный механизм «проекция», т. е. проецирование вовне, перенос на окружающих собственных неприемлемых мыслей, чувств, свойств, импульсов. На втором месте по степени напряженности находится защитный механизм «замещение» (82,0 балла). Действие этого варианта психологической защиты проявляется в разрядке подавленных, как правило негативных эмоций (враждебности, гнева) на объекты, представляющие меньшую опасность и более доступные, чем вызывающие отрицательные эмоции.

Таблица 2

Механизмы психологической защиты

№ п/п	Механизм психологической защиты	Больные	Здоровые	Достоверность различий, <i>p</i>
1	Отрицание	7,1	4,0	<0,01
2	Вытеснение	3,8	2,2	<0,05
3	Регрессия	6,1	5,2	<0,01
4	Компенсация	3,9	4,4	<0,05
5	Проекция	9,1	5,4	<0,01
6	Замещение	4,9	2,9	<0,01
7	Интеллектуализация	6,3	6,4	<0,05
8	Гиперкомпенсация	3,9	2,9	<0,05

Примечание. Здесь и в табл. 3 в графе «Здоровые» приводятся общепопуляционные значения показателей.

Полученные данные косвенно свидетельствуют о тенденции к экстрапунитивному реагированию со снятием с себя вины у обследованных женщин. Выраженность механизмов психологической защиты «отрицание» и «вытеснение» (актуальных неприемлемых переживаний) отражает неосознаваемый внутриличностной конфликт, что указывает на необходимость психологической помощи этим больным.

Выявлено, что психологическая защита по типу «отрицание» и «вытеснение» (отрицательных переживаний, вызывающих тревогу) в большей степени свойственны наркозависимым, у которых наиболее выражены проблемы, связанные с результативностью

и осмысленностью прожитой части жизни, способностью контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их. Активному вытеснению из сферы осознаваемого подвергаются цели в будущем (жизненная перспектива), что отражает поиск смысла жизни, фатализм.

Обнаружены значимые связи между значениями показателей системы жизненных ценностей (табл. 3) и защитным механизмом «замещение» у наркозависимых: «Процесс», «Результат», «Локус контроля — Я», и «Локус контроля — Жизнь». Следовательно, у данных больных происходит замена объекта действия, его источника и самого действия, т. е. наркомания носит характер замещающей деятельности, и онтологическая значимость жизни оценивается на основе этой замещающей деятельности.

Таблица 3

Система жизненных ориентаций ($M \pm m$)

№ п/п	Показатели	Больные	Здоровые	Достоверность различий, р
1	Цели	25,6±5,7	29,4±6,2	<0,01
2	Процесс	26,6±4,1	28,8±6,1	<0,05
3	Результат	21,5±5,1	23,3±4,9	<0,01
4	Локус контроля — Я	17,8±4,1	18,6±4,3	<0,01
5	Локус контроля — жизнь	23,7±4,8	28,7±6,1	<0,05
6	Общий показатель	91,2±15,2	95,7±16,5	<0,05

Защита в виде «отрицание» как преимущественно неосознаваемый психологический механизм на поведенческом уровне проявляется как «компенсация» и «оптимизация», т. е. психическое напряжение вследствие актуального психологического конфликта снимается после расслабления и когда происходящему придается положительная эмоциональная окраска, что поддерживает прием наркотиков.

«Вытеснение» проявляется в «отвлечении» и «конструктивной активности» в поведенческой сфере (переключение с проблем на доступную деятельность) и «диссимуляции» и «растерянности» в когнитивной сфере, что характеризуется отсутствием критического анализа проблем.

«Замещение» сопряжено с «сотрудничеством» в поведенческой сфере, которое принято относить к активным конструктивным копинг-стратегиям. Однако в ситуации наркомании это выражается в активном поиске наркотика и вся поведенческая активность в области установления взаимодействия сводится к получению и совместному использованию аддиктивного вещества. На когнитивном уровне это сопровождается «установкой собственной ценности» — «сейчас не могу решить проблему, потом справлюсь»; в эмоциональной сфере — «оптимизацией» («Все замечательно!») — наркоманические «розовые очки») и «агрессией» (агрессивная защита своего «права» употреблять наркотик); наличие защитного механизма «регрессия» прежде всего отражается на когнитивной сфере и выражается в формировании копинга «сохранение апломба».

Установлены определенные закономерности соответствия того или иного типа защитного механизма и внутриличностного конфликта. «Компенсация» актуализируется, если существуют проблемы с социально допустимым проявлением агрессивности; «замещение» — при внутриличностном конфликте между «потребностями слиться и выделиться».

Таким образом, можно предположить, что беременность способствует разрешению экзистенциального кризиса, свойственно большим наркоманией, что находит выражение в повышении онтологической значимости жизни и положительной трансформации системы жизненных ценностей.

Несмотря на ВИЧ-инфекцию, сопряженную с депрессией, и наличие предпосылки к развитию психической дезадаптации в виде тревожности психическое состояние больных относительно благополучно, вероятно, в связи с беременностью, ориентацией на рождение ребенка, что в значительной степени дезактуализирует витальную угрозу.

В то же время у этих женщин сохраняются психологические предпосылки к дезадаптации в виде неконструктивного копинг-поведения, характеризующегося превалированием базисной стратегии избегания. Несмотря на отсутствие четких клинических признаков психических расстройств и достаточно благополучную самооценку больными своего психического состояния, напряженность психологической защиты свидетельствует об актуальности процесса психической адаптации [27].

Очевидно, что целесообразна психотерапевтическая помощь больным, направленная на преодоление психологической защиты и формирование копинг-поведения, адекватного ситуации витальной угрозы, поддержания ремиссии наркомании у ВИЧ-инфицированных беременных, с целью коррекции личностной адаптации, повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных, оптимизации течения беременности, родов и оптимизации программы ВОЗ «Охрана здоровья матери и ребенка».

Summary

Niaury D.A., Petrova N.N., Sultanbekova L.N. Psychological adaptation in HIV-infected pregnant women.

In psychology immense attention allot to psychical adaptation in personality to stress situation. Pregnancy is more emotional factor in women life. Psychoemotional status in women, hers attitude for pregnancy and for future child double up from multitude factors and express influence on psychosomatic progress of child. Associated chronic disease is complementary stress factor.

HIV-infection diagnosis summons feeling of despairing to patient. Vital threat caused by disease is specific stress situation and need psychical adaptation in personality to new life conditions. Investigation and search new methods of treatment HIV-infected pregnant women from intention improvement in course of pregnancy, labor, postnatal stage and newborn stage of child are very actuality.

Литература

1. *Абдуллаходжаева М.С., Маджидов Н.М., Погорелова А.Б.* Центральная нервная система при беременности. Ташкент, 1975. 94 с.
2. *Абрамченко В.В., Коваленко Н.П.* Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. СПб., 2001. 348 с.
3. *Бодяжиста В.И.* Акушерская помощь в женской консультации. М., 1983. 192 с.
4. *Петров-Маслаков М.А., Абрамченко В.В.* Родовая боль и обезболивание родов. М., 1977. 320 с.
5. *Лакосина Н.Д.* О психических состояниях человека. М., 1964. 344 с.
6. *Левина О.Е.* Изучение степени эмоционального напряжения у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом при проведении предродовой подготовки: Автореф. дис...канд. мед. наук. М., 1986. 26 с.
7. *Сейден А.М.* Психическая травма и стресс // Травмы при беременности (цит. по: Бухсбаум). М., 1982. С. 303–345.
8. *Ellsworth L.R., Shania R.N.* Fertility and Sterility. 1985. Vol. 44. N 4. P. 449–452.
9. *Kagan A., Levi L.* Psychosocial factors stress and disease // Emotion and reproduction: Mater. 5-th Intern. Congress Psychosom. Obstetr. Gynecol. / Ed. by L. Carensa, L. Zichella. London, 1979. Vol. 20A. P. 7–11.
10. *Miraglia F.* A new theory for the interpretation of psychosomatic illness in obstetrics // The young women. Psychosomatic Obstetrics and

Gynecology: Mater. 7-th Intern. Congress Psychosom. Obstetr. an Gynecol. / Ed. by L. Dennerstein, L.M. Senarclens. Amsterdam, 1983. N 618. P. 283–291. **11.** Айламазян Э.К. Психика и роды. СПб., 1996. **12.** Батуев А.С. и др. Обнаружение факторов риска беременности с помощью электроэнцефалографического обследования // Перинатальная психология и родовспоможение: Сб. матер. конф. СПб., 1997. **13.** Carensa L. Introduction // Emotion and reproduction: Mater. 5-th Intern. Congress Psychosom. Obstetr. Gynecol. / Ed. by L. Carensa, L. Zichella. London, 1979. Vol. 20A. P. 3–6. **14.** Рахманова А. Г. Противовирусная терапия ВИЧ инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ инфекции у беременных и новорожденных. СПб., 2001. 164 с. **15.** Рахманова А.Г., Лобзин Ю.В., Степанова Е.В. и др. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге // Инфекционные заболевания в Санкт-Петербурге на рубеже веков / Под ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. СПб., 2003. С. 200–205. **16.** Ромашок Ф.П., Ястребова Е.Б., Кориунова Т.Г. и др. Течение беременности и родов ВИЧ-позитивных женщин и состояние новорожденных с учетом перинатальной диспансеризации // Инфекционные заболевания в Санкт-Петербурге на рубеже веков / Под ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. СПб., 2003. С. 225–230. **17.** Яковлев А.А., Пенчук Т.Е., Медвенская Л.А. и др. Опыт работы родильного отделения ГИБ 30 им. С.П. Боткина в 2000–2002 гг. // Инфекционные заболевания в Санкт-Петербурге на рубеже веков / Под ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. СПб., 2003. С. 293–295. **18.** Donaihy A., Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV-infection. // AIDSLINE. 2001. **19.** Remien R.H., Rabkin J.G. Psychological aspect of living with HIV disease: a primary care perspective / AIDSLINE. 2001. **20.** Hsing P.C., Thomas V. Coping strategies of people with HIV/AIDS in negative health care experiences // AIDSLINE. 2001. **21.** Kimerling R., Calhoun K.S., Forehand R. et al. Traumatic stress in HIV-infected women // AIDSLINE. 1999. **22.** Kowalcek I., Muhlhoff A., Bachmann S., Gembruch U. Depression reaction and stress related to prenatal medicine procedures // AIDSLINE. 2001. **23.** Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России // Рус. мед. журн. 1998. Т. 6. № 2. С. 109–114. **24.** Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Вопр. наркол. 1997. Т. 3. С. 3–12. **25.** Яковлев А.А., Кустаров В.Н., Мамедова С.Р. Влияние наркотиков на течение беременности, родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин // Инфекционные заболевания в Санкт-Петербурге на рубеже веков / Под ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. СПб., 2003. С. 287–293. **26.** Петрова Н.Н., Калищевич С.Ю., Трусова А.Н., Грищенко А.Я. Наркомания как форма психической адаптации // Психофармакол. и биол. наркол. 2002. Т. 2. № 3–4. С. 335–340. **27.** Вассерман Л.И., Ерышев О.В., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб., 1998. С. 48.

Статья поступила в редакцию 28 ноября 2005 г.