

Психоемоційний стан жінок фертильного віку з розладами репродуктивного здоров'я, які мешкають у сільській місцевості

В.В. Подольський¹, Вл.В. Подольський¹, А.Л. Каграманян¹, А.В. Новиченко²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

²Одеська обласна клінічна лікарня

У статті представлені результати дослідження психоемоційного статусу жінок фертильного віку з порушенням репродуктивного здоров'я, які мешкають у сільській місцевості, з використанням психологічних методик та анкет. У жінок з хронічними захворюваннями статевих органів (1-а підгрупа) спостерігались емоційне виснаження та втома (35,0%), порушення сну (55,0%), постійна тривога (52,5%), високий рівень психоемоційного стресу (22,5%), високі показники дезадаптивності (55,0%), тривожно-депресивна реакція (27,5%), змішані тривожно-депресивні реакції (12,5%). У жінок з неплідністю (2-а підгрупа) виявлено пригнічений настрій (55,0%), порушення сну (47,5%); високий рівень (30,0%), середній рівень психоемоційного стресу (47,5%), високі показники дезадаптивності (52,5%); спостерігались депресивна реакція (22,5%), змішаний тривожно-депресивний синдром (15,0%), іпохондрія (10,0%). Жінки з порушеннями менструального циклу (3-я підгрупа) мали: пригнічений настрій (72,5%), емоційне виснаження та втоми (67,5%), порушення сну (50,0%); високий рівень (42,5%) та середній рівень психоемоційного стресу (37,5%); високі показники дезадаптивності (80,0%); виявлено: емоційно нестійкий розлад (20,0%), істеричний синдром (12,5%), невротичний синдром (15,0%). Данні дослідження дозволять сформулювати шляхи медико-психологічної корекції.

Ключові слова: психоемоційний стан, фертильність, репродуктивний стан, сільська місцевість.

Багато дослідників пов'язують розлади репродуктивного здоров'я з психоемоційними змінами та стресовими ситуаціями. Стрес це комплексний фізичний та психічний стан, що виникає як відповідь на різні екстремальні впливи. Стрес сучасної людини це реакція – відповідь на значне накопичення повсякденних турбот та проблем. Усі ознаки стресу можна розділити на сфери їх впливів: психофізіологічний, емоційний та поведінковий.

Розлади психоемоційної сфери розвиваються на тлі змін емоцій, настрою, почуттів. Виявлені зміни мають як прямий, так і зворотний зв'язок з усіма органами та системами організму, бо зароджуються в центральній нервовій системі і контролюють всю життєдіяльність, формуючи при тривалому розладі психоемоційної сфери так звані психосоматичні захворювання.

Такі зміни виявляють у серцево-судинній, дихальній, травній системах, а також в сексуальній сфері, кістково-м'язовій, вегетативній та кровотворній і ендокринній системах. Ці реакції носять тимчасовий та зворотний характер, проте при частих повтореннях даний стан може перейти в прехворобу, а потім в хворобу. Слід зазначити, що при цьому у кожній особистості під вплив ураження підпадає найбільш онтогенетично слабка ланка в органах і системах. За Г.Сальє одні особистості дають психогенну реакцію на подразнення, інші – соматогенну.

Також результати дослідження психоемоційного стану жінок фертильного віку свідчать про значну роль таких факторів, які впливають на здатність жінок до народження: мікросоціальне оточення, соціальні умови та особистісна організація жінки. Мікросоціальне оточення в сучасних економічних умовах впливає травматичним чином на психоемоційний стан жінок [1,2,3]. Даний тип психогенії може призводити до глибоких змін в соматичному стані жінок фертильного віку, спричиняти дисбаланс ендокринної системи та зумовлювати розвиток синдрому соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи [4, 5].

Психічна адаптація є результатом діяльності цілісної системи саморегуляції і корекції, активність якої забезпечується не тільки сукупністю окремих компонентів (підсистем за Александровським), але і їхньою взаємодією та взаємовпливом.

Основні фактори ризику, які зумовлюють порушення психоемоційного стану жінок та пов'язані зі змінами репродуктивного здоров'я. Їх можна розподілити на три групи: соціальні, психологічні та біологічні [8–11].

Стрес є активною частиною у механізмі розвитку невротичних синдромів, психосоматичної патології та гормонального дисбалансу, який активно впливає на стан репродуктивного здоров'я жінки [8, 12, 13].

Психоемоційна дезадаптація, яка виникає у жінки фертильного віку на фоні стресу, часто призводить як до порушень процесів дозрівання яйцеклітин, так і до зриву регуляції гестаційного процесу [2, 13]. Тому тривалий тривожний стан, стрес та психоемоційний дисбаланс можуть складати умови зниження фертильності жінок репродуктивного віку. Своєчасне виявлення психоемоційних порушень та змін вегетативного гомеостазу у жінок фертильного віку є важливою складовою профілактики та лікування змін репродуктивного здоров'я жінок. Це зумовлює актуальність даної проблеми, що вивчається.

Мета дослідження: вивчення психоемоційного стану жінок фертильного віку з розладами репродуктивного здоров'я, які мешкають у сільській місцевості в сучасних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження психоемоційного стану було проведено у 120 жінок з розладами репродуктивного здоров'я (основна група) у фертильному віці від 19 до 36 років, які мешкали у сільській місцевості (Бориспільський район Київської області). Групу контролю склали 30 жінок без гінекологічної патології. У свою чергу жінки основної групи були розподілені на підгрупи залежно від виду гінекологічної патології: 1-а – 40 жінок з хронічними запальними захворюваннями статевих органів (ХЗЗСО), 2-а – 40 жінок з неплідністю, 3-я – 40 жінок з порушеннями менструального циклу (за типом).

У дослідженні використовували психологічні методики: вивчення рівня психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера та рівня психологічної адаптації за шкалою Люшера.

Таблиця 1

Стани психоемоційного статусу жінок фертильного віку, які мешкають у сільській місцевості, абс. число, %

Стани психоемоційного статусу жінок	Обстежені жінки, (n-120)			
	Основна група			Група контролю (n=30)
	1-а підгрупа (n=40)	2-а підгрупа (n=40)	3-я підгрупа (n=40)	
Пригнічений настрій	8 (20,0)	22 (55,0)	29 (72,5)	0 (0)
Постійна тривожність	21 (52,5)	13 (32,5)	11 (27,5)	2 (6,6)
Емоційне виснаження та втома	14 (35,0)	19 (47,5)	27 (67,5)	0 (0)
Довгі періоди смутку	5 (12,5)	27 (67,5)	25 (62,5)	0 (0)
Порушення сну	22 (55,0)	19 (47,5)	20 (50,0)	1 (3,3)

Таблиця 2

Рівень психоемоційної адаптації жінок фертильного віку, які мешкають у сільській місцевості

Тип адаптації жінок	Кількість жінок по групах (n-120)			
	Основна група			Контрольна група (n=30)
	1-я підгрупа (n=40)	2-я підгрупа (n=40)	3-я підгрупа (n=40)	
Адаптивний тип	18 (45,0)	19 (47,5)	8 (20,0)	29 (96,7)
Деадаптивний тип	22 (55,0)	21 (52,5)	32 (80,0)	1 (3,3)

Показники шкали психоемоційного стресу Л. Рідера знаходяться в межах від 0 до 3 балів, а показники рівня психоемоційного стресу розділяються на високий, середній та низький.

Методика кольорових виборів Люшера відноситься до проєктивних методик. Сприйняття кольору об'єктивне та універсальне, проте кольорові переваги є суб'єктивними, що дозволяє визначити суб'єктивний стан підслідного. Оскільки вибір кольору оснований на підсвідомих процесах він свідчить про те, яка людина насправді. Результати кольорової діагностики Люшера дозволяють провести індивідуальне оцінювання та дати професійні рекомендації, як можна запобігти психологічним стресам та фізіологічним симптомам, до яких він призводить. Прибічники застосування тесту Люшера стверджують, що він дозволяє провести швидкий та глибокий аналіз особистості на основі інформації, отриманої при простому ранжируванні кольорів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами проведеного тестування за шкалою Л. Рідера виявлено зміни психоемоційного стану обстежених жінок. У пацієток 1-ї підгрупи спостерігалось емоційне виснаження та втома у 14 (35,0%) жінок, порушення сну – у 22 (55,0%) та постійна тривога – у 21 (52,5%). У жінок 2-ї підгрупи частіше зустрічались такі стани – пригнічений настрій у 22 (55,0%), порушення сну – у 19 (47,5%), довгі періоди смутку – у 27 (67,5%). У жінок 3-ї підгрупи переважали: пригнічений настрій – у 29 (72,5%), емоційне виснаження та втома – у 27 (67,5%), довгі періоди смутку – у 25 (62,5%) та порушення сну – у 20 (50,0%). За результатами анкетування виявлено достатньо високий рівень психоемоційного напруження у обстежених жінок 2-ї та 3-ї підгрупи. Дані результати є свідченням наявності постійного стресу у жінок 2-ї та 3-ї підгрупи та емоційної нестабільності і тривожності у жінок 1-ї підгрупи (табл. 1).

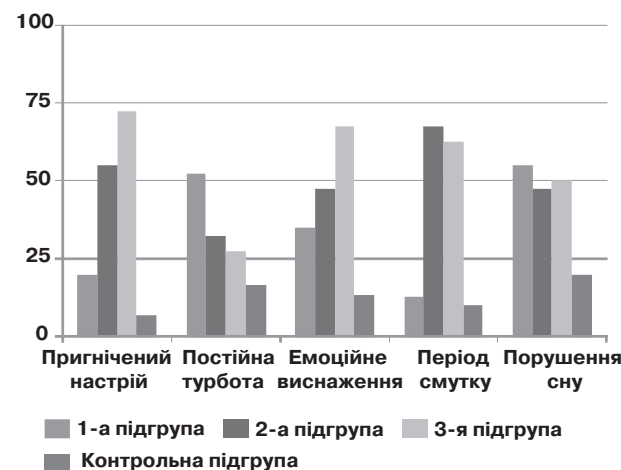
Як видно з табл. 1, спектр емоційних переживань жінок 1-ї підгрупи характеризує переважання тривожних станів, а емоційний стан, який переважає у жінок 2-ї підгрупи виявляється при депресивних станах. Спектр психоемоційних станів жінок 3-ї підгрупи співвідноситься з тривожно-депресивними проявами (мал. 1).

При дослідженні рівня психологічної адаптації за тестом Люшера встановлені такі особливості у жінок основної групи: в 1-й підгрупі переважали жінки з емоційною незрілістю,

пов'язаною з труднощами адаптації, потребою відходу від реальності, амбітентними потребами між потребою у безпеці та потребою у визнанні – 13 (32,5%); 9 (22,5%) жінок мали високий рівень стресу та відчуття негативізму до оточуючих. У 2-й підгрупі обстежених у 11 (27,5%) жінок виявлено стан вираженого стресу та дезадаптації, у 10 (25,0%) жінок виражена тривожність та невпевненість. У 3-й підгрупі переважали жінки з високим рівнем стресу – 19 (47,5%), відчуттям негативізму до оточуючих та дезадаптації – 13 (32,5%).

Розподіл показників адаптивності за тестом Люшера по групах представлений в табл. 2.

Зниження рівня адаптації у жінок 1-ї (55,0%) та 2-ї (52,5%) підгрупи за даними тесту Люшера спричинюють різні психоемоційні стани. Для 1-ї підгрупи жінок з ХЗСО характерно переважання емоційної незрілості, яка пов'язана з труднощами адаптації, для 2-ї підгрупи жінок з неплідністю – виражена тривога та невпевненість, що свідчить про наявність тривожного реєстра переживань у даних групах. Високі показники дезадаптації у 3-й підгрупі жінок з порушеннями менструального циклу співвідносяться з відчуттям негативного ставлення до оточуючих, що свідчить про переважання депресивних переживань.



Мал. 1. Стани, які характеризують психоемоційний статус жінок фертильного віку, які мешкають у сільській місцевості, за даними анкетування

Дослідження психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера у жінок є сумарним показником дії стресогенного фактора та здатності особистості протистояти таким впливам та здібності до адаптації. Дослідження виявило, що у 1-й підгрупі 9 (22,5%) жінок мали високий рівень психоемоційного стресу; 18 (45,0%) – середній рівень та 13 (32,5%) – низький рівень психоемоційного стресу (мал. 2).

У 2-й підгрупі 12 (30,0%) жінок мали високий рівень психоемоційного стресу, 19 (47,5%) – середній рівень та 9 (22,5%) – низький показник рівня стресу (мал. 3).

У 3-й підгрупі спостерігалось 17 (42,5%) жінок з високим рівнем психоемоційного стресу; 15 (37,5%) – з середнім рівнем та 8 (20,0%) – з низьким рівнем психоемоційного стресу (мал. 4).

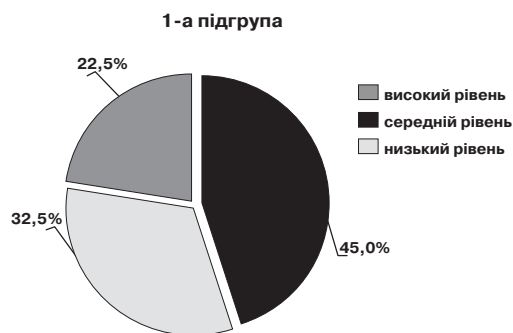
Дані дозволяють виявити співвідношення рівня психоемоційного стресу та показників дезадаптації в підгрупах. При цьому високі показники психоемоційного стресу в 1-й та 2-й підгрупах виявляють ризик розвитку психосоматичних реакцій та низький рівень особистісної оцінки наявності тривожного стану та нездатність жінки та оточення повною мірою оцінити силу впливу психоемоційного стану на соматичне та репродуктивне здоров'я жінки. Для жінок 3-ї підгрупи з високими показниками дезадаптації та психоемоційного стресу і виявленням депресивного спектра переживань необхідна психологічна корекція виявлених порушень.

При дослідженні якісних характеристик дезадаптації та психоемоційного стресу спостерігались наступні нервово-психічні стани: депресивна та тривожно-депресивна реакція, іпохондрія, неврастенія, змішаний тривожно-депресивний синдром, емоційно нестійкий розлад особистості, істеричний розлад, тривожний розлад. Депресивні розлади мали істеродепресивні та астенодепресивні варіанти, що в багатьох випадках дозволяє говорити про соматизувальну дисфункцію вегетативної нервової системи. В 1-й підгрупі жінок переважали: тривожно-депресивний синдром – 11 (27,5%), змішана тривожно-депресивна реакція – у 5 (12,5%), емоційно нестійкий розлад – у 3 (7,5%), дистимія – у 3 (7,5%). У 2-й підгрупі депресивна реакція виявлена у 9 (22,5%), змішаний тривожно-депресивний синдром – у 6 (15,0%), невротенічний синдром – у 7 (17,5%), іпохондрія – у 4 (10,0%) жінок. У 3-й підгрупі переважали: емоційно нестійкий розлад – у 8 (20,0%), істеричний синдром – у 5 (12,5%), невротенічний синдром – у 6 (15,0%).

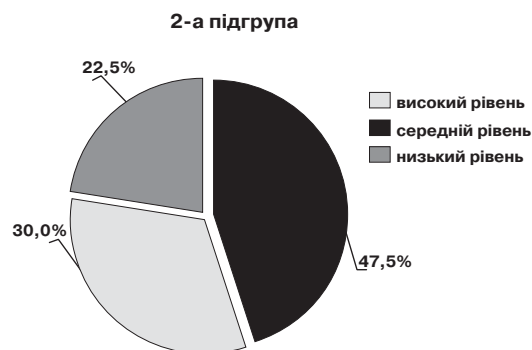
Таким чином, у жінок репродуктивного віку, які мешкають у сільській місцевості, з гінекологічними захворюваннями, має місце порушення психоемоційного стану. У жінок з ХЗЗПО (1-а підгрупа) спостерігалось: емоційне виснаження та втома у 14 (35,0%) жінок, порушення сну – у 22 (55,0%) та постійна тривога – у 21 (52,5%), у 9 (22,5%) жінок високий рівень психоемоційного стресу, у 22 (55,0%) жінок високі показники дезадаптивності; у даній підгрупі спостерігались: тривожно-депресивний синдром – у 11 (27,5%), змішані тривожно-депресивні реакції – у 5 (12,5%), емоційно нестійкий розлад – у 3 (7,5%), дистимія – у 3 (7,5%). Відповідно дана підгрупа мала розлади переважно тривожного характеру.

У жінок з неплідністю (2-а підгрупа) виявлено: пригнічений настрій – у 22 (55,0%), порушення сну – у 19 (47,5%), довгі періоди смутку – у 27 (67,5%); 12 (30,0%) жінок мали високий рівень та 19 (47,5%) – середній рівень психоемоційного стресу, у 21 (52,5%) жінки високі показники дезадаптивності; спостерігались: депресивна реакція – у 9 (22,5%), змішаний тривожно-депресивний синдром – у 6 (15,0%), неврастенія – у 7 (17,5%), іпохондрія – у 4 (10,0%) жінок. Дана група мала розлади переважно депресивного та тривожного характеру.

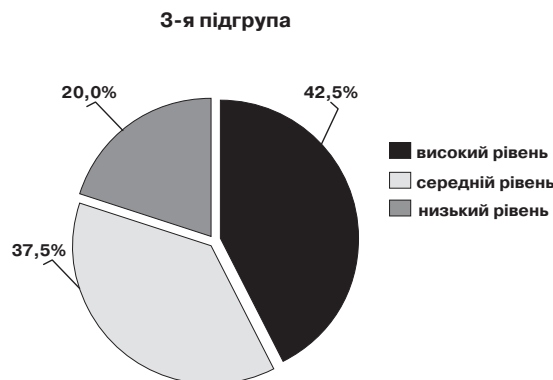
Жінки з порушеннями менструального циклу (3-я підгрупа) мали: пригнічений настрій – 29 (72,5%), емоційне виснаження та втома – 27 (67,5%), довгі періоди смутку (62,5%) та порушення сну – 20 (50,0%); спостерігалось 17 (42,5%) жінок,



Мал. 2. Рівень психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера у жінок фертильного віку з ХЗЗСО, які мешкають у сільській місцевості



Мал. 3. Рівень психоемоційного стресу за шкалою Рідера у жінок фертильного віку з неплідністю, які мешкають у сільській місцевості



Мал. 4. Рівень психоемоційного стресу за шкалою Л. Рідера у жінок фертильного віку з порушеннями менструального циклу, які мешкають у сільській місцевості

які відчувають високий рівень, та 15 (37,5%) – середній рівень психоемоційного стресу; у 32 (80,0%) жінок високі показники дезадаптивності; виявлено: емоційно нестійкий розлад – у 8 (20,0%), істеричний синдром – у 5 (12,5%), невротенічний синдром – у 6 (15,0%). У 3-й підгрупі відзначались високі показники психоемоційного дисбалансу.

ВИСНОВКИ

Проведені дослідження за допомогою методики Л. Рідера – діагностика психоемоційного стресу, а за тестом Люшера виявили достатньо високий рівень психоемоційного напруження у обстежених жінок 2-ї та 3-ї підгруп. Дані результати є свідченням наявності постійного стресу у жінок 2-ї та 3-ї підгруп та емоційної нестабільності і тривожності у жінок 1-ї підгрупи. Та-

ким чином, для жінок 1-ї підгрупи характерне переважання тривожних станів. Для пацієнок 2-ї підгрупи характерні депресивні зміни, в той час, як у хворих 3-ї підгрупи виявлені зміни співвідносились з тривожно-депресивними проявами.

При дослідженні якісних характеристик дезадаптації та психоемоційного стресу спостерігались такі нервово-психічні стани: депресивна та тривожно-депресивна реакція, іпохондрія, неврастенія, змішаний тривожно-депресивний синдром, емоційно нестійкий розлад особистості, істеричний розлад, тривожний розлад. Депресивні розлади мали істеро-

депресивні та астенодепресивні варіанти, що в багатьох випадках свідчить про соматизувальну дисфункцію вегетативної нервової системи.

Таким чином, проведені дослідження виявили зміни психоемоційного стану жінок фертильного віку, що проживають у сільській місцевості та мають порушення репродуктивного здоров'я. Виявлені зміни потребують удосконалення шляхів медико-психологічної корекції даної групи жінок та включення до лікувально-профілактичного комплексу необхідних додаткових діагностичних та лікувальних заходів.

Психоэмоциональное состояние женщин фертильного возраста с расстройствами репродуктивного здоровья, проживающих в сельской местности

В.В. Подольский, Вл.В. Подольский, А.Л. Каграманян, А.В. Новиченко

В статье представлены результаты исследования психо-эмоционального статуса женщин фертильного возраста с нарушениями репродуктивного здоровья, проживающих в сельской местности. У женщин с хроническими заболеваниями половых органов (1-я подгруппа) наблюдались эмоциональное истощение и усталость (35,0%), нарушения сна (55,0%), постоянная тревога (52,5%), высокий уровень психоэмоционального стресса (22,5%), высокие показатели дезадаптивности (55,0%); тревожно-депрессивная реакция (27,5%), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (12,5%). У женщин с бесплодием наблюдалось угнетенное настроение (55,0%), нарушения сна (47,5%); высокий (30,0%) и средний (47,5%) уровень психоэмоционального стресса, высокие показатели дезадаптивности (52,5%); депрессивная реакция (22,5%), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (15,0%), ипохондрия (10,0%). Женщины с нарушениями менструального цикла имели угнетенное настроение (72,5%), эмоциональное истощение и усталость (67,5%), нарушения сна (50,0%), высокий (42,5%) и средний (37,5%) уровень психоэмоционального стресса; высокие показатели дезадаптивности (80,0%); эмоционально нестойкое расстройство (20,0%), истерическое расстройство (12,5%), неврастенія (15,0%). Выявленные изменения позволяют определить пути медико-психологической коррекции.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, фертильность, репродуктивное здоровье, сельская местность.

Psycho-emotional state of fertility women with reproductive health disorders living in rural region

V.V. Podolskiy, Vl.V. Podolskiy, A.L. Kagramanyan, A.V. Novichenko

Results of investigation of psycho-emotional state of women in reproductive age with reproductive health disorders living in rural region were presented in the article. The emotional exhaustion and fatigue (35,0%), sleep disturbance (55,0%), constant anxiety (52,5%), high level of psycho-emotional stress (22,5%) and high indices of desadaptability (55,0%): discomposedly-depressive reactions (27,5%), mixt discomposedly-depressive disorders (12,5%) were observed in women with chronic genital diseases. (55,0%), sleep disturbance (47,5%), high (30,0%) and middle (47,5%) levels of psycho-emotional stress, high indices of desadaptability (52,5%): depressive reactions (22,5%), mixt discomposedly-depressive disorders (15,0%), hypochondria (10,0%) were discovered in women with sterility. Women with violations of menstrual cycle had the depressed mood (72,5%), emotional exhaustion and fatigue (67,5%), sleep disturbance (50,0%), high (42,5%) and middle (37,5%) levels of psycho-emotional stress, high indices of desadaptability (80,0%): unstable confusion (20,0%), hysterical disorder (12,5%), neurasthenia (15,0%). Ascertained changes allow to define path of medico-psychology correction.

Key words: psycho-emotional state, fertility, reproductive health, rural region.

Сведения об авторах

Подольский Василий Васильевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Каграманян Армине Людвиговна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (050) 191-44-55

Новиченко Андрей Васильевич – Одесская областная клиническая больница, 65000, г. Одесса, ул. Академика Воробьева, 3

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Холодяков Ф.В. Влияние психического статуса на стан адаптационных механизмов у вагітних з не виношуванням/ Ф.В. Холодяков Л.В. Коломейчук // Невиношування вагітності: зб. наук. праць. – К., 1997. – С. 412 – 415.
2. Бондаренко О.М. Особливості психоемоційного стану жінок з лейоміомою матки впродовж першого року після пологів / О.М. Бондаренко, І.А. Жабченко, О.І. Буткова, Н.Я. Скрипченко, А.Є. Яремко, Т.М. Коваленко // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 2. – С. 77–79.
3. Пайз Д. Язык тела женщины / Д. Пайз; пер. с англ. Е.И. Замфир [ред. проф. М.М. Решетникова]. – СПб., 1997. – 198 с.
4. Жабченко І.А. Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с различными типами стрессоустойчивости/ І.А. Жабченко, А.Г. Коломийцева // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сб. науч. тр. – Донецк, 1998. – С. 76–78.
5. Пушкарева Т.Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня / Т.Н. Пушкарева // Архив психиатрии. – 2002. – № 2. – С. 28–31.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Александровский Ю.А. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
7. Абрамов В.А. К вопросу о регистрах психической дезадаптации / В.А. Абрамов, С.А. Пуцай // Клинические и организационные вопросы обшей и судебной психиатрии. – К.: София, 1993. – С. 15–17.
8. Подольский В.В., Дронова В.Л., Теслюк Р.С., Гульчий Л.П., Геревич Г.Й., Басистий О.В. Особенности психоэмоционального состояния здоровых женщин фертильного возраста //Здоровье женщины. – 2003. – № 3 (15). – С. 148–151.
9. Подольский В.В., Дронова В.Л., Даниленко Е.Г., Гульчий Л.П., Латисшева З.М. Особенности психоэмоционального состояния женщин в современных условиях //Здоровье женщины. – № 1 (13). – 2003. – С. 106–108.
10. Абрамченко В.В. Перинатальная психология. Теория, методология, опыт/ В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко. – СПб.: Гос. ун-т.; Петрозаводск: Интелтек, 2004.
11. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека [предисл. В.Г. Остроглазова]. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
12. Сердюк С.І. Взаємозв'язок показників психоэмоционального стану хворих з соматичними захворюваннями та деякі чинники впливу / С.І. Сердюк, Б.В. Михайлов // Архив психиатрии. – 2000. – № 1–2 (20–21). – С. 34–36.
13. Воробьева О.В. Стресс и депрессия / О.В. Воробьева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 4. – С. 22–26.

Статья поступила в редакцию 26.03.2014