

42. Marks I. M., Gelder. M. *A Controlled Retrospective Study of Behavior Therapy of Phobic Patients* // *Brit. J. Psychiat.* - 1965. - V. 111. - P. 561.

43. Noyes R. Jr., Clancy J., Hoenk P. R., Slimen D. J. (1980) *The prognosis of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry*, 37, 173 – 178.

44. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. *Fluvoxamine, placebo,*

and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10: 219–42.

45. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. *Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry.* 1996;153:213-218.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ Я СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМ

А.И. Герасименко, Ю.А. Кушнир, Г.А.Осадчая

В статье изложены представления о тревожно-фобических расстройствах с точки зрения современных классификационных систем: DSM-IV и МКБ-10. Показана общность базисного построения обеих систем касательно тревожных расстройств, их скоординированность в виде относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмов. Также представлены некоторые релевантные различия между ними. Освещен историко-терминологический аспект учения о фобиях.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, фобии, тревога, DSM-IV, МКБ-10

IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN CLASSIFICATION SYSTEMS

A.I. Gerasimenko, U.A.Cushnir, G.A.Osadchaia

The article expounds the overview about anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems: DSM-IV and ICD-X. It shows commonality of basic formation between two systems concerning anxious phobia disorders, and their coherence in it's kind with regard to unambiguously described criteria and diagnostic algorithms. The article also introduces some germane differences between them. Historically-terminological aspect of learning about phobias is also highlighted.

Keywords: anxious phobia disorders, phobias, anxiety, DSM-IV, ICD-X

УДК: 616.89-008.19-058-056.8-056.4

С.С. Кирилюк, О.О.Фільц

ОСОБИСТІСНИЙ ТА СОЦІО - КУЛЬТУРАЛЬНИЙ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Ключові слова: депресія, діагностика, розлади особистості, соціо-культуральний аспект

Традиційний підхід до діагностики афективних розладів та їх класичне бачення [1,2,3] щораз частіше наштовхуються на суперечності до сучасного розуміння депресій. Цьому причиною є не лише феноменологічні зміни симптоматики депресій, але і їх клінічна «інакшість». За даними різних авторів [4,5,6] однією з причин помітної видозміни проявів депресивного синдрому протягом останніх десятиліть є нашарування соціальних та культурних чинників. Також, протягом останнього десятиліття привертають увагу дослідників, практикуючих лікарів-психіатрів та психотерапевтів особливості та характеристики темпераменту, як суттєві патопластичні фактори афективного розладу (Н.Аkiskal, М.Л.Figuera).

Актуальність публікації зумовлена потребою виявлення та уточнення домінуючих особистісних радикалів при депресивному розладі та визначення патопластичної ролі соціо-культуральних нашарувань. Якщо, однак, публікацій на тему особистісних впливів на афективні розлади і на депресії зокрема, є більш ніж достатньо, то роботи, присвячені соціо-культуральним впливам залишаються здебільшого поза увагою. Їх короткий огляд, тим не менше, дає змогу з'ясувати

важливі патопластичні фактори при формуванні депресій. Murdock, Ford & Hudson, (1971) описують 79 аспектів життя, пов'язаних з впливами культури на прояви психічної патології. Значення середовища підтверджується дослідженням, проведеним ВООЗ (-WHO, 1983). Marsella et al. (1985) висунув гіпотезу, що вегетативні симптоми, такі як нездатність радіти, втрата апетиту та безсоння є проявами депресії, незалежними від культури [7]. З іншого боку, автор стверджує, що депресія, здебільшого, приймає типову афективну форму в індивідуалістичних культурах (з домінуванням відчуття самотності та соціальної ізоляції). В культурах з виразно обциніним характером, натомість, переважають соматичні симптоми, як, наприклад, біль голови. Ряд інших досліджень (Keitner, 1991; Haghigatgou & Peterson, 1995; Yamamoto, Soliman, Parsons & Davies, 1987), підтверджують цю точку зору.

Лефф (Leff, 1977) стверджує, що культури відрізняються емоційною термінологією і, відповідно, за стилем вираження депресії. У цих культурах відмічається бідний словниковий ресурс для передачі таких емоцій як сум та гнів [8].

Kleinman, (1978, 1988) [9] притримується думки,

що депресивне захворювання (disease) відображає біологічну основу розладу, тоді як депресивна хвороба (illness) відноситься до особистого та соціального досвіду депресії. Автор дослідив, що деякі культурні групи (наприклад, нігерійці) рідше повідомляють про крайні відчуття власної нікчемності. Інші (наприклад, китайці) частіше повідомляють про соматичні скарги.

З іншого боку, в психіатричній літературі [10] зустрічаються описи кататимних (емоційно заряджених) культурально-зумовлених синдромів, як, наприклад, амок. Вони зустрічаються лише в ізольованих культурах, а набір симптомів вказаних розладів, як правило, не відповідає діагностичним критеріям психічного розладу, що використовується в сучасних кваліфікаційних схемах.

Таким чином, як бачимо, вплив соціально-культуральних факторів на особистісні прояви депресії має в окремих соціальних системах відігравати суттєву роль.

Метою даної статті є вивчення поєднання домінуючих особистісних радикалів з соціо-культуральними нашаруваннями на зміст та структуру переживань депресивної симптоматики у досліджуваних хворих.

У відповідності до мети у даній частині дослідження поставлено такі **завдання**: 1. З'ясувати особистісні радикали за даними SKID-II; 2. З'ясувати особливості переживань вини («вектору вини») за даними додаткової запропонованої нами анкети; 3. Провести клінічний аналіз отриманих даних.

Дослідження виконане протягом 2005-2010 рр., а результати, представлені у даній статті, є частиною дисертаційного дослідження «Співвідношення спектру скарг і об'єктивних критеріїв».

Об'єктом дослідження в даній статті є патопластичні фактори депресивного розладу.

Предметом дослідження є клініко-психопатологічні особливості сучасних депресій.

Обговорення **методів та матеріалів** дослідження з вказанням умов їх формування, а отже і остаточного контингенту досліджуваних хворих нами подано в попередній статті [11]. Тому нагадаємо лише, що нами вивчено 46 хворих, серед яких було 30 (65,2 %) жінок та 16 (34,8 %) чоловіків. Контрольну групу, вибір якої диктувався необхідністю вивчення «чистих» депресій, склали 24 пацієнта (6 чоловіків (25 %) та 18 жінок (75 %)) з наявним тривожним синдромом, підтвердженим шкалою Спілбергера.

У наведеній частині дослідження нами, крім усіх необхідних методів та матеріалів додатково застосовувались наступні:

1. SKID-II - напівструктуроване стандартизоване діагностичне інтерв'ю, створене для вивчення та діагностичної кваліфікації розладів особистості. Авторизований дозвіл на проведення дослідження аналогу SKID-2 методу IPDI (Loranger (1975) отриманий Фільцом О. О. у 1992р. (проф. W. Berner, директором клініки „Mittersteig“ у Відні).

Інтерв'ю проводиться лікарем. Воно включає 12 блоків запитань, кожен з яких відповідає одному з роз-

ладів особистості: тривожно-уникаючому, залежному, obsесивно-компульсивному, пасивно-агресивному, депресивному, параноїдному, шизотиповому, шизоїдному, істеричному, нарцистичному, межовому, антисоціальному.

При відповідях на запитання про наявність тих чи інших поведінкових проявів пацієнти заохочувались до наведення конкретних прикладів з життя. Також, кожен «сумнівний» приклад неодмінно доповнювався поясненням життєвої ситуації, яка дозволяє уточнити даний критерій. Після цього з'ясовувалось, чи є характерною та звичною для пацієнта, а отже, чи відображає вона той чи інший поведінковий патерн. Відповіді на запитання оцінювались як: відсутність – 1 бал, часткове підтвердження – 2 бали, повне виконання – 3 бали. Для підтвердження наявного розладу особистості достатньо встановити від 3-х до 5-ти критеріїв для кожного з розладів особистості. При цьому кожен критерій повинен набирати не менш трьох балів. SKID-II дозволяє також виявити домінуючий тип особистості хворого, нюанси особистісної структури у вигляді поєднання проявів різних типів особистості, а також з'ясувати багато деталей, пов'язаних із поведінкою і суб'єктивними переживаннями пацієнта в тих чи інших життєвих ситуаціях, а отже – уточнити анамнез.

2. Специфічно сформовані нами питання про суб'єктивне відношення хворих до хвороби. Специфічність цих питань полягала у з'ясуванні переживання почуття вини та його «вектора» спрямованості, як особливо вагомому феномену для депресивного розладу:

1. Маю депресію (факт визнання хвороби)
2. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами залежними від мене (вектор вини на себе)
3. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене (вектор вини на зовні)
4. Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене/мені депресію поробили (вектор вини на зовні, магічність в мисленні)

Результати дослідження та обговорення.

Результати бесіди за планом SKID-II наведено в таблиці 1.

Вищенаведені дані показують, що у більшості пацієнтів як з досліджуваної, так і контрольної групи, ми спостерігали комбінацію особистісних радикалів, серед яких переважаючими були: депресивний, obsесивно-компульсивний, нарцистичний та істеричний. Однак, як видно з таблиці 1, статистично достовірною ($p < 0,05$) є різниця лише за шизоїдним та тривожним радикалами. При цьому, тривожний радикал очевидно домінує при тривожних депресіях та є для них є гомонимним. З точки зору загальної психопатології це вповні зрозуміло, оскільки така гомонимність відображає фактори суттєвого конституційного (особистісного) впливу на прояви тривожних депресій. Разом із тим, отримані результати виявляють доволі «неочікувану»

Таблиця 1

Особистість за SKID-II

Особистість за SKID- II	Середній бал				p
	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
Параноїдний радикал	7	15,22	0	0,00	p=0,08680
Шизоїдний радикал	14	30,43	2	8,33	p=0,04103
Шизотиповий радикал	Не виявлено в двох групах				
Антисоціальний радикал					
Межовий радикал					
Істеричний/гістрійонний радикал	19	41,30	9	37,50	p=0,80229
Нарцистичний радикал	18	39,13	7	29,17	p=0,44439
Обсесивно-компульсивний радикал	23	50,00	14	58,33	p=0,61615
Тривожний (унікаючий радикал)	10	21,74	12	50,00	p=0,02853
Залежний радикал	3	6,52	2	8,33	p=1,0000
Пасивно-агресивний радикал	4	8,70	3	12,50	p=0,68440
Депресивний радикал	21	45,65	16	66,67	p=0,13114

особливість. Мова йде про шизоїдний радикал, який переважає при меланхолійних депресіях. Цей радикал також і дискримінує тривожні та меланхолійні депресії з достовірною різницею ($p < 0,05$). Шизоїдний радикал, як можна бачити на клінічному рівні, виявляється у специфічній набутій «аутистичності». Йдеться про соціальну та психоемоційну відгородженість та самозануреність, не характерну для пацієнтів в часі доброго самопочуття (в нормі). По-суті, отже, йдеться про специфічний шизоїдно-подібний особистісний тип переживань, який ми умовно назвали «псевдо-шизоїдним». Для з'ясування виявленого факту необхідно звернутись до даних, отриманих за допомогою додаткового опитування хворих (таблиця 2).

Так, додаткове опитування пацієнтів виявило два типових психопатологічних переживання, які ми зареєстрували практично у половини пацієнтів (47,83 %, 22 випадки з 46) – з досліджуваної групи з достовірною статистичною різницею з контрольною групою ($p < 0,05$), і які можна умовно назвати «осьовими».

Перше переживання формулюється хворими типовою фразою «мені депресію хтось поробив». Феноменологічно його можна описати як переживання афекту власної неспроможності з одночасною екстерналізацією відчуття провини за наявність депресії у зовнішній світ. Важливо відмітити, що у загальній психопатології це переживання прийнято кваліфікувати як «магічне мислення» і відносити до симптомів переваж-

Таблиця 2

Відношення до хвороби.

Відношення до хвороби	Середній бал				p
	Досліджувана група n=46		Контрольна група n=24		
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
Маю депресію (факт визнання хвороби)	7	15,22%	11	45,83%	p<0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами залежними від мене (вектор вини на себе)	11	23,91%	8	33,33%	p>0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене (вектор вини на зовні)	6	13,04%	3	12,50%	p>0,05
Депресія/перевтома/нервовий зрив, зумовлені зовнішніми обставинами незалежними від мене/мені депресію поробили (вектор вини на зовні, магічність в мисленні)	22	47,83%	2	8,34%	p<0,05

но маячного - субмаячного, рідше - обсесивно-компульсивного регістру. Щоправда, у сучасних класифікаціях підкреслюється, що у окремих культурах такі зразки магічного мислення, як "пороблено, навіяно" і інші можуть носити нормативний характер, як культурально особливість і бути розповсюдженими серед населення [DSM-IV-TR]. Однак слід мати на увазі, що саме для депресивних пацієнтів "магічне мислення" не можна вважати як характерну психопатологічну ознаку. Тому слід припустити, що саме тут може йти мова не стільки про «магічність» як таку, а про культурально зумовлену пасивну позицію хворих під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція у контекстах культури досліджуваної популяції (регіон Західної України) відображає перекладання відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, в тому числі і на лікарів. В окремих випадках хворі можуть вважати і лікарів винуватцями у своїй хворобі.

Друге переживання також стосується відношення до своєї хвороби та співвідношення внутрішніх переживань з зовнішніми очікуваннями від соціуму. За описами пацієнтів, депресія сприймається як щось таке чого треба соромитися та ховати з одного боку, а з іншого – з наявною масивною заборорою «ділитися» своїми переживаннями та турботами – виявляють ознаки «алексифілії» [12]. Однак нами виявлено ще один аспект переживань хворих. Розповідаючи про свою хворобу, пацієнти вважають, що здорові, які їх слухають можуть «забрати» хворобу собі, тобто «заразитися» нею і навіть захворіти. Таке відношення до хвороби можна пов'язати з загальною стигматизаційною позицією серед досліджуваної популяції щодо психічно хворих та безпосередньо – специфічною «анти-депресивною». Виявлений феномен у формі «контамінаційно-інфекційної» ідеї психічного захворювання проявлявся і поведінково у пацієнтів з меланхолійною депресією, особливо яскраво - у стаціонарі, коли пацієнти, що мали легший перебіг хвороби, просили відселити їх від важчих депресивних сусідів в іншу палату, щоб ті не передали їм важкості своєї хвороби.

Описане нами відношення до власного депресивного переживання також ще підтверджується одним результатом. Йдеться про достовірну різницю між основною і контрольною групами за показником «відношення до хвороби - факт її визнання». Якщо у основній групі цей показник складає лише 15,22%, то у контрольній (тривожних депресіях) - 45,83% ($p < 0,05$).

ЛИЧНОСТНЫЙ И СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

С.С. Кирилук, А.О.Фильц

Изучались сочетания доминирующих личностных радикалов с социо-культуральными факторами на содержание и структуру переживаний депрессивной симптоматики у исследуемых больных. Нами описаны два социо-культуральные феномены, оказывающие существенное патопластическое влияние на формирование депрессий меланхолического типа.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, расстройств личности, социо-культуральный аспект

Висновки:

1. Шизоїдний радикал за змістом переживань, однак за своєю клінічною суттю «псевдо-шизоїдний» з нашаруванням культуральних феноменів (специфічної аутистичності та магічності мислення) є характерним для меланхолійних депресій.

2. Виявлено два культурно-специфічних феномени, що стосуються опрацювання наявної депресивної хвороби: перший - у формі специфічної «депресивно-магічної позиції», який описується стандартною культуральною фразою "мені депресію хтось поробив"; другий - у формі «контамінаційно-інфекційної» ідеї психічного захворювання, пов'язаний з заборорою ділитися та вислухати хворого, щоб самому «не заразитися та не передати хворобу».

Література:

1. Вертоградова О.П. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака / О.П.Вертоградова, В.М. Волошин // Журн. невропат. и психиатр. - 1983. - №8. - С. 1189-1194
2. Лаврова Т.Н. К вопросу о факторах и механизмах клинического полиморфизма невротической депрессии у женщин. / Т.Н. Лаврова, Д.М. Давыдова // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №1. - с.17-23
3. Мішнев В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. / В.Д. Мішнев // - Львів: Видавництво Мс. - 2004. - 208 с.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов // Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство, 1995. - С.565
5. Маляров С.А. Проблема депрессий в общемедицинской практике. Рекомендации по выявлению и лечению (метод. рекомендации) / С.А. Маляров // Вісник психічного здоров'я. - 1999 - №3. - с.31-38
6. Вербенко М.В. Етно-культуральний аспект діагностики і терапії депресії / М.В. Вербенко // Нова медицина. - 2003 - №3(8). - с.36-38
7. Marsella, A.J. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders. / Marsella, A.J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F.R. // In A. Kleinman & B. Good (Eds.), Culture and depression (pp.299-324). Berkeley: University of California Press.
8. Leff, J. (1981) Psychiatry around the globe: F trans-cultural view. New York: Dekker.
9. Kleinman, A. (1988). Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. New York: Free Press.
10. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
11. О.О. Фильц, С.С. Кирилук. Сучасні методологічні аспекти діагностики депресії: альтернативний погляд на проблему. // Архів психіатрії, т.1,2 2011. Подано до друку.
12. Клінічні предиктори хронічних депресій : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.16 / В.І. Пришляк; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. — К., 2009. — 19 с. — укр.

PERSONAL AND SOCIAL - CULTURAL ASPECTS OF FORMING THE DEPRESSIVE SYMPTOMS

S. Kyrylyuk, A. Filts

It has been studied the dominating personality traits and socio-cultural content due to the structure of depressive symptoms and feelings of studied patients. We described two socio-cultural phenomena that play a significant role in forming of melancholic depression.

Keywords: depression, diagnosis, personality disorders, social-aspect of cultural

УДК 618.3:616.12-053.1:616.891

М.Є. Кирильчук, С.Т. Ящукевич

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

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

Ключові слова: вроджені вади серця у матері, психологічний стан, тривожність

Вступ. У жінок із серцево-судинними захворюваннями психологічний стан має великий вплив на перебіг вагітності і пологів [1, 2]. Напруженість, емоційне пригнічення, обумовлене побоюваннями за наслідки вагітності та здоров'я дитини, в свою чергу може призводити до підвищення тривожності у такої категорії хворих, погіршує здоров'я жінок і суттєво діє на стан мікроциркуляторного русла [3]. Підвищена тривожність може бути як базисною для хворої, так і виникнути внаслідок прогресування захворювання.

Виділяють два види тривожності – особистісну і ситуативну (реактивну). Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них визначеною реакцією. Ситуативна або реактивна тривожність – це стан, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, і проявляється напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю; він може бути різним за інтенсивністю і динамічністю в часі [4].

Вплив соціальних факторів на становлення рівня особистісної тривожності, яке відбувається роками, є безумовним, в той час як “психологічні наслідки хвороби” розвиваються під час певного періоду і залежать від ставлення до хвороби і вагітності самої пацієнтки, оточуючих її рідних.

Високий рівень нейротизму, надмірна тривожність можуть впливати на характер маткових скорочень, об'єм крововтрати в родах, плід та новонародженого [5].

Метою роботи стало вивчення психологічного стану вагітних з вродженими вадами серця (ВВС) у програмі допологової підготовки.

Матеріали та методи. Зважаючи на наявність двох провідних варіантів тривожності, для оцінки психологічного стану вагітних з ВВС були проаналізовані показники реактивної та особистісної тривожності 104 пацієнток в терміні 10-12 та 27-30 тижнів, з них 69 – жінки з ВВС (основна група) та 35 здорових вагітних, які склали контрольну групу. Психологічний стан досліджували за шкалою самооцінки тривожності Спілберґера-Ханіна,

що є найбільш інформативним способом самооцінки рівнів тривожності. Опитувальник складається з двох шкал, кожна по 20 тверджень, що окремо оцінюють особистісну і реактивну тривожність. Пацієнт читає кожне з тверджень і вибирає одну з запропонованих відповідей. Обробка результатів проводилась за спеціальними формулами, результати оцінювали наступними чином: до 30 балів – низька тривожність, 31-45 – помірна тривожність, 46 та більше – висока тривожність [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз соціальних факторів ризику показав, що у обох групах більшість склали службовці з незначною перевагою в контрольній (43,5 % проти 48,6 %) та заміжні (84,1 % та 88,6 %) жінки. За ознакою місця проживання отримана достовірна різниця між вагітними основної та контрольної груп: серед пацієнток з ВВС значна кількість жительок села (31,9 % проти 14,3 %) ($p < 0,05$). Віковий склад і рівень освіти вагітних основної та контрольної груп достовірно не відрізнялись. Отже, дані вивчення впливу соціальних факторів на перебіг вагітності у даної категорії пацієнток показали відсутність ризику на етапі запліднення та імплантації. З іншого боку, медичні фактори ризику на даному етапі достовірно відрізняються. Окрім основної патології (вади серця) гінекологічні захворювання в минулому мали 25 (36,2 %) жінок з ВВС, ($p < 0,05$), і з їх приводу було прооперовано 6 (8,7 %) хворих. З особливостей гінекологічного анамнезу пацієнток основної групи відмічено більш пізню, ніж у популяції (після 15 років), появу менархе. При аналізі акушерського анамнезу встановлено, що у хворих з ВВС найчастіше ($p < 0,05$) зустрічалось невиношування (11,6 %), кесарів розтин (10,1 %) та післяпологова кровотеча (1,5 %). У 6 випадках (8,7 %) – виконано переривання вагітності за медичними показаннями з приводу декомпенсованої ВВС. Отже, зі 69 обстежених з вадами серця 31,9 % в анамнезі мали різні ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності.

У хворих з ВВС, у яких в анамнезі є перинатальні втрати та ускладнена вагітність, у першому триместрі наявні спільні риси – прихована тривога і напруження,