УДК 616.89

М. П. Беро, В. В. Волобуєв, С. Я. Беро
Областная клиническая психоневрологическая больница — Медико-психологический центр г. Донецка

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В статье рассмотрены особенности формирования тревожно-депрессивных расстройств у беременных с сахарным диабетом и возможности применения психодинамического подхода для их диагностики и лечения.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, беременные женщины, психодинамический подход, психосоциальные стрессогенные факторы, сахарный диабет, психоневрологическая помощь

Значительная распространенность, негативное влияние на здоровье матери и ребенка и недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных проявлений невротического уровня у женщин во время беременности с наличием эндокринной патологии, такой как сахарный диабет, обусловливают актуальность данной проблемы. Отмечается рост психогенно обусловленных (стрессогенных) тревожных и тревожно-депрессивных состояний у женщин, зачастую принимающих затяжное течение и утяжеление течения сахарного диабета, имеющих неблагоприятный прогноз и приводящих к длительной психологической дезадаптации [1—3, 6—8]. Количество беременностей, осложненных наличием сахарного диабета, в Донецкой области колеблется в диапазоне от 55 до 70 случаев в год (рис. 1):

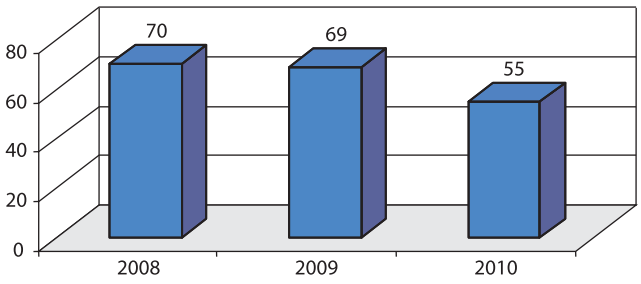

Рис. 1. **Динамика количества беременностей, осложненных наличием сахарного диабета в Донецкой области за 2008—2010 гг.**

Психические расстройства встречаются у 17—84 % беременных с сахарным диабетом, способствуют ухудшению протекания беременности и течения самого эндокринного заболевания.

В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических расстройств у женщин репродуктивного возраста, увеличилась доля пациенток, принимающих психотропные препараты, в том числе среди женщин, которые планируют беременность, и беременных [3, 6, 9].

Также если беременность у женщины с сахарным диабетом первая, она испытывает множество страхов, к которым относятся боязнь родов и несвоевременного прерывания беременности, беспокойство о здоровье будущего ребенка и собственном здоровье, боязнь родовых схваток и неизбежной боли, боязнь разочарования партнера/супруга из-за изменений, происходящих с телом. Все эти страхи могут привести к возникновению множества негативных эмоций — таких как волнение, депрессия, раздражение, беспокойство, стресс, гнев, чувство одиночества, смятение. Наиболее часто изменения психоэмоционального фона во время беременности приводят к развитию депрессивных и тревожных расстройств. При этом важную роль в развитии тревожных состояний играют определенный физический дискомфорт и психологические факторы, к которым относятся вынужденные изменения в образе жизни, общении в семье и с коллегами по работе, беспокойство за здоровье будущего ребенка, финансовые затруднения — все это вносит определенный вклад в появление или усугубление психоэмоциональных нарушений при беременности, особенно у женщин, страдающих сахарным диабетом.

Описываемые патопсихологические феномены, причем более выраженные в начальный период диабета, чем у длительно болеющих (P. Kissel и соавт., 1965), рассматриваются в плане психологической адаптации пациента к заболеванию, а также по всем обстоятельствам, связанным с ним, и четко вписываются в рамки МКБ-10, вследствие этого имеет важное значение длительность болезни сахарным диабетом до наступления беременности. Другие психические расстройства обусловлены повреждением либо дисфункцией головного мозга или соматическим заболеванием (F 06), а именно: аффективные (F 06.3), тревожные (F 06.4), диссоциативные (F 06.5), эмоционально-лабильные (F 06.6), легкие когнитивные (F 06.7) расстройства, вследствие других органических заболеваний головного мозга и соматических (сахарный диабет: E 10 — E 14) заболеваний (F 06. x5). Астенические состояния встречаются различной глубины — от легкой астенизации в виде повышенной утомляемости, гиперсенситивности и повышенной раздражительности до глубоких астений, подчас производящих впечатление апатии или даже интеллектуального снижения, а в тревожных, тревожно-депрессивных и астено-депрессивных состояниях непсихотического уровня нередко звучит тема болезни, что характерно и для других пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов, но указывает на развитие у ряда пациентов психогений и расстройств адаптации, возникающих на фоне соматической ослабленности и протекающих в условиях патологически функционирующего организма и качественно измененного метаболизма. Таким образом, можно говорить о стадийности развития психической патологии у диабетиков.

Психопатологическая картина тревожных и депрессивных проявлений у беременных, страдающих сахарным диабетом, отличается в зависимости от наличия сопутствующей хирургической патологии. Качественные изменения психопатологической картины у беременных с сахарным диабетом, осложненным хирургической патологией, часто обусловлены воздействием как хирургического стресса, различных психотравмирующих

© Беро М. П., Волобуєв В. В., Беро С. Я., 2011

факторов и социальной дезадаптации, так и личностными особенностями. Беременным, страдающим сахарным диабетом без хирургической патологии, свойствен астенический тип реагирования с депрессивными переживаниями и ипохондрическими включениями, а присоединение хирургической патологии у данного контингента больных способствует развитию ригидности аффекта и усилению депрессивно-ипохондрических проявлений. Беременным, которые страдают сахарным диабетом без хирургической патологии, свойствен высокий суицидальный риск при условии неосложненного течения заболевания. Развитие хирургической патологии у данного контингента больных приводит к снижению суицидального риска вследствие нарастания ригидности аффекта в условиях интеллектуально-мнестической сохранности. Беременным, страдающим сахарным диабетом, свойственно нарастание маскулинизированности психических процессов без видимого влияния на этот процесс хирургической патологии.

Беременные с непсихотическими психическими расстройствами, страдающие сахарным диабетом и имеющие хирургическую патологию, нуждаются в проведении личностно-ориентированной клинико-психопатологически обоснованной психофармакотерапевтической коррекции указанных болезненных проявлений. Необходимо также квалифицированное проведение реабилитационных мероприятий на различных этапах долечивания указанных больных с привлечением всего арсенала методик медико-психологического психотерапевтического воздействия.

Большинству беременных с диабетом в сочетании с наличием тревожной и депрессивной симптоматики необходимо получать высококвалифицированное лечение в условиях высокоспециализированных отделений областных лечебных учреждений (рис. 2).

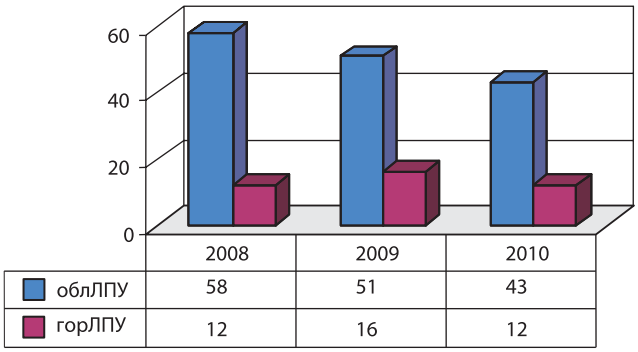

Рис. 2. **Динамика количества беременных сахарным диабетом, получивших помощь в городских и областных лечебных учреждениях в Донецкой области за 2008—2010 гг.**

На наш взгляд, для разработки оптимальных диагностических, терапевтических и профилактических подходов при ведении таких пациенток необходимым является изучение не только клинико-психопатологических, но и психодинамических особенностей указанных расстройств, понимание психодинамических механизмов такой психологии при решении вопросов более точной ее клинической систематики, эффективной психотерапии и профилактики [7, 9—11].

Целью настоящего исследования стало изучение психодинамических особенностей тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня у женщин во время беременности, у которых имеется эндокринная патология в виде сахарного диабета.

Основные задачи исследования:

— разработка полуструктурированного интервью для изучения психодинамики при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у данных женщин во время беременности с сахарным диабетом;

— ретроспективная оценка истории жизни и характеристика психодинамических особенностей каждого случая;

— выделение основных вариантов психодинамической структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин в период беременности.

Теоретическим обоснованием исследования послужила центральная концепция психоанализа о динамическом бессознательном, в соответствии с которой поведение человека детерминировано бессознательным компульсивным повторением опыта ранних объектных отношений.

Более ста лет назад З. Фрейд ввел термин «невроз тревоги» и описал два вида тревоги. В 1926 г. представления о происхождении тревоги были пересмотрены в соответствии со структурной теорией: тревога рассматривалась как сигнал инстинктивной опасности, исходящей от бессознательного. В модели Фрейда, тревога представляется как аффект Эго, контролирующего доступ в сознание инстинктивных импульсов Ид [11].

Нейрофизиологические исследования представляют тревогу как болезненное состояние, обусловленное биологическими патогенетическими факторами, однако понимание бессознательных истоков тревоги важно для клиницистов — психодинамически ориентированных психиатров и психотерапевтов для более тонкой клинической систематики и применения психоаналитической психотерапии [9—11].

Для оценки типа тревоги с точки зрения психодинамического подхода в настоящем исследовании использована классификация тревоги с позиции периодизации развития.

Самыми примитивными формами тревоги являются персекуторная тревога и тревога дезинтеграции. При первичной тревоге, характерной для кляйнианской параноидно-шизоидной позиции, персекуторные объекты угрожают внедрением и разрушением пациента изнутри. Тревога дезинтеграции происходит либо от страха потери ощущения «Я» или собственных границ при слиянии с объектом, либо вследствие беспокойства в связи с ощущением фрагментации или потери интеграции в отсутствии идеализирующего ответа окружения [9].

Следующий уровень развития представлен страхом потери значимого объекта и обычно проявляется в так называемой сепарационной тревоге, т. е. тревоге, связанной с сепарацией (отделением, разлукой) со значимым объектом.

Тревога, сопряженная с эдипальной фазой развития, — кастрационная тревога — вызвана устрашающими бессознательными фантазиями о возможной потере или повреждении гениталий родителем-соперником и может быть выражена в страхе потери любой другой части тела или физического благополучия.

Последующий этап развития представлен тревогой, связанной со страхом потери любви или одобрения значимого объекта (изначально родителя или заменяющего его лица, осуществляющего заботу о ребенке).

Тревога, связанная с супер-Эго, представляет собой наиболее зрелый уровень психосексуального развития

и основана на переживании чувства вины или понимания нарушений внутренних моральных стандартов супер-Эго.

Для определения типа тревоги (в психодинамическом смысле) применяли психоаналитически ориентированное полуструктурированное интервью, в котором с помощью прояснения, конфронтации, интерпретации, анализа типа психологических защит и характера взаимодействия между пациенткой и интервьюером оценивали структуру личности — невротическую, психотическую или пограничную.

Для проведения психодинамического исследования на основе структурного интервью О. Кернберга было разработано полуструктурированное интервью, включающее ряд вопросов, направленных на изучение особенностей ранних объектных отношений, Эго-идентичности, типа основного психодинамического конфликта и особенностей полоролевой идентичности пациенток. В результате оценивали: характеристики Эго — сила-слабость, защитные механизмы и конфликты, взаимоотношения Эго и супер-Эго; качество объектных отношений: отношения в родительской и собственной семье, паттерны переноса-контрпереноса, особенности внутренних объектных отношений; характеристики «Я» (сэлф): самооценка и целостность, границы и непрерывность [9—11].

За последние три года было проведено исследование тревожных и депрессивных расстройств невротического уровня у женщин во время беременности с использованием полуструктурированного психоаналитически ориентированного психодинамического интервью. Основную группу составили 61 беременная с сахарным диабетом и наличием тревожных и депрессивных расстройств, группу сравнения — 30 беременных с сахарным диабетом без патологии психоэмоциональной сферы.

Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту, сроку беременности, спектру акушерской патологии, течению сахарного диабета Средний возраст в основной группе составил 27,5 года, в группе сравнения — 28,9 года. Срок беременности в обеих группах соответствовал второму триместру, акушерская патология была представлена угрозой преждевременного прерывания беременности.

У женщин основной группы были диагностированы тревожные расстройства невротического уровня, включая тревожный невроз (диагностические рубрики МКБ-10 F 40.0—41.1) и *N* = 30 (50,2 %) и смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F 41.2 и F 43.22) *N* = 31 (50,8 %). В группе сравнения у беременных женщин, обследованных по аналогичной методике, никакой психоэмоциональной патологии не выявлено.

Результаты анализировали с учетом синдромологического диагноза, нозологического диагноза, характеристик личности, оценки действия стрессовых факторов и уровня социально-психологического функционирования. Психодинамическую диагностику проводили на основе оценки пациенток с точки зрения основных теоретических концепций эго-психологии, теории объектных отношений и сэлф-психологии.

При оценке Эго анализировали силу Эго по показателям устойчивости социальных отношений — рабочих, личных; способность отличать внутренние психологические и внешние проявления; способность контролировать аффективные импульсы; толерантность к фрустрации; способность предвидеть и учитывать последствия своих действий.

Важным компонентом исследования была оценка механизмов психологической защиты. У пациенток основной группы они были представлены в большей мере невротическими защитами: подавлением, смещением, реактивным образованием, изоляцией аффекта, аннулированием, соматизацией, конверсией; в некоторых случаях сопутствующих личностных расстройств наблюдались расщепление, проекция, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. В группе сравнения встречались перечисленные невротические механизмы психологической защиты, однако чаще преобладали адаптивные ее механизмы — вытеснение, сублимация, альтруизм и хорошее чувство юмора. Характеристики супер-Эго включали параметры гибкости, гармоничности отношений Эго и супер-Эго, реалистичности идеалов, наличия антисоциальных тенденций. В основной группе достоверно чаще у пациенток наблюдались жесткое и ригидное супер-Эго, низкая толерантность к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий.

Качества объектных отношений оценивали в контекстах взаимоотношений в детстве, реальных и переносных элементов отношений с интервьюером и актуальных отношений в микросоциуме. Определяли степень зрелости отношений, степень интеграции противоположных аффектов в отношениях со значимыми другими, наличие функциональных или целостных объектных отношений, константность объекта и толерантность к сепарации. В основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения (*N* = 54 (88,5 %) и *N* = 6 (20 %)), констатировались неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, распространенность незрелых, функциональных взаимоотношений.

Динамическая оценка сэлф пациенток строилась на анализе устойчивости и целостности в случаях критики или пренебрежения со стороны друзей или коллег, степени потребности в одобрении. Важные характеристики сэлф давал анализ самовосприятия, самооценки и идентичности, восприятия своего тела, связи между телесным и психологическим функционированием. В основной группе отмечались более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостаточного внимания, более хрупкая самооценка, недостаточно зрелая идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

При комплексном анализе психодинамических конфликтов, характерных для тревожных расстройств невротического уровня, выделены общие психодинамические признаки трех основных типов.

1. Конфликты сепарации-индивидуализации, зависимости-независимости выявлены у 36 (59 %) беременных женщин: F 40.0—41.1 — *N* = 19 (31,14 %); F 41.2 — F 43.22 — *N* = 17 (27,86 %).

2. Конфликты, связанные с трудностью или невозможностью признания, управления и совладания с выражением собственных чувств гнева и агрессии обнаружены у 14 (22,95 %) беременных: F 40.0—41.1 — *N* = 8 (13,11 %); F 41.2, F 43.22 — *N* = 6 (9,8 %).

3. Конфликты, связанные с сексуальностью и ощущением опасности сексуального возбуждения наблюдались у 9 (14,75 %) беременных женщин: F 40.0—41.1 — *N* = 4 (6,6 %); F 41.2 — F 43.22 — *N* = 5 (8,2 %).

Полученные данные в сравнении с результатами в группе здоровых беременных представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распространенность психодинамических конфликтов

Группа	Конфликты сепарации-индивидуализации, зависимости-независимости	Конфликты, связанные с выражением чувств гнева и агрессии	Конфликты, связанные с сексуальностью
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0—41.1), *N* = 30	*N* = 19 (31,14 %)	*N* = 8(13,11 %)	*N* = 4 (6,6 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F 41.2 и F 43.22), *N* = 31	*N* = 17 (27,86 %)	*N* = 6 (9,8 %)	*N* = 5 (8,2 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, *N* = 30	*N* = 5 (16,6 %)	*N* = 3(10 %)	*N* = 3 (10 %)
P	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001

Полученные данные свидетельствует о достоверно более высокой распространенности основных психодинамических конфликтов у пациенток основной группы и обосновывают целесообразность применения у них психоаналитической психотерапии.

Установлено, что в формировании предрасположенности к развитию симптомов тревожных и тревожно-депрессивных расстройств играют роль травматичные для ребенка особенности основных периодов психосексуального и социального развития. Так, у 35 (57,37 %) женщин основной группы выявлена ранняя сепарация или утрата объекта, в группе же сравнения аналогичные особенности обнаружены только у 3 (10 %) пациенток. Эмоциональная депривация в возрасте до 3 лет, связанная с передачей на воспитание бабушке или с ранним (до года) помещением в ясли из-за учебы или рождения сиблинга и другими социально-бытовыми причинами, в основной группе диагностирована у 26 (42,62 %) беременных, а в группе сравнения — у 4 (13,3 %), развод родителей в возрасте до 7 лет пережили 14 (22,95 %) пациенток основной группы и 5 (16,6 %) пациенток группы сравнения.

Психосоциальные стрессогенные факторы, участвующие в формировании психодинамической основы тревожно-депрессивных расстройств, выделены в следующие группы (табл. 2):

— утрата матери или отца, либо заменявшего их лица;

— ранние разлуки с матерью или заменяющим ее лицом;

— раннее помещение в ясли или детский сад;

— рождение сиблингов;

— недостаток внимания и конкретного присутствия матери в жизни ребенка;

— неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью;

— частая смена места жительства в раннем возрасте;

— психические или соматические болезни матери, ставшие причиной ранней депривации.

Таблица 2

Распространенность стрессогенных факторов

Группа	Психосоциальный стрессогенный фактор							
	Утрата матери или отца	Ранние разлуки с матерью	Раннее помещение в детское учреждение	Рождение сиблингов	Недостаток внимания матери	Неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью	Частая смена места жительства	Психические или соматические болезни матери
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0—41.1), *N* = 30	4 (3,3 %)	16 (53,3 %)	24 (80 %)	17 (56,6 %)	26 (86,6 %)	23 (76,7 %)	8 (26,7 %)	9 (30 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F 41.2 и F 43.22), *N* = 31	5 (16,1 %)	14 (45,2 %)	25 (80,6 %)	15 (48,4 %)	25 (80,6 %)	23 (74,2 %)	9 (29 %)	11 (35,5 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, *N* = 30	0	3 (10 %)	4 (13,3 %)	5 (16,6 %)	6 (20 %)	5 (16,6 %)	2 (6,6 %)	3 (10 %)
P	*p* < 0001	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001	*p* < 0,001

Представленные результаты свидетельствуют о практически равномерном распределении и частой встречаемости стрессогенных факторов. Следует отметить сочетание нескольких стрессогенных факторов у одних и тех же пациенток с тревожными и депрессивными расстройствами. На основании полученных данных можно строить стратегии профилактики тревожных и депрессивных расстройств невротического уровня.

Психодинамическая диагностика у беременных с сахарным диабетом и с тревожно-депрессивными расстройствами невротического уровня позволила выявить определенные психодинамические характеристики, сопровождающие указанные расстройства.

У пациенток основной группы чаще всего встречался конфликт индивидуализации-сепарации, реже — конфликты, связанные с агрессивностью и сексуальностью. У этих женщин выявлялись более жесткое и ригидное супер-Эго, снижение толерантности к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий. При тревожных и депрессивных расстройствах невротического

уровня чаще, чем в группе сравнения, наблюдалась неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, незрелые, функциональные взаимоотношения, более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостатка внимания. Многим пациенткам основной группы были присущи хрупкая самооценка, недостаточно зрелая или диффузная идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

Анализ стрессогенных факторов в анамнезе показал достоверно большую их распространенность и более высокую частоту встречаемости и сочетаемости в основных подгруппах.

Таким образом, впервые установлены общие психодинамические особенности, клинически очерчены психодинамические характеристики личности, преимущественные типы механизмов психологической защиты, виды психодинамических конфликтов, распространенность стрессогенных факторов при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у беременных женщин. Эти сведения помогут глубже понять механизм указанных расстройств, усовершенствовать их систематику и разработать эффективные психотерапевтические подходы.

Целесообразно продолжить исследования в направлении углубленного и всестороннего анализа полученных результатов для разработки:

1. комплексной клинико-психиатрической и психодинамической систематики тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня;
2. новых психотерапевтических подходов для беременных женщин с тревожными и депрессивными расстройствами невротического уровня;
3. системы профилактики тревожных и депрессивных расстройств невротического уровня у беременных женщин.

Список литературы

1. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. — Петрозаводск, 2004. — 350 с.
2. Аведисова, А. С. Тревожные расстройства / А. С. Аведисова. В кн.: Александровский Ю. А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». — М: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — С. 66—73.
3. Вознесенская, Т. Г. Персен-форте в лечении тревожных расстройств у больных с психовегетативным синдромом / Вознесенская Т. Г., Федотова А. В., Фокина Н. М. // Лечение нервных болезней. — 2002. — № 3 (8). — С. 38—41.
4. Воробьева, О. В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии) / О. В. Воробьева // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 23. — С. 1696—1699.
5. Грандилевская, И. В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук / И. В. Грандилевская. — СПб., 2004.
6. Касьянова, О. А. Социально-психологические факторы подготовки женщин к беременности, родам и материнству : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук / О. А. Касьянова. — Ярославль, 2005.
7. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра психол. наук / Н. П. Коваленко. — СПб., 2001.
8. Филиппова, Г. Г. Психологическая готовность к материнству. В кн.: Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Г. Г. Филиппова. — М.: Изд-во УРАО, 2005. — 328 с.
9. Фрейд, З. Введение в психоанализ : Лекции / З. Фрейд. — М.: Владос, 1999. — 256 с.
10. Фрейд, З. Лекции по психоанализу. Лекция 31 / З. Фрейд. — С. 334—349
11. Фрейд, З. «Я и Оно» / З. Фрейд. — М.: Владос, 1998. — 324 с.

Надійшла до редакції 30.08.2011 р.

М. П. Беро, В. В. Волобуєв, С. Я. Беро

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня — Медико-психологічний центр м. Донецька

Особливості формування тривожно-депресивних розладів невротичного рівня у вагітних жінок з цукровим діабетом, психодинамічний підхід

У статті розглянуто особливості формування тривожно-депресивних розладів у вагітних з цукровим діабетом і можливості застосування психодинамічного підходу для їх діагностики та лікування.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, вагітні жінки, психодинамічний підхід, психосоціальні стресогенні фактори, цукровий діабет, психоневрологічна допомога.

M. P. Bero, V. V. Volobuev, S. Ya. Bero

A regional clinical psychoneurological hospital is a medic psychological center Donets'k

Features of forming of the anxious-depressive disorders of neurotic level for expectant mothers with saccharine diabetes, psychodynamic approach

In the article the features of forming of the anxious-depressive disorders are considered at pregnant with diabetes mellitus and possibility of application of psychodynamic approach for their diagnostics and treatment

Key words: anxious-depressive disorders, expectant mothers, psychodynamic approach, psychosocial stressogenic factors, diabetes mellitus, psychoneurological help.