

Статья поступила в редакцию 29.04.2020 г.

Красилова Т.А., Власова И.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.  
Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
г. Кемерово, Россия

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ «Д» У ПАЦИЕНТОК В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Цель исследования** – изучить частоту встречаемости типа личности Д у беременных женщин в третьем триместре и оценить ее взаимосвязь с акушерскими осложнениями.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Перинатального центра имени Л.А. Решетовой Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева. В исследование были включены 94 беременные, госпитализированные в отделение патологии беременности стационара третьего уровня. Критерием исключения было состояние преэклампсии.

Для определения типа личности Д использовали опросник «The Type D scale» (DS-14). Опросник состоял из двух подшкал, содержащих по 7 вопросов: негативная аффективность (NA) и социальное подавление (SI). Ответ на каждый вопрос оценивался по 5-балльной шкале (от 0 до 4). При значениях  $\geq 10$  баллов по каждой из подшкал диагностировалось наличие типа личности Д.

**Результаты.** При анализе данных анкетирования тип Д был выявлен у 44 пациенток, что составило 47,0 %. Средний возраст пациенток с типом Д был  $29,8 \pm 5,2$  лет, пациенток без типа Д –  $31,2 \pm 4,4$  года ( $p = 0,22$ ).

Несмотря на отсутствие различий в группах по экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, группа женщин с типом личности Д характеризуется повышенной склонностью испытывать беспокойство, печаль, тревогу и другие негативные эмоции. Именно эти пациентки, значительно тяжелее в эмоциональном плане переносят период перед родами, больше тревожатся по поводу своего состояния.

**Заключение.** Несмотря на то, что тревожность у беременных является состоянием временным, с которым они справляются самостоятельно или вместе с семьей, длительное, постоянное нахождение в угнетенном состоянии может привести к депрессии и негативно отразиться на течении беременности и развитии плода. Выявление тревожности, повышенного беспокойства, негативного эмоционального состояния у беременных перед родами представляется важным аспектом работы специалистов пренатальной диагностики и психологов для предупреждения развития депрессии у женщин.

**Ключевые слова:** беременность; пациентки с типом личности «Д» и без типа

Krasilova T.A., Vlasova I.V., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V.

S.V. Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

### PREVALENCE OF PERSONALITY TYPE «D» IN PATIENTS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

**Objective** – to study the frequency of occurrence of personality type D in pregnant women in the third trimester and assess its relationship with obstetric complications.

**Materials and methods.** The study was conducted at the L.A. Reshetova Perinatal center of the Kemerovo regional clinical hospital named after S.V. Belyaev. The study included 94 pregnant women who were hospitalized in the Department of pregnancy pathology in a third-level hospital. The exclusion criterion was the condition pre-eclampsia. The Type D scale questionnaire (DS-14) was used to determine the type D personality type. The questionnaire consisted of two subscales containing 7 questions each: negative affectivity (NA) and social suppression (SI). The answer to each question was evaluated on a 5-point scale (from 0 to 4). At values of  $\geq 10$  points for each of the subscales, the presence of personality type d was diagnosed.

**Results.** When analyzing the survey data, type D was detected in 44 patients, which was 47.0 %. The average age of patients with type D was  $29.8 \pm .2$  years, and patients without type D –  $31.2 \pm 4.4$  years ( $p = 0.22$ ). Despite the absence of differences in the groups for extragenital pathology and pregnancy complications, the group of women with type D personality is characterized by an increased tendency to experience anxiety, sadness, anxiety and other negative emotions. It is these patients who are much more emotionally difficult, endure the period before childbirth, and are more worried about their condition.

**Conclusion.** Despite the fact that anxiety in pregnant women is a temporary condition that they cope with independently or together with their family, a long, constant stay in a depressed state can lead to depression and negatively affect the course of pregnancy and fetal development. Detection of anxiety, increased anxiety, and negative emotional state in pregnant women before childbirth is an important aspect of the work of prenatal diagnostics specialists and psychologists to prevent the development of depression in women.

**Key words:** pregnancy; patients with type D personality and without type

#### Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел: +7 (3842) 73-48-56  
E-mail: elginas.i@mail.ru

#### Информация для цитирования:

Красилова Т.А., Власова И.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.  
Распространенность типа личности «Д» у пациенток в третьем триместре беременности // Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. №3(82). С. 35-40.  
DOI: 10.24411/2686-7338 -2020-10033

Проблемы семьи, охраны материнства и детства являются важнейшими в деле сохранения генофонда нации, рождения и воспитания не только физически, но и психически здорового поколения. В течение последних десятилетий качество оказания перинатальной помощи существенно улучшилось. В большей мере это относится к разработке мер, касающихся акушерских и соматических аспектов. Существенно меньше внимания уделяется вопросам психологического состояния женщины, в то время как период гестации является сложным процессом, оказывающим огромное влияние на психоэмоциональное состояние будущей матери [1-3]. При изучении эмоционального реагирования женщин с физиологически протекающей беременностью был обнаружен возрастающий, по мере увеличения срока беременности, уровень личностной тревожности. По некоторым данным, тревожность протекает у 21,0 % беременных, из них у 64,0 % она продолжается и в послеродовом периоде [3]. В 7,0-15,0 % случаев среди беременных на разных сроках гестации встречается депрессия [4, 5]. Депрессивное состояние и повышенная тревожность влияют на течение беременности, развитие плода и сопряжены с определенными акушерскими проблемами. Тревожность матери может провоцировать в дальнейшем проблемы в поведении новорожденного, задержку психомоторного развития и детские проблемы, такие как тревожность, пониженное внимание и проблемы с поведением [6, 7].

К сожалению, депрессия в течение беременности чаще всего не распознается, и женщины не получают необходимую медицинскую помощь. Симптомы депрессии и тревожности в течение беременности могут иметь различную интенсивность и проявляться на разных сроках. Исследований на эту тему не очень много, и они существенно различаются по дизайну и психометрическим инструментам, используемым для их выявления. Отсутствуют специальные протоколы для диагностики и рекомендации по лечению, что дает возможность рассматривать вопрос диагностики и лечения депрессии в период беременности как один из наиболее проблемных и наименее изученных [1, 2, 8, 9].

В последнее время выделен тип личности Д, характеризующийся сочетанием таких черт личности, как «негативное реагирование» и «социальное подавление». Под негативным реагированием понимают повышенную склонность испытывать отрица-

тельные эмоции, такие как беспокойство, печаль, тревога и др. [10]. Социальное подавление ассоциируется со склонностью сдерживать выражение эмоций, скрытностью и низкой самооценкой. Считается, что депрессивные симптомы и тип личности Д являются разными формами психологического дистресса. В отличие от депрессии, которая является патологическим состоянием, тип личности Д является нормальным способом реагирования личности, отражая общую предрасположенность индивидуума к развитию дистрессорных реакций [11].

Взаимосвязь типа личности Д с особенностями психологического статуса подробно изучалась в западноевропейских популяциях, в которых отмечена связь типа Д с симптомами дистресса, депрессии и тревожности [11]. Исследования С. Hausteiner и соавт. (2010) выявили, что распространенность симптомов депрессии, тревожности, жизненного истощения была существенно выше среди обследованных с типом личности Д, по сравнению с лицами без этого типа [13]. В настоящее время уже не подвергается сомнению значение выявления типа личности Д у кардиологических больных. По данным исследований, проведенных Denollet J. и соавт. (2010), наличие типа Д в 3,2 раза повышает риск развития симптомов эмоционального дистресса, неблагоприятно влияет на качество жизни и на прогноз кардиологических больных [11].

Распространенность типа личности Д среди здоровых лиц изучали в различных западноевропейских странах, различия в его выявлении были достаточно большими, размах распространенности составил от 9,4 % до 38,5 % [13]. Такие выраженные различия, вероятно, связаны с неоднородностью обследуемых популяций, сформированных либо по территориальному, либо по производственному принципу. Распространенность типа личности Д была изучена в Кузбассе среди здоровых студентов и составила 28,6 %. Было выявлено, что наличие типа Д сочеталось с высоким уровнем ситуационной и личностной тревожности и более высокими значениями по шкале депрессии [14]. Было показано, что лица с наличием типа Д менее склонны заботиться о своем здоровье, соблюдать принципы здорового питания, заниматься физической культурой [15].

Большая распространенность типа личности Д имеет место не только среди кардиологических боль-

#### Сведения об авторах:

КРАСИЛОВА Татьяна Александровна, заведующая отделением функциональной диагностики, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: tatjana.crasilowa@yandex.ru

ВЛАСОВА Ирина Валентиновна, врач функциональной диагностики, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: tatjana.crasilowa@yandex.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadmimoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

ных в общей популяции (почти четверть), но и среди здоровых лиц (почти третья часть) с учетом их психологических особенностей, доказанных многими исследованиями, делает тип Д достаточно значимой проблемой для здоровья. Существует мнение, что наличие типа личности Д ассоциируется с большим риском последующих проблем со здоровьем [12, 14]. Таким образом, выявление типа личности Д в клинической практике является вполне обоснованным. Поскольку важность проблемы эмоционального состояния беременных женщин не вызывает сомнения, выявление среди них лиц с типом Д может иметь практическое значение, так как это позволит сформировать группу для возможных целенаправленных профилактических вмешательств.

**Цель исследования** — изучить частоту встречаемости типа личности Д у беременных женщин в третьем триместре и оценить ее взаимосвязь с акушерскими осложнениями.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Перинатального центра имени Л.А. Решетовой Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева. Работа была выполнена в соответствии с Хельсинкской декларацией, у всех пациенток было получено добровольное письменное согласие на проведение исследования.

В исследование были включены 94 беременные, госпитализированные в отделение патологии беременности стационара третьего уровня. Критерием исключения было состояние преэклампсии.

Средний возраст обследованных составил  $30,4 \pm 5,4$  лет.

Всем беременным, включенным в исследование, проводилось общеклиническое, специальное акушерское исследование.

Для определения типа личности Д использовали опросник «The Type D scale» (DS-14) [10].

Опросник состоял из двух подшкал, содержащих по 7 вопросов: негативная аффективность (NA) и социальное подавление (SI). Ответ на каждый вопрос оценивался по 5-балльной шкале (от 0 до 4). При значениях  $\geq 10$  баллов по каждой из подшкал диагностировалось наличие типа личности Д. Результаты по обеим подшкалам имеют хорошую внутреннюю структуру, не зависят от эмоциональ-

ного статуса и являются стабильными в течение длительного времени [10]. Все пациентки после подсчета баллов были распределены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия типа личности Д.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 (лицензионное соглашение 74017–640–0000106–57177) и Stat Soft Statistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D-092218FAN11). Количественные показатели с нормальным распределением представлены в виде  $M \pm \delta$ . Для определения значимости различий между группами при сравнении количественных показателей с нормальным распределением использовали *t*-критерий Стьюдента для непарных выборок. При сравнении качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$ . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе данных анкетирования тип Д был выявлен у 44 пациенток, что составило 47,0 %. Полученные нами результаты существенно превышали показатели распространенности типа личности Д у здоровых добровольцев Кузбасса (28,6 %, представленные в исследовании Сумина А.Н. и соавт.) [14]. Доля пациенток с типом Д в изучаемой группе превышала также данные европейских исследователей (от 9,4 % до 38,5 %) [13].

Средний возраст пациенток с типом Д был  $29,8 \pm 5,2$  лет, пациенток без типа Д —  $31,2 \pm 4,4$  года ( $p = 0,22$ ).

При анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии статистической значимости в распределении между группами хронических заболеваний органов дыхания (4,7 % и 7,7 %;  $p = 0,25$ ), органов мочеиспускания (9,5 % и 13,5 %;  $p = 0,62$ ), нервной системы (2,3 % и 5,7 %;  $p = 0,48$ ), эндокринной системы (6,8 % и 5,9 %;  $p = 0,85$ , соответственно) выявлено не было. В каждой из групп было по 40,0 % пациенток с ожирением. Наиболее часто сопутствующими заболеваниями были заболевания сердечно-сосудистой системы (в основном, артериальная гипертензия). У пациенток с типом Д сердечно-сосудистые заболевания были в 30,0 % случаев, у пациенток без типа Д — в 48,0 %. Однако

### Information about authors

KRASILOVA Tatyana Aleksandrovna, head of the department of functional diagnostics, Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

E-mail: tatjana.crasilowa@yandex.ru

VLASOVA Irina Valentinovna, doctor of functional diagnostics, Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

E-mail: tatjana.crasilowa@yandex.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after

G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova,

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova,

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

различия в распределении также были незначимыми ( $\chi^2 = 2,9$ ;  $p = 0,082$ ).

Распределение в группах выявленной акушерской патологии также не отличались: истмико-цервикальная недостаточность (25,5 % и 33,3 %;  $p = 0,51$ ), угроза прерывания беременности (11,5 % и 23,8 %;  $p = 0,19$ ), фетоплацентарная недостаточность (80,8 % и 83,3 %;  $p = 0,95$ ), задержка внутриутробного развития плода (19,2 % и 28,6 %;  $p = 0,41$ , соответственно).

Полученные в результате клинического исследования группы были сопоставимы по возрасту, по распределению сопутствующей экстрагенитальной и акушерской патологии.

При анализе результатов теста DS-14 мы обратили внимание, что количество баллов, набранное по подшкале SI «социальное подавление», в обеих группах было больше 10, и группы значимо не различались по этому показателю (табл. 1).

Социальное подавление ассоциируется со склонностью сдерживать выражение эмоций, скрытностью и низкой самооценкой. Наличие высоких баллов по этой шкале у всех беременных женщин в поздние сроки, видимо, связано с их физическим состоянием, большой степенью неудобств в быту, связанных с беременностью, возрастанием ограничений в выполнении физических нагрузок, временной разлукой с семьей и другими социальными факторами. Одинаковые условия, в которых находились женщины, отсутствие значимых различий в характеристике их общего состояния, обусловили сходные результаты тестирования по данной шкале.

Однако группы различались по результатам подшкалы NA «негативное реагирование» с высокой степенью достоверности. Подшкала NA характеризует повышенную склонность испытывать беспокойство, печаль, тревогу и другие негативные эмоции. Именно результаты тестирования по этой подшкале позволили выделить группу пациенток, которые значительно тяжелее в эмоциональном плане переносят период перед родами, больше тревожатся по поводу своего состояния.

Эмоциональное состояние женщин при беременности связано со многими факторами. К частым сменам настроения приводят колебания гормонального фона. Помимо всего прочего, все пациентки имели ту или иную акушерскую патологию, по поводу которой были госпитализированы. Естественно, что данный фактор способствовал усилению тревоги и беспокойства по поводу предстоящих родов.

В целом тип личности Д ассоциируется с разнообразными эмоциональными и социальными затруднениями, включающими депрессивные симптомы, хроническое напряжение, гнев, пессимизм, недостаток ощущаемой социальной поддержки и низкий уровень субъективного самоощущения [14].

При анализе частоты выявления типа Д в разных возрастных группах были получены статистически значимые различия (табл. 2).

В возрастных группах от 25 до 29 лет и от 30 до 34 лет доля пациенток с типом Д составила 37,0 % и 32,0 % соответственно и была сопоставима с литературными данными. В группе молодых пациенток

Таблица 1  
Результаты тестирования в группах с типом личности Д и без типа Д  
Table 1  
Test results in groups with and without personality type D

Показатель	Пациентки с типом личности Д (n = 42)	Пациентки без типа личности Д (n = 52)	p
	M ± δ	M ± δ	
NA (баллы)	12,57 ± 2,6	6,42 ± 2,7	0,01
SI (баллы)	17,47 ± 3,37	18,4 ± 4,1	0,23

**Примечание:** p – достигнутый уровень значимости различий между пациентками с типом личности Д и без.

**Note:** p – the achieved level of significance of differences between patients with personality type D and without.

Таблица 2  
Распределение типа личности Д в разных возрастных группах у беременных  
Table 2  
Distribution of personality type D in different age groups in pregnant women

Возраст	Пациентки с типом личности Д		Число степеней свободы $\chi^2$ ; p
	абс.	%	
17-24 года	8	62	11,253; p = 0,024
25-29 лет	13	37	
30-34 года	9	32	
35-39 лет	10	71	
40-44 года	4	80	

**Примечание:** p – достигнутый уровень значимости различий у пациенток с типом личности Д в зависимости от возраста.

**Note:** p – the achieved level of significance of differences in patients with type D personality depending on age.

17-24 лет и старше 35 лет частота типа Д была в два раза выше.

Практически все женщины в возрасте 17-24 лет были первородящими. Известно, что при первой беременности наблюдается высокий уровень тревожности, достигая 100,0 %, что, видимо, объясняет результаты теста. Специалисты отмечают, что первая беременность на субъективном уровне может сопровождаться негативными эмоциональными состояниями: раздражительностью, неясностью жизненной перспективы, ощущением одиночества.

В возрастной группе старше 35 лет высокие баллы по подшкале НА «негативное реагирование» указывают на более высокий уровень негативных эмоций, беспокойства, тревоги. Большое значение в комплексной оценке состояния здоровья человека уделяется изучению биологического возраста, который является интегративным показателем состояния здоровья и представляет собой совокупность обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма. Биологический возраст определяет функциональное состояние и ритм работы всех систем организма, в частности адаптационной, репродуктивной, иммунной. Вершиной физиологических возможностей и устойчивых механизмов гомеостаза считается возраст от 20 до 30 лет. С увеличением возраста отмечается постепенная редукция активности большинства функциональных систем за счет снижения потенциала резервных возможностей организма. Беременность можно рассматривать как «пробу», выявляющую функциональные резервы и способность организма женщины адаптироваться к новым условиям [16]. С возрастом женщина тяжелее переносит беременность в физическом плане, и это может объяснять повышенную тревожность и беспокойство у пациенток старших возрастных групп.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что тревожность у беременных является состоянием временным, с которым они справляются самостоятельно или вместе с семьей, длительное, постоянное нахождение в угнетенном состоянии может привести к депрессии и негативно отразиться на течении беременности и развитии плода. Использование простого опросника для определения типа личности Д в клинике дает возможность выделить группу женщин с повышенным риском развития депрессивного состояния, что особенно актуально для молодых первородящих и для поздно рождающих женщин. Эти пациентки требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала, а в некоторых случаях психологической помощи.

Выявление тревожности, повышенного беспокойства, негативного эмоционального состояния у беременных перед родами представляет собой важный аспект работы специалистов пренатальной диагностики и психологов для предупреждения развития депрессии у женщин.

## ВЫВОДЫ

Почти половина беременных, госпитализированных в отделение патологии беременных перинатального центра, имеют тип личности Д. Наиболее распространен тип личности Д в группе молодых пациенток и среди беременных позднего репродуктивного возраста.

### Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Mazo GZ, Nikiforova YuS, Ganzenko MA. Therapy of depression during pregnancy: finding a solution in conditions of uncertainty. *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2015; 3: 8-13. Russian (Мазо Г.З., Никифорова Ю.С., Ганзенко М.А. Терапия депрессии при беременности: поиск решения в условиях неопределенности //Современная терапия психических расстройств. 2015. № 3. С. 8-13.)
2. Aleshina EA. Cognitive disorders, anxiety and depression in pregnant women: a modern view of the problem. *Perinatology*. 2016; 2: 22-27. Russian (Алешина Е.А. Когнитивные нарушения, тревога и депрессия у беременных: современный взгляд на проблему //Перинатология. 2016. № 2. С. 22-27.)
3. Kostenko IV, Olenko ES, Vedishchev SI, Rogozhina IE, Kodochigova AI, Subbotina VG. Types of accentuations of character and condition of affective sphere at women with gestosis of second half of pregnancy. *Tambov University Reports. Series Natural and Technical Sciences*. 2013; 18(4-1): 1302-1304. Russian (Костенко И.В., Оленко Е.С., Ведищев С.И., Рогожина И.Е., Кодочигова А.И., Субботина В.Г. Типы акцентуаций характера и состояние аффективной сферы у женщин с гестозом второй половины беременности //Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2013. Т. 18, № 4-1. С. 1302-1304.)
4. Josefsson A, Angelsioo L., Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002; 99: 223-228.
5. Nagananda MS, Sengupta A, Rehman SMK, Santhosh J, Anand S. Identifying Prospective Biomarkers for Cognitive Impairments during Pregnancy – Review of Current Status and Some Preliminary Results et al. *Gynecol Obstetric*. 2012; 5: 8. DOI: 10.4172/2161-0932.S8-001
6. Glover V, O'Connor TG. Effects of antenatal maternal stress or anxiety: from fetus to child. In: Hopkins B, Johnson SP, editors. Prenatal development of postnatal functions. Westport CT: Praeger, 2005. P. 221-245.

7. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(7): 1025-1036.
8. Filippova GG, Pechnikova EYu. From perinatal psychotherapy to reproductive psychology: modern trends in the development of modality. *Psychotherapy*. 2014; 1: 36-41. Russian (Филиппова Г.Г., Печникова Е.Ю. От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности //Психотерапия. 2014. № 1. С. 36-41.)
9. Elgina SI, Zolotarevskaya OS, Razumova VO, Kratovsky AYu. Medico-social characteristics of a woman before terminating pregnancy in early terms. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2018; 2: 44-47. Russian (Елгина С.И., Золоторевская О.С., Разумова В.О., Кратовский А.Ю. Медико-социальная характеристика женщин перед прерыванием беременности в ранние сроки //Мать и Дитя в Кузбассе. 2018. № 2. С. 44-47.)
10. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med*. 2005; 67(1): 89-97.
11. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3(5): 546-557.
12. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and workrelated problems. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8(1): 9.
13. Hausteiner C, Klupsch D, Emeny R et al. KORA Investigators Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. *Psychosom Med*. 2010; 72(2): 163-171.
14. Sumin AN, Sumina LYu, Barbarash NA. Personality Type in healthy individuals: prevalence and features of psychological status. *Medicine in Kuzbass*. 2011; 10(4): 45-49. Russian (Сумин А.Н., Сумина Л.Ю., Барбараш Н.А. Тип личности у здоровых лиц: распространенность и особенности психологического статуса //Медицина в Кузбассе. 2011. Т. 10, № 4. С. 45-49.)
15. Pelle AJ, Schiffer AA, Smith OR et al. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Int J Cardiol*. 2010; 142(1): 65-71.
16. Zubavina KV, Nazarov SB, Malyshkina AI, Akimov AA, Khuraseva AB. Age features of physiological indicators that determine biological age in the dynamics of physiological pregnancy. *Obstetrics. Gynecology. Reproduction*. 2018; 12(2): 5-11. Russian (Зубавина К.В., Назаров С.Б., Малышкина А.И., Акимов А.А., Хурасева А.Б. Возрастные особенности физиологических показателей, определяющих биологический возраст, в динамике физиологической беременности //Акушерство. Гинекология. Репродукция. 2018. Т. 12, № 2. С. 5-11.)

\* \* \*