

# Оцінювання ефективності програми медико-психологічної корекції і санаторної реабілітації вагітних та її впливу на результати розродження

**В.О. Потапов<sup>1</sup>, В.Г. Сюсюка<sup>2</sup>, Н.О. Губа<sup>3</sup>, Ю.В. Котлова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>3</sup>Державний вищий навчальний заклад «Запорізький національний університет»

Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції серед 80 вагітних на етапі санаторної реабілітації сприяє достовірному зниженню показника ситуативної тривожності у 82,5% випадків. У групі із 57 вагітних, які відмовились від участі у програмі й отримували реабілітацію згідно зі стандартами санаторно-курортного лікування, зниження показника ситуативної тривожності мало місце лише у 52,6%. Реалізація програми медико-психологічної корекції психоемоційного стану та санаторної реабілітації вагітних впливаючи на рівень тривожності, сприяє зменшенню ( $p < 0,05$ ) акушерських та перинатальних ускладнень, а саме зниженню частоти передчасних пологів, слабкості пологової діяльності та дистресу плода.

**Ключові слова:** вагітність, психоемоційний стан, санаторне оздоровлення, акушерські та перинатальні ускладнення.

Однією з найважливіших фаз становлення материнської сфери є період вагітності, яка розглядається як особливий, важливий етап у житті жінки та її сім'ї. Переживання вагітної значною мірою визначаються особливостями моделі материнства, засвоєної від своєї матері, характером адаптації до шлюбу, міфами, уявленнями й очікуваннями, пов'язаними з майбутньою дитиною [8]. Однак у процесі розвитку навіть найбажанішої й осмисленої вагітності наявні умови для виникнення цілої низки негативних змін в емоційній сфері [12]. Під час вагітності спостерігається високий відсоток жінок з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю, підозрлістю [11].

Психологічні стресори належать до низки найбільш потужних і поширених природних стимулів, що впливають на всі функції організму. Нейроендокринна система першою реагує на екзогенні та ендогенні впливи [13]. Оскільки мати та плід є єдиним нейрогуморальним організмом, то вони однаково відчують на собі будь-які (сприятливі та несприятливі) чинники [3]. Існує тісна взаємодія між матір'ю та ще ненародженою дитиною, психіка якої розвивається задовго до народження. Стреси вагітної підвищують імовірність розвитку стресу у дитини [14]. За результатами експериментальних та перспективних епідеміологічних досліджень встановлено, що пренатальний стрес та тривога у матері можуть мати довгострокові наслідки для фізичного та психічного розвитку дитини, збільшуючи ризик її захворювань [16, 18, 19]. Тривожні переживання вагітної мають істотний вплив на розвиток дитини першого року життя. Це зумовлено тим, що тривожність вагітної руйнує, як свідчать дослідження, необхідну цілісність взаємодії матері та дитини, його щільність, безперервність, на-

повненість. І саме це руйнування взаємодії, породжене тривожністю матері, стає реальною причиною неадекватного розвитку дитини [15]. Діти жінок, що мали високий рівень тривожності, починаючи з другої половини вагітності, більш імовірно, мали емоційні проблеми та проблеми поведінки [16, 17, 20].

Однак не тільки тривога за стан майбутньої дитини турбує вагітну. Саме зі збільшенням терміну гестації, жінки відчувають тривогу з приводу майбутніх пологів. Очікування болю в процесі пологів, невпевненість у собі, у своїх силах, переживання різних страхів, розвиток тривожно-фобічних розладів можуть сприяти виникненню ускладнень фізіологічного перебігу вагітності. Саме тому, формування позитивних емоцій у вагітної, почуття задоволеності сприяють підвищенню стійкості організму до впливу різних стресогенних факторів, у тому числі й больового [2].

**Мета дослідження:** розробити програму медико-психологічної корекції та оцінити її ефективність у зниженні рівня тривожності та впливу на результати розродження.

**Гіпотеза дослідження** – медико-психологічна корекція, проведена на етапі санаторної реабілітації вагітних, впливаючи на рівень тривожності, сприяє зниженню акушерських та перинатальних ускладнень.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 210 вагітних у II та III триместрах. Вагітні перебували на санаторному оздоровленні, яке проводили в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» м. Запоріжжя, згідно зі стандартами санаторно-курортного лікування (дієтотерапія, лікувальна фізкультура, кліматотерапія, бальнеотерапія та інші види гідротерапії, оксигенотерапія, фізіотерапевтичні методи лікування, хроматерапія, психорелаксація та фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів) [4, 5].

Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їхній психоемоційний стан досліджували з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спллбергера, яка адаптована Ю.Л. Ханіним; опитувальник EPQ Айзенка та САН (самопочуття, активність, настрої) [1, 6, 10].

Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у вагітних з хронічними соматичними захворюваннями використовували Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту («ЛОБИ») [7]. За результатами опитувальника «ЛОБИ» дисгармонічний тип ставлення до соматичної хвороби встановлений у 25 (16,7%) вагітних з екстрагенітальною патологією (ЕГП), тому дану категорію жінок аналізували окремо.

Вагітні були розділені залежно від рівня СТ, яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно пережитими емоціями.

До I групи включені 80 вагітних з середнім та високим рівнем СТ, які брали участь у комплексній програмі медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації.

Програма медико-психологічної корекції має свідоцтво на авторське право Державної служби інтелектуальної власності України № 47260 від 16.01.2013 р. та інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я [9].

Програма включає: співбесіду з вагітними; автогенне тренування; сеанси релаксації; нейролінгвістичне програмування; «якоріння»; раціонально-кінетичні практики; візуалізацію; тілесно-орієнтовані вправи; казко- та музико- та арт-терапію. Медико-психологічну корекцію проводили в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» жінкам, які отримували реабілітацію згідно з планом оздоровлення залежно від ускладнень гестації та супутньої екстрагенітальної патології. Програма складається із 12 занять та розрахована на 3 тиж (період перебування вагітних у санаторії).

Заняття з вагітними проводили у другій половині дня, після обіднього відпочинку у приміщенні, що добре освітлене та має достатню кількість зручних крісел або стільців. Після знайомства з учасниками та розповіді про основні цілі програми вагітним запропоновано поставити запитання лікарю акушеру-гінекологу та відповідно педіатру. Ураховуючи психологічні особливості кожної жінки, одним з варіантів, який дозволив при подальших зустрічах обговорити питання, що їх турбують, – це анонімне опитування у письмовій формі.

Загалом заняття складаються з 2 інформаційних частин по 20–25 хв з невеликими перервами (10 хв) для запобігання перевтомі вагітних. У кінці кожної інформаційної частини кожна жінка має можливість поставити запитання лектору.

Форма роботи з акушером-гінекологом та педіатром (неонатологом) – лекція та співбесіда з вагітними (8–12 жінок), комп'ютерна візуалізація у вигляді слайд-шоу, практична демонстрація з використанням фантому та ляльки, а також освоєння вагітними, за їхнім бажанням, основних навичок догляду за дитиною. Загальна тривалість співбесіди – 40–45 хв. Темі для обговорення визначали після анонімного опитування жінок про найбільш важливі питання до лікаря акушера-гінеколога та педіатра (неонатолога).

Форма роботи з психологом – співбесіда з вагітними (10–15 жінок). Кожне заняття розраховане на 1,5 год з частотою проведення – два рази на тиждень.

До II групи увійшли 57 вагітних, які отримували реабілітацію в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» згідно з планом оздоровлення, що регламентовано стандартами санаторно-курортного лікування [4, 5], та відмовились від участі у програмі медико-психологічної корекції.

У контрольну групу включені 48 вагітних з рівнем тривожності 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ.

Середній вік у жінок в групах дослідження статистично не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) та склав: у I групі –  $27,95 \pm 0,47$  року, у II групі –  $28,47 \pm 0,56$  року та  $27,94 \pm 0,50$  року у групі контролю. Суттєвої різниці за соціальним та професійним складом встановлено не було. Слід зазначити, що у кожній з груп дослідження понад 75% жінок були службовцями.

Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводили згідно з чинними Наказами МОЗ України.

З кожною вагітною було проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження та отримана згода на їх проведення. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH/GCP, Гельсінської декларації

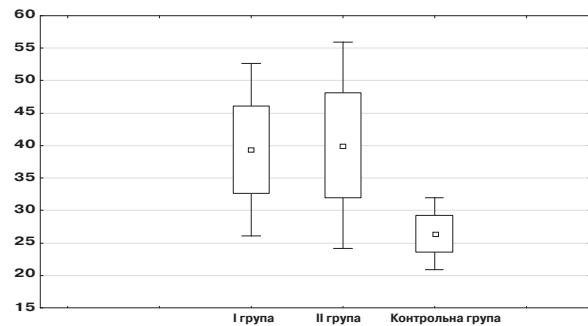
(1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України.

Варіаційно-статистичне оброблення результатів здійснювали з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатомірного статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5).

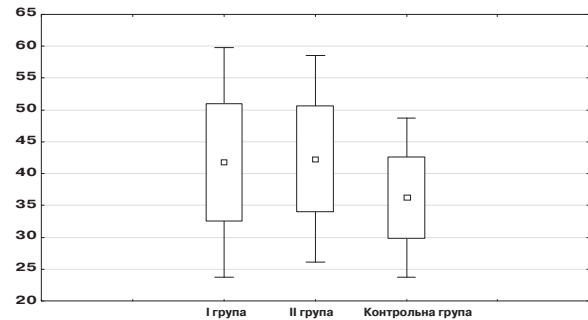
Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету «Наукове обґрунтування впливу немедикаментозних та медикаментозних методів лікування вагітних на зниження акушерських та перинатальних ускладнень» (№ держреєстрації 0110U000909) Ін. 14.01.01.09 та є фрагментом докторської дисертації.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

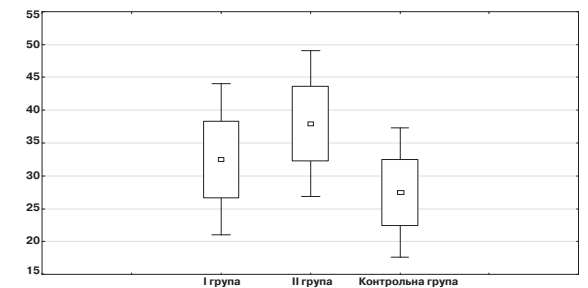
За результатами антропометричних вимірювань не було встановлено достовірної різниці між групами дослідження ( $p > 0,05$ ). Проведений аналіз ЕГП дозволив встановити її високу частоту в групах дослідження. Так, в I групі її частота склала 63,8%, у II – 75,4% та 64,6% у групі контролю. Характеризуючи гінекологічний анамнез, встановлено, що серед вагітних груп дослідження частота гінекологічної патології була майже однаковою і склала по 82,5% у I і II групах та 81,3% – в групі контролю. За результатами оцінювання со-



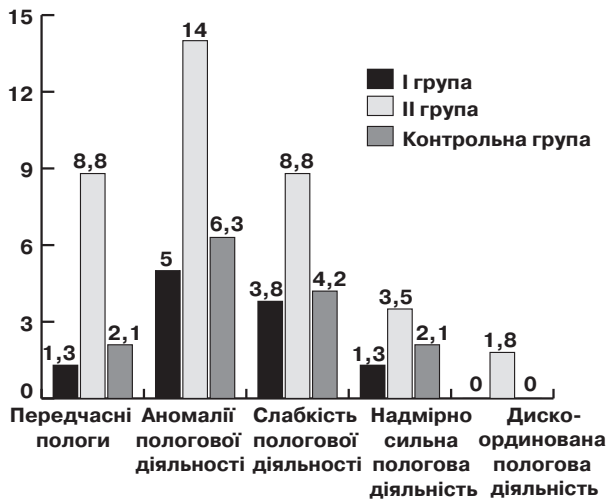
Мал. 1. Рівень СТ у жінок груп дослідження



Мал. 2. Рівень ОТ у жінок груп дослідження



Мал. 3. Динаміка показників СТ в групах дослідження



Мал. 4. Характеристика ускладнень у пологах в групах дослідження

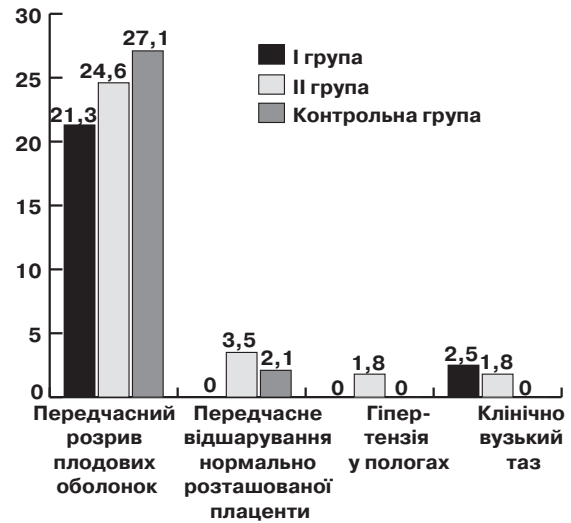
матичного та гінекологічного анамнезу достовірної різниці між групами дослідження встановлено не було ( $p > 0,05$ ).

Порівнюючи результати дослідження до початку санаторного оздоровлення, встановлено, що середній показник як СТ, так і ОТ, серед вагітних I і II групи статистично не відрізнявся ( $p > 0,05$ ) та був статистично достовірно вищим ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з вагітними контрольної групи (мал. 1 та 2).

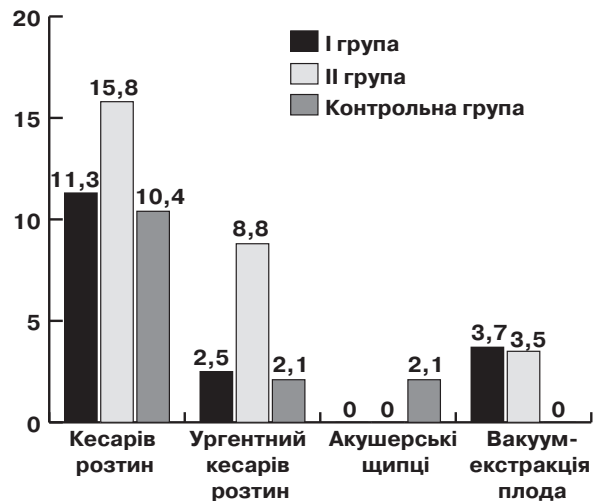
За результатами оцінювання опитувальника САН у всіх групах був встановлений кореляційний зв'язок самопочуття з настроєм ( $r = +0,643$ ,  $p < 0,05$ ) та активністю ( $r = +0,622$ ,  $p < 0,05$ ). Як відомо, під ОТ розуміють відносно стійку індивідуальну характеристику – рису, яка дає уявлення про схильність людини до тривожності, а також про її схильність сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі та реагувати на них станом тривожності різного рівня. Разом із тим, рівень нейротизму має тісний зв'язок з напруженістю, тривожністю та незадоволеністю собою. Так, наявність взаємозв'язку між ОТ та рівнем нейротизму була встановлена в усіх групах дослідження: в I групі –  $r = +0,528$ ,  $p < 0,05$ , у II –  $r = +0,627$ ,  $p < 0,05$  та у контрольній групі –  $r = +0,500$ ,  $p < 0,05$ .

За результатами оцінювання ефективності програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації у вагітних I групи в 82,5% мало місце зниження СТ (мал. 3). Це сприяло зменшенню відсотка вагітних з високим та середнім рівнем СТ, а саме у 50% жінок. У II групі вагітних, які відмовились від участі у програмі, зниження СТ встановлено у 50,8% жінок та зниження рівня СТ встановлено лише у 17,5%. Такі результати вплинули на рівень середнього показника СТ, який у I групі склав  $32,51 \pm 1,30$  бала та був статистично достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ) за відповідний показник II групи –  $37,96 \pm 1,51$  бала. Заслужує на увагу і той факт, що серед 20,8% вагітних контрольної групи мало місце зростання рівня СТ ( $27,46 \pm 1,45$  бала).

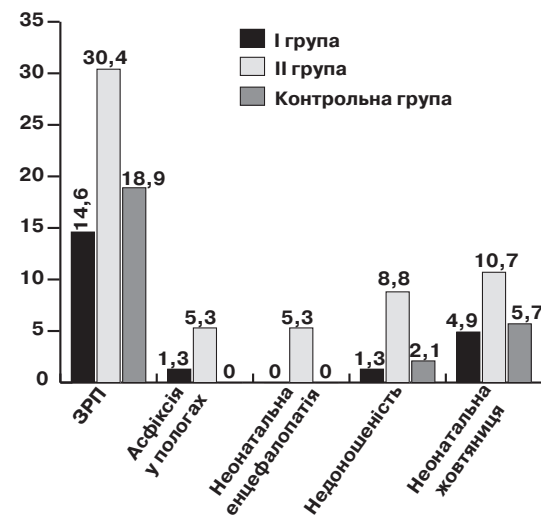
Перебіг вагітності був ускладненим у більшості випадків. Однак слід зауважити, що більшість ускладнень вагітності мали місце до санаторного оздоровлення. У структурі ускладнень вагітності в усіх групах дослідження найчастіше мало місце невиношування, частота якого в I групі склала 47,5%, у II групі – 57,9% та 54,2% у контрольній групі. Аналізуючи частоту загрози передчасних пологів після етапу санаторної реабілітації, встановлено, що її частота була значно нижчою у вагітних I групи (6,3%) у порівнянні з вагітними як II групи (15,8%), так і групи контролю (14,6%). Частота анемії вагітних, зростала відповідно до терміну гестації і була тільки легкої форми. Однак її частота була дещо вищою в I групі – 52,5% у порівнянні з II групою (40,4%) та групою



Мал. 5. Характеристика ускладнень у пологах в групах дослідження



Мал. 6. Характеристика оперативної допомоги у пологах в групах дослідження



Мал. 7. Патологічні стани новонароджених в групах дослідження

контролю (39,6%). Одним з позитивних моментів санаторно-го оздоровлення є низька частота преєклампсії, яка відзначена в кожній групі по одному випадку відповідно.

У більшості жінок I (98,7%) та контрольної груп (97,9%) пологи були терміновими. Разом із тим, у II групі їхня частота склала 91,2%, а частота передчасних пологів 8,8% (мал. 4) та була достовірно вищою ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з вагітними I та контрольної груп. Аналізуючи перебіг пологів, слід зазначити чітку роль у зростанні частоти ускладнених пологів серед жінок II групи аномалій пологової діяльності та дистресу плода. Так, частота слабкості пологової діяльності у II групі більше ніж в 2 рази перевищувала відповідний показник у I групі та групі контролю.

Передчасний розрив плодових оболонок зустрічався майже з однаковою частотою в групах дослідження та мав місце у кожній четвертій жінки (мал. 5). У пологах як у II (3,5%), так і в контрольній (2,1%) групі, діагностована гіпертензія.

Абдомінальне розродження в II групі проведено у 15,8% жінок, що перевищувало відповідний показник I групи (11,3%) та групи контролю (10,4%). Однак слід зазначити, що з приводу ургентних показань кесарів розтин у II групі проводили у 3,5 рази частіше (мал. 6).

Одним з ускладнень, що вплинуло на частоту ускладнень у пологах та відповідно збільшило відсоток оперативного втручання, – був дистрес плода. Так, його частота у пологах у II групі була найвищою та мала місце у 6 випадках (10,5%), лише у 1,3% – у I групі ( $p < 0,05$ ). У контрольній групі випадків дистресу плода не було.

Частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на збільшення відсотка перинатальної патології (мал. 7), частота якої у II групі склала 35,1% та в 1,5 рази перевищувала показник I групи (20%) та групи контролю (22,9%).

Частота затримки росту плода (ЗРП) при розрахунку народжених за масо-зростовими параметрами в II групі склала 30,4%, що в 2 рази перевищувало відповідний показник I групи (14,6%). Частота ЗРП у контрольній групі склала 18,9%.

**Оценка эффективности программы медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации беременных и ее влияния на результаты родоразрешения**  
**В.А. Потапов, В.Г. Сюсюка, Н.А. Губа, Ю.В. Котлова**

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение разработанной и внедренной программы медико-психологической коррекции среди 80 беременных на этапе санаторной реабилитации способствует достоверному снижению показателя ситуативной тревожности в 82,5% случаях. В группе из 57 беременных, которые отказались от участия в программе и получали реабилитацию в соответствии со стандартами санаторно-курортного лечения, снижение показателя ситуативной тревожности имело место лишь в 52,6%. Проведение программы медико-психологической коррекции психоэмоционального состояния и санаторной реабилитации беременных, влияя на уровень тревожности, способствует снижению ( $p < 0,05$ ) акушерских и перинатальных осложнений, а именно снижению частоты преждевременных родов, слабости родовой деятельности и дистресса плода.

**Ключевые слова:** беременность, психоэмоциональное состояние, санаторное оздоровление, акушерские и перинатальные осложнения.

#### Сведения об авторах

**Потапов Валентин Александрович** – ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 8; тел.: (0562) 23-22-65

**Сюсюка Владимир Григорьевич** – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, просп. Маяковского, 26; тел.: (0612) 24-64-70. E-mail: svg.zp@i.ua

**Губа Наталия Александровна** – Государственное высшее учебное заведение «Запорожский национальный университет», 69600, г. Запорожье, ул. Жуковского, 66; тел.: (0612) 62-71-61

**Котлова Юлия Валентиновна** – Запорожский государственный медицинский университет, 69035, г. Запорожье, просп. Маяковского, 26; тел.: (0612) 24-93-75

#### ВИСНОВКИ

1. Застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації вагітних на етапі санаторної реабілітації, яка є медичною технологією, сприяє статистично достовірному зниженню показника ситуативної тривожності у 82,5% випадків. У групі жінок з психоемоційною дезадаптацією, які відмовились від участі у програмі і отримували реабілітацію згідно зі стандартами санаторно-курортного лікування, зниження показника ситуативної тривожності мало місце у 52,6%.

2. Проведення програми медико-психологічної корекції психоемоційного стану та санаторної реабілітації вагітних, впливаючи на рівень тривожності, сприяє статистично достовірному ( $p < 0,05$ ) зниженню акушерських та перинатальних ускладнень у порівнянні з жінками, які відмовились від участі у програмі і отримували реабілітацію згідно зі стандартами санаторно-курортного лікування.

3. Розродження жінок, завдяки їхній участі у програмі медико-психологічної корекції на етапі санаторної реабілітації, у порівнянні з жінками, які від участі в ній відмовились, дозволило знизити частоту дистресу плода у 8 разів (1,3% та 10,5% відповідно,  $p < 0,05$ ), передчасних пологів в 6,8 разу (1,3% та 8,8% відповідно,  $p < 0,05$ ), аномалій пологової діяльності в 2,8 разу (5% та 14% відповідно), аспіксії в 4 рази (1,3% та 5,3% відповідно) та уникнути випадків неонатальної енцефалопатії (0% та 5,3% відповідно,  $p < 0,05$ ).

4. Ураховуючи позитивний результат застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації вагітних на етапі санаторної реабілітації, впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої медичної технології сприятиме поліпшенню результату розродження для матері та плода за рахунок зниження акушерських і перинатальних ускладнень, що є одним з пріоритетів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки».

**Estimation of efficiency of medical and psychological correction program and sanatorium rehabilitation for pregnant women and its influence on results of delivery**  
**V.O. Potapov, V.G. Syusyuka, N.O. Guba, Yu.V. Kotlova**

Results of performed investigation show that use of developed and introduced program of medical and psychological correction among 80 pregnant women at the stage of sanatorium rehabilitation promotes reliable decrease of state anxiety indicator in 82.5% of cases.

In the group 57 pregnant women who had refused to participate in the program and got rehabilitation under the standards of sanatorium and resort therapy, decrease of state anxiety indicator occurred only in 52.6%. Carrying out of program of medical and psychological correction of psychoemotional state and sanatorium rehabilitation of pregnant women, having influence on anxiety level, it enables decrease ( $p < 0,05$ ) of obstetric and perinatal complications, namely, decrease of preterm delivery rate, poor uterine contraction strength and fetus distress.

**Key words:** pregnancy, psychoemotional state, sanatorium health improvement, obstetric and perinatal complications.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Астахов В.М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Астахов В.М., Быцыева И.В., Пузь И.В.: Под ред. В.М. Астахова. – Донецк: Норд-Пресс, 2010. – 199 с.
2. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка / Станько Э.П., Лискович В.А., Наумов И.А., Гарбуз С.А. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2005. – 194 с.
3. Вдовиченко Ю.П. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов / Ю.П. Вдовиченко, С.И. Жук, О.Д. Щуревская. – К.: ЧП «Принт Лайн», 2014. – 64 с.
4. Лечебные физические факторы у беременных / Владимиров А.А., Гутман Л.Б., Пономаренко Г.Н., Тофан Н.И. – СПб.: ИИЦ Балтика, 2004. – 221 с.
5. Лобода М.В. Стандарты (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / За загальною редакцією М.В. Лободи, К.Д. Бабова, Т.А. Золотарьової, Л.Я. Гріняєвої. – К.: «КИМ», 2008. – 384 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / Малкина-Пых И.Г. – М.: Эксм, 2010. – 1024 с. (Новейший справочник психолога).
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
8. Нечаева М.А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития / Нечаева М.А., Рыбалова Л.Ф., Штрахова А.В. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. – 59 с.
9. Потапов В.О. Медико-психологічна корекція та санаторна реабілітація вагітних з психоемоційною дезадаптацією / Потапов В.О., Сюсюка В.Г. – К., 2014. – 4 с. – Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ МОЗ України, ЗДМУ; Вип. № 99-2014; Вип 13 з проблеми «Акушерство та гінекологія».
10. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский (редактор составитель). – Самара: Издательский Дом Бахрах-М, 2002. – 672 с.
11. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Хрестоматия / Д.Я. Райгородский (редактор составитель). – Самара: Издательский Дом Бахрах-М, 2013. – 784 с.
12. Сергиенко Е.А. Контроль поведения как субъективная регуляция / Сергиенко Е.А., Виленская Г.А., Ковалева Ю.В. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 352 с.
13. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины / Татарчук Т.Ф. // Эндокринная гинекология. – 2006. – № 3. – С. 2–9.
14. Ходаківська О.М. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя / О.М. Ходаківська // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – 2011. – Вип. 13. – С. 586–596.
15. Щукина Е.Г. Развитие диадных отношений в системе «мать–младенец» при тревожном переживании беременности / Щукина Е.Г., Макарова А.А., Чумакова Г.Н. // Мир психологии. – 2008. – № 1. – С. 77–88.
16. Huizink A.C. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? / Huizink A.C., Mulder E.J.H., Buitelaar J.K. // Psychological Bulletin. – 2004. – V. 130. – P. 115–142.
17. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis / O'Connor T.G., Heron J., Golding J., Glover V. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2003. – V. 44 – P. 1025–1036.
18. Rice F. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review / Rice F., Jones I., Thapar A. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2007. – V. 115. – P. 171–183.
19. Talge N.M. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health / Talge N.M., Neal C., Glover V. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – V. 48. – P. 245–261.
20. Van Den Bergh B.R. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds / Van Den Bergh B.R., Marcoen A. // Child Development. – 2004. – V. 75. – P. 1085–1097.

Статья поступила в редакцию 04.02.2015