

# Модифікація програми преконцепційної підготовки на етапі планування вагітності з урахуванням психоемоційного стану жінок

Н.В. Якимчук, Н.І. Генік

Івано-Франківський національний медичний університет

Перебіг нормальної вагітності супроводжується значними змінами функціонування практично усіх фізіологічних систем і напруженням пристосувальних процесів до нових вимог, а ускладнений період вагітності є надзвичайно сильним психоемоційним фактором.

**Мета дослідження:** встановлення структури та поширеності типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) з урахуванням показників психоемоційного статусу у жінок, оцінювання його впливу на показники репродуктивних втрат та ускладнений перебіг вагітності, розроблення модифікованого комплексу прегравідарної підготовки.

**Матеріали та методи.** Для розв'язання поставлених завдань було проведено експериментально-психодіагностичне дослідження та поглиблене клінічне і лабораторно-інструментальне обстеження 120 пацієток з обтяженим репродуктивним анамнезом, які проходили прегравідарну підготовку на базі Центру свідомого батьківства «Дівія». Оцінку психологічної компоненти гестаційної домінанти проводили за методикою «Тест ставлень вагітної» за Добряковим І.В., модифікованою для пацієток, які планують вагітність. Також було використано тести Спілберга та Бека для оцінювання рівня особистісної та реактивної тривожності та ознак депресії. Стан вегетативної нервової системи оцінювали за основними характеристиками: вегетативний тонус, вегетативний індекс (ВІ) Кердо, вегетативна реактивність та вегетативне забезпечення діяльності (ортостатична проба). Для оцінювання ефективності запропонованої прегравідарної підготовки із 120 жінок, де було оцінено тип ПКГД, було виділено 70 пацієток з тривожним та депресивним типом ПКГД, які сформували дві групи: основну – 35 жінок, що отримала запропонований комплекс психологічної та медикаментозної корекції, та групу порівняння – 35 пацієток, прегравідарна підготовка яких включала традиційну, відповідно до сучасних настанов, фолатотерапію.

**Результати.** Експериментально-психодіагностичне дослідження дозволило встановити значний відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи. Першочергово увагу щодо особливостей перебігу вагітності заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування преєклампсії та частці аномалій пологової діяльності, медикаментозної корекції, які у 2,6 рази переважали у випадку тривожного та депресивного типів ПКГД.

**Заклучення.** Запропонована прегравідарна підготовка, модифікована диференційованим комплексом психологічної корекції та медикаментозним пакетом із включенням нейропротекторів та рослинних адаптерів, дозволила не тільки посилити адаптаційні механізми на етапі планування вагітності, але і суттєво знизити частку гестаційних ускладнень у процесі її моніторингу.

**Ключові слова:** психологічний компонент гестаційної домінанти, наслідки вагітності, психоемоційний статус, психологічна корекція.

Перебіг нормальної вагітності супроводжується значними змінами функціонування практично всіх фізіологічних систем і напруженням пристосувальних процесів до нових вимог [1, 2]. Ураховуючи напруженість механізмів адаптації організму матері під час вагітності та наявність факторів, здатних негативно вплинути на її перебіг вагітності (екстрагенітальні захворювання, стреси та ін.), формуються ускладнення гестації та пологів, які супроводжуються дезадаптацією у системі «мати–плацента–плід» і, як наслідок, порушенням функціонального стану і розвитку плода [1–3]. В останні роки успішно опрацьовуються питання клінічної діагностики, удосконалюються методи профілактики та лікування дисфункції плацентарного комплексу (ПД), де чітко зазначається необхідність та важливість створення сприятливих умов психоемоційного спокою для фізіологічного перебігу вагітності [3, 6].

Соціальне напруження у суспільстві, хронічний стрес, а також психохарактерологічні особливості організму жінки зумовлюють формування змін у структурі плаценти, порушення матково-плацентарного кровообігу та розвитку плацентарної дисфункції [1–3, 8]. За даними літературних джерел, при невиношуванні у жінок з екстремальними стресовими ситуаціями зростає частка ПД та пізніх гестозів, які зустрічаються у 3 рази частіше [1, 6]. Тому пошук диференційованих підходів до модифікації прегравідарної підготовки, без сумніву, сприятиме оптимізації формування груп ризику та відбору вагітних, які потребуватимуть більш ретельних підходів до моніторингу, проведення превентивної корекції, та, за умови спостереження у лікаря загальної практики-сімейної медицини, доцільності спрямування до акушер-гінеколога та відповідних рекомендацій.

**Мета дослідження:** встановлення структури та поширеності типів психологічного компоненту гестаційної домінанти з урахуванням показників психоемоційного статусу на етапі підготовки до вагітності, оцінювання впливу на показники репродуктивних втрат та ускладнений її перебіг, а також розроблення модифікованого комплексу прегравідарної підготовки.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розв'язання поставлених завдань було проведено експериментально-психодіагностичне дослідження та клініко-лабораторне обстеження 120 пацієток з обтяженим репродуктивним анамнезом (тривале ліковане безпліддя – 31,66%, невиношування та синдром втрати плода – 25,83%, застосування допоміжних репродуктивних технологій з невдалими спробами в анамнезі – 15,83%), що очікували народження дитини, а згодом перебували на різних термінах вагітності і проходили програму психопрофілактичної підготовки на базі Центру свідомого батьківства «Дівія» м. Івано-Франківськ [4, 5].

Оцінювання психологічної компоненти гестаційної домінанти проводили у всіх 120 пацієток, включених у дослідження, за методикою «Тест ставлень вагітної» за І.В. Добряковим, модифікованою для пацієток, які планують вагітність, оскільки саме ним була запропонована методика «Тест ставлень вагітної», що дозволяє визначити тип психологічного компонен-

ту гестаційної домінанти (ПКГД) [4], і на сьогодні є одним із скринінгових тестів для визначення та корекції психоемоційного стану жінки [4, 5, 7]. Тест допомагає розподілити пацієнок відповідно на групи (оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний типи ПКГД). На етапі планування вагітності з метою уточнення та отримання більш достовірних даних була використана психодіагностична «Анкета знайомства» та проєктивна малюнок методика «Я і моя дитина» за Г.Г. Філіповою, яка дозволила більш чітко сформулювати групи ризику. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за ознаками малюнка, які дозволяли віднести самосприймання вагітності та майбутнього дитини до того чи іншого стилю [4, 5, 7]. У контрольну групу увійшли 20 вагітних з оптимальним типом ПКГД та неускладненим перебігом вагітності і пологів.

З метою більш глибокого дослідження психоемоційного стану також були використані наступні експериментально-психологічні методи: оцінка особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілберга–Ханіна; оцінка рівня депресії за тестом Бека. Стан вегетативної нервової системи (ВНС) оцінювали за основними характеристиками: вегетативний тонус, вегетативний індекс (ВІ) Кердо, вегетативна реактивність (рефлекс Дан'їні–Ашнера) та вегетативне забезпечення діяльності (ортостатична проба).

Ультразвукове та доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодового кровообігу проводили із застосуванням апарату Siemens-250 (Австрія). Під час роботи була запропонована лікувально-профілактична програма прекоцепційної підготовки, доповнена диференційованими модифікованими підходами до психологічної корекції, серед яких перевага надавалася дихальній гімнастиці та арт-терапії, зокрема таким видам: тілесно-орієнтованій терапії, музичній терапії, ізотерапії, казкотерапії, мандалотерапії та роботи з пластичними матеріалами.

Для пацієнок тривожного та депресивного типу було використано психологічні підходи, реалізовані у ролевій грі, та особистісно-орієнтоване консультування. Медикаментозний пакет включав нейропротектори з легким транквілізуючим впливом, препарати магнію та препарати рослинного походження, які нормалізують функціональну гіперпролактинемію.

Для оцінювання ефективності запропонованої прегравідарної підготовки із 120 жінок, включених у дослідження, було виділено 70 пацієнок з тривожним та депресивним типом ПКГД, які сформували дві групи:

- основна група – 35 жінок, які отримали запропонований комплекс психологічної та медикаментозної корекції на етапі планування вагітності протягом 3 міс,

- група порівняння – 35 пацієнок, прегравідарна підготовка яких включала традиційну, відповідно до сучасних настанов, фолатотерапію.

Усі види статистичного оброблення виконано за допомогою стандартного пакета «Statistica for Windows – 6,0».

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У даному дослідженні при оцінюванні формування ПКГД виявлено, що чисті типи ПКГД зустрічалися дуже рідко, що, вочевидь, пов'язано з оцінюванням даного показника на прегравідарному етапі або ранніх термінах вагітності. Було прийнято вважати сприятливими щодо перебігу вагітності оптимальний (у тому числі оптимально-тривожний, оптимально-гіпогестогнозичний) та змішані типи, а чисті тривожні, депресивні, ейфоричні і гіпогестогнозичні типи – несприятливими, що дозволило сформувати групи ризику.

Згідно з отриманими результатами у контрольній групі найбільш часто відзначали оптимальний тип ПКГД (95,00%), який корелював із найбільш сприятливим перебігом вагітності та пологів. Найвагомішу частку серед несприятливих типів гестаційної домінанти становив тривожний тип гестаційної домінанти – 51,66% спостережень, гіпогестогнозичний тип зафіксовано у 21,66% ви-

падках. Для пацієнок, де в ході моніторингу вагітності діагностовано плацентарну дисфункцію та супроводжуючі її ускладнення, характерним було переважання несприятливих типів ПКГД, які супроводжували як етап підготовки до вагітності, так і гестаційний період у першу чергу, тривожний та депресивний типи).

Гіпогестогнозичний та ейфоричний типи у вибірці відзначено загалом тільки у складі комбінованого варіанту – у 9,16% та 17,52% спостережень відповідно. Оцінюючи характер перебігу вагітності та пологів в обстежених жінок із урахуванням типу гестаційної домінанти слід зазначити наступне. Найбільшу увагу заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування прееклампсії та часті аномалії пологової діяльності і медикаментозної її корекції, які у 2,6 разу переважали у випадку тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД. Далеко не всі пологи закінчилися через природні пологові шляхи і відсоток оперативного розродження у 3,2 разу перевищував дані у групі зі сприятливим типом ПКГД (загалом за рахунок показань, зумовлених плацентарною дисфункцією та дистресом плода).

Прееклампсія різного ступеня тяжкості у 2,2 разу частіше діагностована у пацієнок з несприятливими типами ПКГД, у 2,0 разу частіше відзначена плацентарна дисфункція з об'єктивними критеріями порушення матково-плацентарного кровотоку, причому у третині випадків вона супроводжувалася негативними наслідками для плода, зокрема низькою масою плода та дистресом під час вагітності.

Отже, експериментально-психодіагностичне дослідження 120 пацієнок дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів ПКГД, серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи, а також статистично значущу залежність між особливостями перебігу вагітності та пологів, що мають тісний зв'язок з порушенням плацентарної гестаційними ускладненнями, що його супроводжують, і прогресуванням дезадаптації матково-плацентарного кровообігу. Слід зазначити, що у пацієнок з ускладненим перебігом вагітності, таким, як загроза переривання та недоношування, тривожний та депресивний тип зафіксовано практично у половині жінок, включених у дослідження, а група пацієнок з клінічними проявами прееклампсії різного ступеня тяжкості дозволила встановити частку тривожного та депресивного типу ПКГД у двох третин пацієнок.

Результати більш глибокого оцінювання психоемоційного статусу дозволили відзначити навіть у здорових вагітних певні психологічні порушення (у третині встановлено збільшення частки вегето-емоційних та когнітивних порушень) разом із зростанням показників реактивної тривожності, які слід розцінювати як фізіологічну адаптацію жінки до вагітності. У пацієнок з тривожним та депресивним типом ПКГД, особливо у випадках, коли в анамнезі є епізоди перинатальних втрат, тривало ліковане безпліддя тощо, вже на догестаційному етапі наявні прихована тривога і напруження із соматичними фіксаціями, удвічі проти даних контролю збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у кожній четвертій пацієнтки виявляються ознаки депресивних рис ( $p < 0,05$ ). У випадку патологічного перебігу вагітності (прогресуюча ретрохоріальна гематома, загроза мимовільного викидня) ознаки депресії стають домінуючими з переважанням у половині пацієнок високих рівнів особистісної та реактивної тривожності ( $p < 0,05$ ).

Відомо, що адаптація людини визначається психологічними властивостями особистості, станом ВНС та реалізується через емоційну сферу, що лежить в основі адаптаційних фізіологічних реакцій людини [1–3]. Проаналізувавши отримані результати, можна стверджувати, що у здорових жінок у динаміці вагітності за даними показників вегетативної регуляції та психоемоційного статусу спостерігається достатнє вегетативне забезпечення діяльності та високий рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей організму під час вагітності.

Отже, в організмі здорових вагітних виникають певні психоємційні та вегетативні порушення, але вони є фізіологічними й забезпечують адаптацію жінки до вагітності, зокрема до пологів. Тоді як оцінка порушень нейровегетативної регуляції у пацієнток з різними типами ПКГД продемонструвала наступне. У випадку з тривожним та депресивним типом ПКГД у 44 (62,86%) жінок спостерігалася відхилення ВІ Кердо, у той час як у контрольній групі такі відхилення відзначалися тільки у 3 (15,0 %) вагітних. Отже, при аналізі наведених даних були виявлені деякі особливості вегето-судинної регуляції, характерні для її порушення: у групі пацієнток з несприятливими щодо перебігу вагітності типами ПКГД виявлене значне переважання тонуусу симпатичного відділу ВНС, максимально представлене у пацієнток з тривожним та депресивним типом та діагностованою плацентарною дисфункцією під час даної вагітності. Група контролю стабільно демонструвала стан нормотонії.

Звертає увагу посилення перебігу вегетативної дисфункції при настанні вагітності. Так, більшість жінок з тривожним та депресивним типом ПКГД (61 особа – 87,14%) відзначили, що після настання вагітності їхній стан значно погіршився – з'явилися нові симптоми вегетативної дисфункції, а також більш тяжкі прояви раніше існуючих симптомів. При вивченні психоємційного статусу під час вагітності було виявлено, що пацієнтки з тривожним та депресивним типом ПКГД достовірно частіше, ніж жінки інших груп вказували на психоємційні, соматовегетативні та когнітивні порушення, у зв'язку з чим було висловлено припущення, що зазначені скарги у таких пацієнток були зумовлені переважно вегетативними порушеннями, а не тільки нейроендокринною перебудовою організму у зв'язку з вагітністю.

Оцінювання ефективності модифікованої програми прекоцепційної підготовки дозволила відзначити у жінок групи порівняння збереження домінування (у 3,0 разу частіше проти показників основної групи) емоційної лабільності (14,28% проти 42,85% у групі порівняння), тривожності (17,14% проти 25,71%) та депресивних проявів (11,42% проти 34,28% відповідно;  $p < 0,05$ ). Крім того, відзначалося достовірне підвищення як ситуативної тривожності, так і особистісної тривожності, що можна розцінювати як емоційну реакцію на стресову ситуацію (у формі підвищеної нервозності, занепокоєння, заклопотаності та напруження) проти показників у контролі. Виражений ступінь депресії виявлений у 31,42% жінок групи порівняння, помірний – у 28,57%, тоді як в основній групі тільки у 25,71% спостережень відзначено слабкий рівень депресивних проявів. Водночас широ-

### **Модификация программы прекоцепционной подготовки на этапе планирования беременности с учетом психоэмоционального состояния женщины** **Н.В. Якимчук, Н.И. Генык**

Течение нормальной беременности сопровождается значительными изменениями функционирования практически всех физиологических систем и напряжением приспособительных процессов к новым требованиям, а усложненный период беременности является чрезвычайно сильным психоэмоциональным фактором.

**Цель исследования:** установление структуры и распространенности типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) с учетом показателей психоэмоционального статуса у женщин, оценка его влияния на показатели репродуктивных потерь и осложненное течение беременности, разработка модифицированного комплекса прегравидарной подготовки.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач было проведено экспериментально-психодиагностическое исследование и углубленное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 120 пациенток с отягощенным репродуктивным анамнезом, которые проходили прегравидарную подготовку на базе Центра социального отцовства «Дивия». Оценку психологической компоненты гестационной доминанты проводили по методике «Тест отношений беременной» по И.В. Добрякову, модифицированной для пациенток, планирующих беременность. Также были использованы тесты Спилберга и Бека для оценки уровня личностной и реактивной тревожности и признаков депрессии. Состояние вегетативной нервной системы оценивали по основным характеристикам: вегетативный

ковживані традиційні підходи до прекоцепційної підготовки у пацієнток з високим рівнем психологічної тривоги та емоційного напруження виявилися недостатньо адекватними, тоді як модифікація прегравидарної підготовки на етапах імовірного формування плацентарної недостатності сприяла зменшенню відсотка недоношування та репродуктивних втрат в 1,8 разу.

### **ВИСНОВКИ**

Експериментально-психодиагностичне дослідження пацієнток з обтяженим репродуктивним анамнезом дозволило встановити високий відсоток несприятливих щодо перебігу вагітності типів психологічного компоненту гестационної доминанти (ПКГД), серед яких найбільш вагомими були тривожний та депресивний типи, а також статистично значущу залежність між особливостями перебігу вагітності та станом психоємційного статусу, що підвищує ризик та прогресування плацентарної дисфункції. Найбільшу увагу щодо особливостей перебігу вагітності заслуговують відмінності у частоті передчасних пологів, резистентності до лікування преєклампсії та часті аномалії пологової діяльності і медикаментозної її корекції, які у 2,6 разу переважали у випадку тривожного, ейфоричного та депресивного типів ПКГД.

У пацієнток групи ризику щодо невиношування та перинатальними втратами в анамнезі спостерігається багаторічна психотривожна ситуація, а сам факт вагітності є вагомим психоємційним стресогенним чинником низки негативних переживань, прихованої тривоги та напруження зі зростанням частки ознак депресивних та астеничних рис. При вивченні психоємційного статусу було виявлено, що пацієнтки з тривожним та депресивним типом ПКГД достовірно частіше, ніж жінки інших груп скаржилися на психоємційні, соматовегетативні та когнітивні порушення, у зв'язку з чим було висловлено припущення, що зазначені скарги у таких пацієнток були зумовлені переважно вегетативними порушеннями, а не тільки нейроендокринною перебудовою організму у зв'язку з вагітністю.

Водночас широковживані традиційні підходи до прекоцепційної підготовки у пацієнток з високим рівнем психологічної тривоги та емоційного напруження виявилися недостатньо адекватними, тоді як модифікація прегравидарної підготовки на етапах імовірного формування плацентарної недостатності сприяла зменшенню відсотка недоношування та репродуктивних втрат у 1,8 разу.

Перспективним є подальше вивчення впливу комплексу психокорекції та потенціювання її ефекту медикаментозними засобами у жінок з порушеною репродуктивною функцією.

тонуус, вегетативний індекс (ВІ) Кердо, вегетативна реактивність і вегетативне забезпечення діяльності (ортостатическая проба). Для оцінки ефективності проведеної прегравидарної підготовки із 120 жінок, которым был определен тип ПКГД, было выделено 70 пациенток с тревожным и депрессивным типом ПКГД, которые сформировали две группы: основную – 35 женщин, которые получили предложенный комплекс психологической и медикаментозной коррекции, и группу сравнения – 35 пациенток, прегравидарная подготовка которых включала традиционную, в соответствии с современными установок, фолатотерапию.

**Результаты.** Экспериментально-психодиагностическое исследование позволило установить значительный процент неблагоприятных относительно течения беременности типов ПКГД, среди которых наиболее значимыми были тревожный и депрессивный типы. Первоочередное внимание касательно особенностей течения беременности заслуживают различия в частоте преждевременных родов, резистентности к лечению преэклампсии и доли аномалий родовой деятельности, медикаментозной коррекции, которые в 2,6 раза преобладали в случае тревожного и депрессивного типов ПКГД.

**Заключение.** Предложенная прегравидарная подготовка, модифицированная дифференцированным комплексом психологической коррекции и медикаментозным пакетом с включением нейропротекторов и растительных адаптогенов, позволила не только усилить адаптационные механизмы на этапе планирования беременности, но и существенно снизить долю гестационных осложнений в процессе ее мониторинга.

**Ключевые слова:** психологический компонент гестационной доминанты, последствия беременности, психоэмоциональный статус, психологическая коррекция.

## Modification of the pre-conceptional treatment program at the stage of pregnancy planning regarding the psychoemotional state of women

*N.V. Yakymchuk, N.I. Henyk*

The course of normal pregnancy is accompanied by significant changes in the functioning of almost all physiological systems and the tension of adaptive processes to new requirements, while the complicated period of pregnancy, is an extremely strong psycho-emotional factor.

**The objective:** was to determine the structure and prevalence of the types of psychological component of gestational dominant (PCGD), taking into account psycho-emotional state in women, to assess its impact on reproductive loss and complicated pregnancy as well as to develop a modified complex of pre-conceptional treatment.

**Materials and methods.** In order to solve the target tasks, we conducted an experimental psycho-diagnostic study and an in-depth clinical and laboratory-instrumental examination of 120 patients with a burdened reproductive history who underwent the preconceptional treatment on the basis of the Conscious Parenthood Center «Divia». The assessment of the psychological component of the gestational dominant was carried out by the method of «Pregnant woman attitude test» by I.V. Dobriakov, modified for pregnant patients, Spielberg's and Beck's tests were also used to assess the level of personal and reactive anxiety and signs of depression. The state of the vegetative nervous system was assessed on the basis of the main characteristics: vegetative tonus, vegetative index

(SI) Kerdo), vegetative reactivity and vegetative maintenance of activity (orthostatic test). For the evaluation of the effectiveness of the proposed pre-bladder training from 120 women, where the type of PCGD was assessed, 70 patients with anxiety and depressive type of PCGD were identified, which formed two groups: the main (35 women) who received the proposed complex of psychological and medicament correction, and the comparative group (35 patients), where the pre-conceptional treatment included traditional, in accordance with modern guidelines, – folate therapy.

**Results.** Experimental and psychodiagnostic research allowed to establish a high percentage of unfavorable pregnancy types of PCGD, among which the most sufficient were anxiety and depression types. Most attention on the specifics of pregnancy course deserve differences in the incidence of preterm delivery, preeclampsia resistance to treatment and the proportion of labor activity anomalies and its medicament correction, which 2.6 times prevailed in case of anxiety and depression types of psychological components of gestational dominant.

**Conclusion.** The proposed pre-conceptional treatment, modified by a differentiated complex of psychological correction and a medicament package with the inclusion of neuroprotectors and plant adapters, allowed not only to strengthen the adaptation mechanisms at the stage of pregnancy planning, but also to significantly reduce the proportion of gestational complications in the process of its monitoring.

**Key words:** *psychological components of gestational dominant, pregnancy consequences, psycho-emotional state, psychological correction.*

### Сведения об авторах

**Якимчук Наталья Викторовна** – Кафедра акушерства и гинекологии имени И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицка, 2; тел.: (0342) 53-32-95

**Геняк Наталья Ивановна** – Кафедра акушерства и гинекологии имени И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, профессор, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицка, 2; тел.: (0342) 53-32-95

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Блох М.Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности [диссертация]. СПб; 2012. 162 с.  
2. Венцівський Б.М. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної / Б.М. Венцівський, А.Л. Костюк,

О.О. Белов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 6. – С. 70–72.  
3. Воробей Л.І. Сучасні аспекти діагностики та профілактики ускладнень вагітності у жінок з перинатальними втратами в анамнезі // Сімейна медицина. 2016;3(65):148-152.  
4. Гасюк М.Б., Іщук О., Шевчук Г. Використання психомалюнку для психологічної підготовки вагітної жінки до пологів (30–40 тижні вагітності). Пси-

хологія і суспільство. 2006;3:140–148.  
5. Добряков И.В. Разработка и валидизация методики определения варианта психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Психическое здоровье, 2011. – № 9. – С. 75–80.  
6. Захаров Р.И., Ефанова Т.С. Влияние психозомоционального состояния и психосоматических заболеваний на развитие психических расстройств у беременных с

привычным невынашиванием // Психотерапия. – 2011. – № 10. – С. 8–9.  
7. Флейшман А.Н. Методы оценки психоэмоционального и вегетативного статуса у беременных женщин / А.Н. Флейшман. – Новосибирск, 2012. – 222 с.  
8. Kwon M.K., Bang K.S. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. J Korean Acad Nurs. 2011;41(2):276–83. doi: 10.4040/jkan.2011.41.2.276.

Статья поступила в редакцию 22.11.2018