

## ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ ДОМІНАНТИ

### FEATURES OF FORMATION OF MOTHER'S DOMINANT

У статті представлено аналіз наукової літератури та результати власного дослідження щодо закономірності формування материнської домінанти з дитинства до статевого розвитку і до настання вагітності, а також виявлення типу сформованої материнської домінанти серед дівчат та рівня поінформованості хлопців та дівчат стосовно фізіологічних змін у тілі дівчини-підлітка.

Проводячи власне дослідження і вивчаючи матеріали учених з досягненнями з приводу регулярності утворення материнського впливу від дитинства до сексуального розвитку і перед вагітністю, також ідентифікуючи вид материнського впливу серед дівчаток і рівня усвідомлення фізіологічних змін у дівчинки-підлітка, встановлено, що важливим є виявлення патологічної гестаційної домінанти ще до настання вагітності, що знижує кількість патологічних протікань вагітності та ускладнень до та після народження дитини.

У результаті актуально сформованого рівня гестаційної домінанти є можливість її виправлення. Показано, що численні дослідження доводять дію і доцільність такого впливу на курсі вагітності, народжуваності і психологічної сумісності матері й дитини. Аналіз наших досліджень і суміжних наукових публікацій підтверджує концепцію про те, що два тіла – матері й дитини – тісно взаємодіють, разом зцілюються, формуючи пару. Тіло жінки як ціле після пологів повноцінно відновлюється, щоб гарантувати оптимальну життєдіяльність. Гестаційний вплив спричиняє не лише фізіологічне коригування в тілі матері, але і впливає на її душевний стан. У результаті вагітні жінки стають більш уразливими, чутливими до образ та докорів, вони легше піддаються розвитку невротичних реакцій. Спеціальна проблема – ситуація, коли вагітність безпосередньо стає травматичним чинником. Показано, що гестаційний вплив включає фізіологічні та психологічні компоненти, які, відповідно, визначають біологічні або розумові зміни. Це гарантує направлені реакції всього тіла, щоб створити оптимальні умови для розвитку ембріона, а потім і зародка. Також було констатовано, що занепокоєння – головний чинник, який проводить лінію між жінками з фізіологічними й ускладненими вагітностями на відміну від нормального стану. Результати низки іноземних досліджень пропонують вважати,

що високі рівні занепокоєння і депресії, низьке почуття власної гідності відіграють роль в етіології низької перинатальної ембріональної ваги.

**Ключові слова:** перинатальний психічний розвиток, психологічна готовність дівчини-підлітка до вагітності, формування материнської домінанти, гестаційна домінанта, діада «мати-дитина».

Conducting their own research and studying the materials of scientists with achievements concerning the regularity of the formation of maternal dominance from childhood to sexual development and before pregnancy, as well as identifying the type of maternal dominance among girls and the level of awareness of physiological changes in girls teenager.

In my opinion, the detection of pathological GD, not yet pregnant girl, makes it possible to reduce the number of pathological courses of pregnancy and complications in childbirth and after. Having learned, by testing, the formed GD, we have an opportunity to correct it. There are numerous studies that prove the impact and relationship on the course of pregnancy, childbirth and the psychological state of mother and child. An analysis of recent research and publications shows that after conception, the two bodies of mother and child begin to live together, forming a dyad. The whole woman's body is radically rebuilt to optimally ensure vital functions.

Gestational dominance causes not only physiological adjustment in the mother's body, but also affects her emotional state. As a result, pregnant women become more vulnerable, sensitive to stress, they are easier to develop neurotic reactions. A special problem is the situation when pregnancy itself becomes a traumatic factor. Gestational dominance includes physiological and psychological components, which are respectively determined by biological or mental changes. It ensures the direction of all the body's reactions to create optimal conditions for the development of the embryo and then the fetus.

It was found that anxiety is the main factor that draws the line between women with normal physiological and complicated pregnancies.

The results of a number of foreign studies suggest that high levels of anxiety and depression, low self-esteem play a role in the etiology of low perinatal fetal weight.

**Key words:** perinatal psychological development, teenager's psychological readiness to pregnancy, forming of maternal dominant, gestational dominant, mother-child-dyad.

УДК 612.6

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.25.10>

**Баришнікова В.В.**

аспірантка II курсу

Інститут психології імені Г. С. Костюка

Національної академії педагогічних

наук України

Питанням виявлення типу сформованої материнської домінанти раніше не присвячувалось особливої уваги. Лише з того моменту, як вагітна ставала на облік, рекомендовано було вимірювати її гестаційну домінанту (далі – ГД). Уперше термін гестаційної домінанти ввів І. Аршавський, згодом – І. Добряков.

І. Добряков розробив тести для вимірювання ГД у вагітних. На нашу думку, якщо материнська домінанта формується від народження, вже у віці 11–16 років можна виявляти

та коригувати показники. Фахівці зазначають важливість якісного психологічного супроводу вагітних та породіль. Вважаємо, що виявлення патологічної ГД ще не вагітної дівчини дає можливість скоротити кількість патологічних перебігів вагітності та ускладнень у пологах та після. Дізнавшись шляхом тестування сформовану ГД, маємо можливість її коригувати. Існує численна кількість досліджень, що доводить вплив на перебіг вагітності, пологів і психологічного стану матері й дитини та їх взаємозв'язок.

Після зачаття два організми – матері й дитини – починають жити спільним життям, утворюючи діаду. Весь організм жінки кардинально перебудовується, щоб оптимально забезпечити життєдіяльність. Для цього формується додатковий загальний орган – плацента. Послідовно виникають у зв'язку з репродуктивною функцією і змінюють один одного домінуючі стани в організмі жінки, детерміновані біологічними змінами, передусім гормональними, а також психологічними і соціальними факторами. Ці стани отримали назву материнської домінуючої [36]. Материнська домінуюча включає фізіологічний і психологічний компоненти. Вони, відповідно, визначаються біологічними або психічними змінами, що відбуваються із жінкою, спрямованими на виношування, а потім – на народження і виховання дитини [7].

Метою дослідження було виявити тип сформованої материнської домінуючої серед дівчат, а також дізнатися рівень поінформованості хлопців та дівчат стосовно фізіологічних змін у тілі дівчини-підлітка. Крім цього, завданням було виявити джерела, з яких підлітки черпають інформацію про статеве життя. Дослідження були проведені за згодою батьків та вчителів з використанням авторських тестів дослідника. Було зроблено припущення, що материнська домінуюча у дівчат сформована вже до початку менструального циклу, а суспільство та соціальні аспекти сучасного життя ускладнюють дівчині-підлітку її сприйняття себе вагітною, а в майбутньому – породіллею.

Як відомо, вагітність є значущим періодом у житті жінки. Кожного року близько 3% жінок фертильного віку переживають цю подію. Саме в цей період у жінки відбувається переоцінка цінностей і сенсу життєвих пріоритетів, переорієнтація в плані виконуваних соціальних ролей і взаємин з іншими людьми. Разом із тим дослідники відзначають, що цінність материнства в сучасному суспільстві знижується, змінюється і система ціннісних орієнтацій сучасної жінки. Із цього приводу було проведено дослідження в школах міста Чернігова серед учнів 5–11 класів.

Велика кількість різної інформації занурює дівчат глибоко в страхи, біль та переживання про майбутню вагітність та пологи. Не вистачає професійної інформації про запобігання вагітності. А викривлені факти та лише жорсткі заборони і залякування призводять до бажання порушити межі дозволеного та йти наперекір усім заборонам – це і є найбільша халепа дівчат-підлітків, бо саме з цими думками вони починають приймати алкоголь та наркотики, в результаті чого буває небажана та незапланована вагітність. Було виявлено, що в дівчат, з якими рідні проводили бесіди вдома про місячні, потім про статеве життя

та способи запобігання вагітності, виявлені сформовані ейфорійні та оптимальні материнські домінуючі. Зазвичай такі дівчата мають молодших братиків або сестричок. Вони знають усі труднощі догляду за немовлям і вже тоді у них формується бажання мати або не мати своє маленьке дитя. Вже на цьому етапі відіграє важливу роль те, як батьки розділяють обов'язки, вільний час, любов для себе та дітей.

Гестаційна домінуюча (лат.: gestatio – вагітність, dominans – панівний) забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку перенейта. Психологічний компонент гестаційної домінуючої є сукупністю механізмів психічної саморегуляції, що включаються в разі виникнення вагітності і формують у вагітної жінки поведінкові стереотипи, спрямовані на збереження гестації і створення умов для розвитку перенейта. Особливості психологічного компонента гестаційної домінуючої проявляються в пов'язаних із вагітністю змінами в системі відносин жінки. Нами виділено п'ять варіантів його формування: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний. Оптимальний варіант є сприятливим як для перебігу вагітності й пологів, так і для формування бондінга після пологів, для розвитку немовляти.

Жінки, які виявляють ознаки ейфорійного, гіпогестогнозичного, тривожного, депресивного варіантів психологічного компонента гестаційної домінуючої, потребують спостереження, оскільки в них можуть відзначитися нервово-психічні та соматичні розлади або підвищений ризик їх виникнення. Варіанти психологічного компонента гестаційної домінуючої можуть змінюватися протягом вагітності в залежності від терміну гестації, соматичного стану жінки, ситуації в сім'ї, стосунків, що складаються з лікарем, тощо. Це зумовлює можливість коригувати психологічний компонент гестаційної домінуючої, ставить перед фахівцями завдання проведення скринінгового психологічного обстеження вагітних для раннього виявлення тих, що потребують медичної та психологічної допомоги, орієнтує фахівця, в чому вона повинна виражатися [12].

Основними властивостями домінуючої є підвищена збудженість, стійкість збудження та здатність поєднувати збудження [7]. Паралельно вченню про домінуючу прогресувала рефлекторна теорія І.П. Павлова. Ці два основні фізіологічні наукові напрями якнайкраще доповнювали один одного. Уява про домінуючу як про локальне вогнище збудження в мозку істотно змінилося. А.А. Ухтомський згодом став розглядати її як констеляцію збуджених мозкових структур та включив до домінуючої не тільки субкортикальний, але й вегетативний та гуморальний компоненти. Серед усіх теоретичних та експериментальних дослі-

джені особливе місце належить домінанті, яка пов'язана з репродукцією, що в науковий обіг увійшла терміном «статева домінанта». Принцип її існування полягає в тому, що домінанта припиняє своє існування після реалізації біологічної потреби або після того, як через ті чи інші причини припиняється підтримуючий її вплив аферентних нервових або гуморальних сигналів. Домінанта зникає в тих випадках, коли вона витісняється новою домінантою [10]. І.А. Аршавським було запропоновано поняття материнської домінанти. Це домінантні стани, що послідовно виникають в організмі жінки внаслідок репродуктивної функції, змінюючи один одного, детерміновані біологічними (перш за все гормональними) змінами, психологічними та соціальними факторами [8].

Проблемі материнства присвячено багато теоретичних і прикладних досліджень. Аналіз власне психологічних робіт дозволяє виділити два основних напрями досліджень. Перший напрям присвячений обговоренню якостей, поведінки матері, їх впливу на розвиток дитини. Другий напрям аналізу материнства акцентує увагу на ідеї суб'єктності матері й дитини. Найбільш яскраво ця ідея висвітлена в концепції материнства Г.Г. Філіппової. У цій концепції материнства розглядається не тільки як умова для розвитку дитини, але і як особливий потребово-мотиваційний складник психології жінки, що формується протягом усього життя [22]. Ідея материнства як етап розвитку самосвідомості висвітлюється в роботах В.І. Брутман. Материнство розуміється автором як процес побудови смислових меж між матір'ю і дитиною. В. Бергум виділяє в процесі пренатального материнства три стадії сприймання майбутньої дитини [8]:

- I. Дитина як ідея.
- II. Двоє, як одне ціле.
- III. Двоє, як двоє.

Роботи М. Мід показали, що материнська турбота і прив'язаність до дитини настільки глибоко закладені в біологічних умовах зачаття і виношування плоду, народження і годування груддю, що тільки складні соціальні установки можуть повністю придушити їх. Жінки від природи є матерями. Опонентом М. Мід виступає Е. Бадинтер. Прослідкувавши історію материнських настанов протягом чотирьох століть (із XVII до XX століття), вона зробила висновок про те, що материнський інстинкт – це міф. Дослідниця не виявила ніяких загальних характеристик материнської поведінки, а навпаки – надзвичайну мінливість материнських почуттів у залежності від її культури, амбіцій чи фрустрацій [21].

Материнська любов – це не просто поняття, яке постійно еволюціонує, воно наповнюється різним змістом у різні історичні періоди. Результати кроскультурних досліджень свідчать, що

там, де люди найбільше цінують соціальний ранг, жінка може задушити свою дитину власними руками. Це робили жінки Таїті, а також індіанки із племені натчез, коли дітовбивство могло підвищити їхній соціальний статус [23].

У жіночому організмі відбувається послідовна зміна чотирьох домінантних установок: перша пов'язана з так званою статевою домінантою, котра забезпечує пошук, зближення з протилежною статтю та оптимальні умови для запліднення; друга необхідна для нормального перебігу вагітності (домінанта вагітності); третя забезпечує підготовку до пологів і пологового процесу (домінанта пологів); четверта – лактаційна.

Згодом послідовниками була сформована концепція гестаційної асиметрії, згідно з якою однією з найважливіших умов нормального розвитку вагітності є наявність плацентарного комплексу. Це забезпечує повноцінну центропериферичну інтеграцію та оптимальний розвиток системи «мати–плацента–плід», зокрема за рахунок підвищення її неспецифічної резистентності. Саме превалювання активації центральних і скроневих областей півкуль головного мозку, контралатеральне розташування плаценти може розглядатися як ще одна ознака гестаційної домінанти, яка сприяє нормальному перебігу вагітності. У свою чергу відсутність або інверсія активації міжпівкульної асиметрії є прогностичною та ранньою діагностичною ознакою загрози переривання вагітності [13].

Гестаційна домінанта викликає не тільки фізіологічну перебудову в організмі матері, але і впливає на її емоційний стан. У результаті вагітні стають більш уразливими, чутливими до стресових впливів, у них легше розвиваються невротичні реакції. Особливу проблему становлять ситуації, коли сама вагітність стає психотравмуючим фактором [16]. Гестаційна домінанта включає фізіологічний та психологічний компоненти, які, відповідно, визначаються біологічними або психічними змінами. Вона забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а потім – плода. Стиль переживання вагітності, за Г.Г. Філіпповою, є однією з важливих характеристик психологічного компонента гестаційної домінанти (далі – ПКГД) та багато в чому відповідає виділеному J. Raphael-Leff типу ставлення жінки до вагітності [7]. Стиль переживання вагітності (далі – СПВ) супроводжує акушерську патологію. За сприятливої динаміки акушерської ситуації СПВ наближається до адекватного [19].

Основною причиною ускладнень вагітності розглядають саме порушення послідовної зміни домінанти зачаття на домінанту вагітності, внаслідок чого ПКГД формується слідом за фізіологічним [22]. Сучасні дослідження мають

розбіжності щодо переважання того чи іншого несприятливих типів ПКГД, що, звісно, залежить від контингенту вагітних, які брали участь у дослідженні, наявності ускладнень вагітності, способу народження тощо. Втім, усі вони свідчать про значний відсоток несприятливого типу ПКГД та його зв'язок з ускладненим перебігом гестації. Оцінку ПКГД використовують і з метою прогнозування ускладнень, зокрема, наявність тривожного та гіпогестогнозичного типу ПКГД у вагітних може вказувати на ризик розвитку гестозу [11].

Переживання вагітної жінки значною мірою визначаються особливостями моделі материнства, засвоєної від своєї матері, характером адаптації до шлюбу, міфами, уявленнями й очікуваннями, пов'язаними з майбутньою дитиною [18]. Материнство не забезпечується повністю вродженими механізмами, воно містить у собі біологічне прагнення до материнства, яке перетворене інтеріоризованими соціальними нормами [11].

Після здійснення теоретичного огляду статей та досліджень, присвячених розвитку материнської домінанти, можна дійти висновку, що вагітність є критичним перехідним періодом у житті жінки, в ході якого суттєво перебудовується її свідомість та взаємовідносини зі світом. В одному з ретроспективних досліджень у жінок з панічними атаками у 20% випадків спостерігалось зменшення симптоматики під час вагітності, у 54% – стан залишався без змін, у 26% – погіршувався перебіг захворювання.

Виявлено значний вплив тривожних розладів на перебіг вагітності та перинатальні наслідки: підвищувалася частота ПД, ЗРП, виникала загроза передчасних пологів, народження дітей з малою масою тіла, що впливало на віддалені прогнози [37]. Під час вивчення емоційного реагування жінок у динаміці фізіологічної вагітності було встановлено, що зі зростанням її терміну підвищується рівень ОТ, яку А.Е. Волков розглядає як процес адаптивний [1]. А. Смирнов у своїх дослідженнях зауважує, що нормальний перебіг гестаційного процесу характеризується середнім рівнем ОТ СТ [19].

За даними різних авторів, найбільш високий рівень тривожності реєструється у I та III триместрах вагітності та післяродовому періоді [10]. Зростання рівня тривоги в I триместрі корелює зі змінами самопочуття в рамках астеничного стану (нудота, блювота, дисомнія). Схожі висновки робить М.С. Вербицька та співавтори у вивченні впливу різних факторів на перебіг вагітності серед груп жінок з різним психосоматичним статусом. Автор виявила взаємозв'язок між психічним станом жінки та перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду, що варто враховувати у прогнозуванні та профілактиці ускладнень [9].

Більшість науковців та лікарів-практиків указують на важливу роль психоемоційного стану у виникненні прееклампсії, що визначає пріоритет емоційних чинників у розвитку цього ускладнення [28]. Так, за даними деяких авторів, на виникнення прееклампсії впливає підвищення рівня СТ [2]. McDonald було показано, що саме тривожність є головним фактором, який проводить межу між жінками з нормальною фізіологічною та ускладненою вагітністю [34].

Результати низки зарубіжних досліджень свідчать, що високий рівень тривоги і депресії, низька самооцінка відіграють роль в етіології низької перинатальної ваги плоду [35].

Існує думка, що стан вагітності знаходиться на межі норми та психічної патології. З моменту вагітності багато жінок відчувають зміни, які відповідають клінічним проявам астеничного симптомокомплексу, що дозволило [30] назвати ці розлади «психосоматичною реакцією на вагітність» [30]. Частота їх коливається від 13,7 до 33,3%, а результати тестування продемонстрували, що у здорових вагітних у 73% випадків проявляються донозологічні психічні зміни, які негативно впливають на розвиток гестаційних ускладнень.

Ускладнений перебіг вагітності та пологів у жінок з терміном вагітності 37–38 тижнів спостерігається в 2 рази частіше, ніж у пацієнток без порушень, а патологічний стан плода та новонародженого – у 3 рази частіше [33]. Клінічне вивчення пограничних психічних розладів продемонструвало, що найбільш поширеним варіантом є невротична реакція (63%). Серед причин, що провокують астению, провідна роль належить психогенним факторам із психологічним конфліктом в їхній основі, який залежить від важливості вагітності в житті жінки, тривоги за здоров'я дитини, наслідків у разі ускладнень, а також сімейного конфлікту та матеріально-побутового неблагополуччя [17].

Ряд авторів указують на невиношування плоду як одну із провідних причин тяжких емоційних переживань та депресії у жінок [32]. Психогенні порушення під час вагітності можуть сприяти розвитку клінічної картини загрози мимовільного викидня поряд із соматичними та гінекологічними факторами ризику, а за даними вітчизняних досліджень, за ускладненої вагітності психічні розлади розвиваються у 30–84% випадків [16].

Окремі автори відзначають зміни функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) у вигляді тривожно-фобічних, тривожно-депресивних та ригідних розладів, що виникають на фоні високого рівня ОТ [19].

До психосоціальних факторів, що впливають на перебіг вагітності, відносяться такі, як бажана вагітність, мотиви запліднення, стосунки з батьком дитини, підтримка сім'ї,

матеріально-побутові умови, втрата близьких тощо [15]. Під час проведення популяційного скринінгу авторами було виявлено, що вагітні промислових центрів виношують вагітність в умовах психоемоційного стресу [26].

Наявність тяжкої соматичної патології також є сильним стресогенним фактором, який несприятливо впливає на психосоматичний статус вагітних, а також на фізичний та психічний стан здоров'я новонароджених. Середня маса і довжина плода у таких жінок нижча, ніж за вагітності без маркерів стресу, нижчою є оцінка за шкалою Апгар [29].

Виражена емоційність, високі рівні тривожності й нейротизму певним чином впливають на розвиток гестаційних ускладнень [27]. Стан напруженості адаптаційних систем у вагітних із загрозою мимовільного викидня, за даними ряду досліджень, сприяє підвищенню рівня пролактину та кортизолу в сироватці крові, а імунний гомеостаз, особливо у випадку звиклого невиношування, можна охарактеризувати як імунодефіцитний стан унаслідок низьких рівнів імунорегуляторного індексу, підвищення пулу імуносупресорних клітин, активації прозапальних цитокінів, зростання частки HLA-антигенів та підвищенням вмісту IFN $\gamma$ , IL-8 [25].

Таким чином, у низці літературних джерел засвідчено, що психологічний стан вагітних значною мірою є результатом взаємодії двох складників: екстрагенітального, до якого слід віднести соматичні захворювання та індивідуально-типологічні особливості фізичного статусу жінки, і генітального, тобто власне фізіологічні особливості статевої сфери. Крім того, на психічний статус вагітної впливають індивідуально-психологічні та соціально-психологічні особливості. Саме оптимізація психічного стану жінки зумовлює сприятливий перебіг вагітності та народження здорової дитини.

Як видно з досліджень різних учених, що проявляли цікавість та вивчали типи та вплив ГД на жінку в цілому та на перебіг зачаття, вагітності й пологи, цей аспект є вагомим. Вчасно виявлена та виправлена, за необхідності, материнська домінанта може змінити пріоритети в житті дівчини, а згодом і жінки, оскільки в це поняття входить гормональна, фізіологічна, психологічна готовність усієї системи «жінка». Чим раніше шкільний психолог виявить тип уже сформованої материнської домінанти у дівчини, тим ефективніше здійсниться корекція. Від правильно налаштованої МД залежить і шлях, який вибере для себе дівчина. Це і формування гормональної системи та соціальних функцій, що впливають на рішення мати дітей.

У статті приділено увагу огляду існуючих досліджень на тему формування та тестування материнської домінанти. Однак нині залиша-

ються питання, які, на наш погляд, доцільно дослідити більш детально: як саме виявляти та коригувати материнську домінанту у невагітних та як швидко провести корекцію в разі виявлення тривожних та депресивних материнських домінант у невагітних дівчат.

Важливо також розробити психотехніку, яка би допомогла жінкам подолати сформовану та виявлену тривожність. Дослідження саме цих питань дасть змогу вдосконалити та поглибити знання в перинатальній психології та допоможуть розробити програму психологічної підготовки до пологів, не лише інформаційну, а й практичну, нададуть змогу жінкам ще до або під час вагітності навчитись впливати на свої негативні відчуття в тілі, навчитись легше і швидше засинати, скоротити час перебігу пологів, а малюк ще внутрішньоутробно буде навчатися спокою тощо.

Перспективи подальших досліджень: розроблення процедури тестування для дівчат у школах на рівень та тип сформованої материнської домінанти з метою своєчасного реагування та корекції виявленої тривожної та депресивної материнської домінанти; інформаційні заняття для хлопців та дівчат про важливість і різницю статевого дозрівання хлопців та дівчат.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Влияние состояния вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода. *Гинекология / Л.С. Александров и др.* 2013. № 2. С. 62–66.
2. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша. *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.* Москва : Наука, 1957. С. 320–333.
3. Астахов В.М., Пузь І.В. Пренатальна і перинатальна психологія як складові частини психології розвитку. Проблема девіантного материнства: стан і шляхи вирішення. *Жіночий лікар.* 2011. № 1. С. 41–45.
4. Астахов В.М., Бацилева О.В. Медико-психологічні та соціальні аспекти формування репродуктивної поведінки у сучасних умовах. *Здоровье женщины.* 2011. № 5. С. 170–173.
5. Батуев А.С., Соколова Л.В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать–дитя». *Вестник Ленинградского университета.* 1994. Сер. 3. Вып. 2. № 10. С. 85–102.
6. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства. «*Детский стресс – мозг и поведение*» : тезисы докладов научно-практ. конф. Санкт-Петербург : Междунар. Фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996. С. 3–4.
7. Батуев А.С., Соколова Л.В. Биологическое и социальное в природе человека. «*Биосоциальная природа материнства и раннего детства*». Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. С. 34–41.
8. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства. *Человек.* 2000. № 2. С. 16–27.

9. Вербицкая М.С., Захарийчук Ю.В. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода. *Психотерапия и клиническая психология*. 2010. № 1. С. 91–98.
10. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности. *Репродуктивное здоровье детей и подростков / Л.Т. Гацаева и др.* 2011. № 3. С. 66–73.
11. Добряков И.В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург : Питер, 2010. 272 с.
12. Добряков И.В. Типология гестационной доминанты. *Ребенок в современном мире* : тез. докл. 3-й междунар. конф. Санкт-Петербург : ЮНЕСКО, МО России, 1996. С. 21–22.
13. Дубинина Т.С. Психологический анализ ранней беременности и возможности психологической помощи. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2007. № 1. С. 83–85.
14. Захарийчук Ю.В., Вербицкая М.С. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода. *Психотерапия и клиническая психология*. 2010. № 1 (32). С. 91–98.
15. Ефанова Т.С. Психические расстройства и качество жизни беременных с угрозой невынашивания : дисс ... канд. мед. наук : 14.01.06 ; Научно-исследовательский институт психического здоровья. Томск, 2014. 228 с.
16. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин. *Медицинская психология в России*. 2012. № 5. С. 23–27.
17. Левицька А.В. Аналіз стресогенних факторів та роль стрес-реактивності у вагітних після ДРТ. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2008. Т. 2. С. 122–125.
18. Нечаева М.А., Беребин М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности. *Вестн. ЮУрГУ. Серия : Психология*. 2010. № 17. С. 33–38.
19. Смирнов А.Г. Особенности ЭЭГ беременных женщин с физиологическим протеканием гестационного процесса. *Biological Communications*. 2012. № 4. С. 92–101.
20. Филинов А.Г. Кардиоритмограмма в оценке вегетативной нервной системы в различные сроки нормально протекающей беременности. *Медицинский альманах*. 2016. № 5 (45). С. 55–58.
21. Филиппова Г.Г. Трансформация отношений привязанности у женщины период беременности. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2008. № 3. С. 31–37.
22. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. *Вопросы психологии*. 2001. № 2. С. 22–37.
23. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособ. Москва : Издательства института, 2002. 240 с.
24. Беременность как стрессотолерантное состояние. *Вятский медицинский вестник / В.И. Циркин и др.* 2012. № 4. С. 54–61.
25. Placental dysfunction is associated with altered microRNA expression in pregnant women with low folate status. *Mol Nutr Food Res / В.С. Baker et. al.* 2017. Vol. 61 (8). P. 1600646.
26. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry / G. Blankley et al.* 2015. Vol. 23. P. 688–692.
27. Coussons-Read M.E., Okun M.L., Nettles C.D. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun*. 2007. Vol. 21 (3). P. 343–350.
28. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. *Women Health / С. Hernandez-Martines*. 2011. Vol. 51 (2). P. 124–135.
29. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *Br J Psychiatry. / H.M. Jensen et. al.* 2013. Vol. 202 (5). P. 347–51.
30. Kumar R., Brockington I.F. Motherhood and mental illness. London : Academic Press ; N. Y. : Grune and Stratton, 1982. 265 p.
31. Kuminskaya E.A. Psychological characteristics of women at risk miscarriage: a review of current research. *Perinatal and reproductive psychology*. 2013. № 3. P. 56–66.
32. Li D., Liu L., Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2009. Vol. 24 (1). P. 146–53.
33. Mamelie N., Bertucat I., Munoz F. Pregnant women at work: rest periods to prevent preterm birth? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1989. Vol. 3(1). P. 19–28.
34. Cumulative psychosocial stress, coping resources, and preterm birth. *Arch Womens Ment Health / S.W. McDonald et. al.* 2014. Vol. 17(6). P. 559–68.
35. Nuckolls K.B., Cassel J., Kaplan B.G. Psychosocial Assets, Life crisis and the prognosis of pregnancy. *Amer. J. Epidem.* 1972. Vol. 5. P. 431–441.
36. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary Cortisol in pregnancy. *Biol Psychol / M. Pluess et al.* 2010. Vol. 83 (3). P. 169–175.
37. Randy A., Sansone M.D., Lori A. Panic Disorder: The Pinnacle of Anxiety. Primary Care Reports. 1999 December. URL: <https://www.reliasmedia.com/articles/44391-panic-disorder-the-pinnacle-of-anxiety> (Accessed 9 October 2020).
38. Concurrent levels of maternal salivary cortisol are unrelated to self-reported psychological measures in low-risk pregnant women. *Arch Womens Ment Health / K.M. Voegtline et. al.* 2013. Vol. 16 (2). P. 101–108.