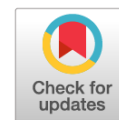


УДК 618.25-06:616.89

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD75699>

Психологический портрет беременных при различных осложнениях многоплодной беременности

А.В. Михайлов^{1, 2, 3, 4}, Ю.В. Заманаева²¹ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия;² Родильный дом № 17, Санкт-Петербург, Россия;³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия;⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Многоплодная беременность связана с повышенным риском как с акушерской, так и с психологической точки зрения.

Цель — выявить особенности пренатальных переживаний женщин с многоплодной беременностью и определить влияние разных типов осложнений многоплодной беременности на характер переживаний.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 80 пациенток в возрасте от 19 до 43 лет на сроке беременности от 21 до 39 нед., вынашивавших двойню. Пациентки были распределены на пять групп на основании особенностей клинического диагноза. Женщинам предлагали заполнить бланки опросных психодиагностических методик. Ответы на вопросы предполагали как количественную оценку, так и развернутое описание переживаний.

Результаты. Выявлены различия между группами по частоте проявления разных типов психологического компонента гестационной доминанты. Обнаружены тенденции к различиям между группами в показателях пренатальной привязанности. Анализ развернутых описаний беременных — представлений о детях и особенностей общения с ними — показал, что между группами существуют содержательные, качественные различия по следующим показателям: представлениям о характере детей, актуальным представлениям о них и представлениям о них после родов, особенностях взаимодействия беременных с будущими детьми в разных эмоциональных состояниях. На основании анализа полученных данных составлен психологический портрет беременной при различных осложнениях многоплодной беременности.

Заключение. Результаты исследования позволяют утверждать, что в зависимости от вида осложнений многоплодия специфические психологические переживания, связанные с беременностью, материнством и эмоциональным контактом с будущими детьми, накладывают свой отпечаток на поведенческие особенности взаимоотношений пациентки с окружающими людьми в целом и с медицинским персоналом в частности.

Ключевые слова: многоплодная беременность; осложнения в беременности; пренатальная привязанность; отношение к беременности; отношение к будущему ребенку; взаимодействие с медицинским персоналом.

Как цитировать:

Михайлов А.В., Заманаева Ю.В. Психологический портрет беременных при различных осложнениях многоплодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 2021. Т. 70. № 6. С. 49–62. DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD75699>

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD75699>

The psychological portrait of pregnant women with several complications of multiple pregnancy

Anton V. Mikhaylov^{1, 2, 3, 4}, Yulia V. Zamanayeva²

¹ The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott, Saint Petersburg, Russia;

² Maternity Hospital No. 17, Saint Petersburg, Russia;

³ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;

⁴ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

BACKGROUND: Multiple pregnancies are high-risk pregnancies from both an obstetric and a psychological point of view.

AIM: The aim of this study was to identify the features of prenatal experiences of women carrying multiple pregnancies and to determine the influence of several complications of multiple pregnancy on prenatal experience.

MATERIALS AND METHODS: The study involved 80 individuals aged 19 to 43 years, at a gestational age of 21 to 39 weeks, carrying twins. The patients were divided into five groups by clinical diagnosis and were asked to complete psychodiagnostic questionnaire. The answers to the questions suggested both a quantitative assessment and a qualitative description of their experiences.

RESULTS: We revealed some differences between the study groups in the frequency of manifestations of different psychological elements of the mother's gestational dominant. Some trends were also found for differences between the groups in terms of prenatal attachment rates. An analysis of pregnant women's descriptions of their ideas about the unborn children and communication with them showed that there were qualitative differences between the groups in the following: ideas about the characters of the unborn children, actual thoughts about them and thoughts about them after delivery, and features of the mother's communication with them in several emotional conditions. The data obtained allowed for describing the psychological portrait of pregnant women with several complications of multiple pregnancy.

CONCLUSIONS: Depending on the type of multiple pregnancy complications, there are specific psychological experiences associated with pregnancy, future maternity and an emotional bond with the unborn children. Moreover, these experiences influence the behavior of pregnant women and their communication with other people and medical staff.

Keywords: multiple pregnancy; pregnancy complications; prenatal attachment; attitude toward pregnancy; attitude toward the unborn child; medical staff communication.

To cite this article:

Mikhaylov AV, Zamanayeva YuV. The psychological portrait of pregnant women with several complications of multiple pregnancy. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2021;70(6):49–62. DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD75699>

ОБОСНОВАНИЕ

Многоплодная беременность связана с повышенным риском как с акушерской, так и с психологической точки зрения. Любые осложнения в период беременности могут стать причиной тяжелых переживаний. Цель психологического исследования состояла в выявлении специфических психологических особенностей переживания женщин, столкнувшихся с разными осложнениями при многоплодной беременности, знание которых может быть полезным как для лечащего врача в целях обеспечения эффективного взаимодействия с пациентками, так и психологу для выстраивания соответствующей стратегии оказания этим пациенткам психологической помощи.

Исследования психологических особенностей при многоплодной беременности крайне малочисленны. Предметом исследований являются особенности формирования пренатальной материнской привязанности к будущим детям, различные факторы, определяющие переживания женщин с многоплодной беременностью [1–4], переживание потерь в многоплодии [5–8].

Цель — выявить особенности пренатальных переживаний женщин с многоплодной беременностью; определить влияние разных типов осложнений многоплодной беременности на характер переживаний женщины.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

В исследовании участвовали пациентки отделения патологии беременности, подходящие под характеристики выборки и давшие согласие на проведение исследования. Пациентки заполняли опросники по четырем психодиагностическим методикам.

Критерием включения в исследование были неосложненная многоплодная беременность; многоплодная беременность, осложненная фето-фетальным трансфузионным синдромом с проведением операции лазерной коагуляции сосудов; многоплодная беременность, осложненная нарушением плодово-плацентарной гемодинамики; беременность, осложненная синдромом гибели одного плода (СГОП).

Пациентки, которым проводили операцию лазерной коагуляции анастомозов при фето-фетальном трансфузионном синдроме, заполняли опросники не ранее чем через 3 сут после внутриматочной операции. Пациенткам с беременностью, осложненной СГОП, были предложены варианты текстов методик для одноплодной беременности, опросники заполняли в рамках оказания психологической помощи.

Результаты исследования вносили в компьютер и статистически обрабатывали, развернутые ответы пациенток подвергали качественной обработке по методу контент-анализа.

Критерии соответствия

Исследование проведено на базе СПбГБУЗ «Родильный дом № 17».

Продолжительность исследования — 2 года.

Исследование проведено методом очного опроса. Пациентки заполняли бланки опросных психодиагностических методик. Ответы на вопросы предполагали как количественную балльную оценку, так и развернутое объяснение, изложенное на бланке методики.

Основной исход исследования

Переживания беременных с неосложненной и осложненной многоплодной беременностью, которые касались как самой беременности, так и отношения к будущим детям.

Дополнительные исходы исследования

Анализ в подгруппах

Пациентки были распределены на пять групп на основании особенностей их клинического диагноза. В группу «Норма» вошли 11 пациенток с неосложненной многоплодной беременностью; в группу «Осложнения беременности» — 20 пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью, преждевременным излитием околоплодных вод, предлежанием плаценты; в группу «Нарушение состояния плодов» — 25 пациенток, у которых диагностированы синдром селективной задержки развития плода, нарушения плодово-плацентарного кровоснабжения, фето-фетальный трансфузионный синдром; группа «Лазер» состояла из 13 пациенток с монохориальной беременностью, которым была проведена лазерная коагуляция сосудистых анастомозов при фето-фетальном трансфузионном синдроме, группу «СГОП» составили 11 пациенток, у которых беременность была осложнена СГОП.

Методы регистрации исходов

Методика «Тест отношений беременной» [9]

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при беременности. Эти механизмы направлены на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формируют отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы.

Тест состоит из списка утверждений, сгруппированных в три блока. В каждом блоке выделены три раздела, в которых разделены на шкалы различные понятия. Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Женщине было предложено выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Отношение женщины к себе беременной (Блок А) представлен следующими разделами. I. Отношение к беременности. II. Отношение к образу жизни во время беременности. III. Отношение к предстоящим родам.

Отношения женщины в системе мать – дитя (Блок Б) содержит следующие разделы. I. Отношение к себе

как к матери. II. Отношение к своему ребенку. III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Отношение беременной к отношению окружающих (Блок В) представлен следующими разделами. I. Отношение мужа. II. Отношение родственников и близких. III. Отношение посторонних людей.

Оптимальный тип ПКГД отмечен у женщин, относящихся к своей беременности ответственно, но без излишней тревоги. Как правило, это желанная, ожидаемая обоими супругами беременность.

Гипогестогнозический тип ПКГД характеризуется вытеснением переживаний, связанных с беременностью. Женщины с таким типом не испытывают желания корректировать образ жизни в связи с беременностью, избегают разговоров о беременности, скептически относятся к курсам дородовой подготовки. Причиной такого поведения может быть сильный страх потерять беременность.

Эйфорический тип ПКГД характеризуется повышенной эмоциональностью, преувеличенными аффектами, женщины погружены в тему беременности и предстоящего материнства. Нередко этот тип маскирует высокий уровень тревоги.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги, сопровождается ипохондричностью. Тревогу могут вызывать даже незначительные изменения в состоянии здоровья женщины или будущего ребенка. Женщина также может испытывать неуверенность в своих способностях позаботиться о ребенке.

Депрессивный тип ПКГД проявляется прежде всего резко сниженным фоном настроения. Женщина может утверждать, что не хочет рождения ребенка, не верит в свою способность выносить и родить здорового ребенка или справиться с предстоящими проблемами, связанными с его особенностями.

Методика «Пренатальный контакт» Ю.В. Замановой [10]

Пренатальный контакт — когнитивная, аффективная и поведенческая активность женщины, направленная на установление связи с будущим ребенком и взаимодействие с ним. Природа этого контакта субъективна: мы анализируем только интерпретации женщины того, как и почему реагирует ребенок теми или иными шевелениями.

Методика состоит из двух частей. Первая часть включает 9 вопросов, предполагающих количественную оценку частоты описанных явлений и развернутые ответы на эти вопросы. В качестве оценочной шкалы использована частота появлений той или иной формы контакта: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда». Вторая часть методики включает 8 открытых вопросов, предполагающих только развернутый ответ.

Шкала «Взаимодействие с детьми» характеризует общее качество и интенсивность контакта, эмоциональную вовлеченность женщины в этот контакт,

развернутые ответы позволяют выявить принятие женщиной будущих детей. В шкалу «Чувствительность к шевелениям детей» входят вопросы общего отношения женщины к шевелениям детей, чувствительности к разным вариантам шевелений: ощущает ли она разницу в шевелениях, отслеживает ли характер шевелений, силу, продолжительность циклов, как в целом воспринимает шевеления физически и психологически. Шкала «Интенсивность „эмоциональных посланий“ детям» описывает общий эмоциональный фон вынашивания: чувства, которые будущая мама транслирует непосредственно детям, то, как она выстраивает контакт с детьми в разных эмоциональных состояниях, ее эмоциональную вовлеченность.

Методика «Шкала антенатальной материнской привязанности» Дж. Кондона [11, 12]

Целью методики является диагностика отношения беременной к будущему ребенку. Нами были осуществлены перевод данной методики, адаптация на русскоязычной выборке вариантов для одноплодной и многоплодной беременности. Методика предусматривает 18 вопросов. По специальной для каждого вопроса шкале женщина выбирает наиболее подходящий вариант, описывающий характер ее переживаний за последние две недели.

Вопросы сгруппированы в две шкалы. В шкалу «Качество» вошли такие характеристики отношения к будущему ребенку, как близость/дистанция по отношению к ребенку, нежность/раздражение, уныние/радость, принятие/непринятие, представления о ребенке как отдельной личности. В шкалу «Интенсивность» вошли вопросы, направленные на выяснение времени, посвящаемого будущему ребенку: мыслям о нем, разговорам с ним, мечтам о нем, тактильному контакту, что интерпретируют как проявление заботы о будущем ребенке.

Методика «Пренатальная привязанность» М. Мюллер [13]

Методика включает 18 утверждений, распределенных по трем шкалам. В качестве оценочной шкалы использована частота появлений той или иной формы контакта: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда».

В шкалу «Чувствительность» вошли вопросы, характеризующие отношение беременной к шевелениям ребенка. Шкала «Интеракция» содержит вопросы, характеризующие способ контакта беременной с будущим ребенком — называние его по имени, поглаживание через живот. В шкалу «Антиципация» вошли вопросы, характеризующие представления о будущем, — мечты и фантазии по поводу того, каким будет ребенок и жизнь с ним после родов.

Этическая экспертиза

Протокол клинического психологического исследования «Психологические аспекты сложных ситуаций при многоплодной беременности», а также текст инфор-

мированного добровольного согласия пациенток на проведение данного исследования был утвержден на заседании локального этического комитета СПбГБУЗ «Родильный дом № 17» от 20.11.2017.

Статистический анализ

Принципы расчета размера выборки: размер выборки предварительно не рассчитывали.

Методы статистического анализа данных: статистическую обработку проводили с помощью пакета SPSS, учитывали результаты со значимостью $p < 0,05$. Были применены следующие методы статистической обработки: частотный анализ, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA с целью выявления значимых различий между группами.

Контент-анализ качественных данных предполагал выделение смысловых единиц в текстах ответов и подсчет частоты их появления в ответах пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объекты (участники) исследования

Информированное согласие на участие в исследовании было получено от 80 пациенток в возрасте от 19 до 43 лет в сроке беременности от 21 до 39 нед., вынашивавших двойню. Данная беременность была первой

для 41 пациентки; 16 пациенток уже имели детей, 13 пациенток уже переживали пренатальные потери; у 10 пациенток в анамнезе были и пренатальные потери, и дети.

Основные результаты исследования

Распределение частот выбора разных типов ПКГД по клиническому диагнозу в группах исследования представлено в табл. 1. Самая высокая доля оптимального отношения женщины к себе во время беременности наблюдалась в группе «Норма», а самая низкая — в группах «СГОП» и «Осложнения беременности». При этом в последней группе выявлена наиболее высокая частота эйфорического подобного отношения, маскирующего повышенную тревогу в переживаниях женщины по поводу уверенности в своей способности обеспечить нормальное протекание беременности.

В группах «Лазер» и «СГОП» наиболее часто встречалось тревожное отношение женщины к себе во время беременности — 28 и 24 % соответственно — по сравнению с остальными группами, в которых доля женщин с тревожным отношением составила не более 13 %.

В психологической системе мать – дитя, объединяющей отношение женщины к себе как к будущей матери, к ребенку и к перспективе грудного вскармливания после родов, получены схожие результаты. В группе «Норма» оптимальный тип отношения встречался с частотой 60 %,

Таблица 1. Частота выбора разных типов психологического компонента гестационной доминанты по клиническому диагнозу в группах исследования

Тип ПКГД	Ответы				
	группа «Норма»	группа «Осложнения беременности»	группа «Нарушение состояния плодов»	группа «Лазер»	группа «СГОП»
Отношение женщины к себе беременной					
Оптимальный	63 %	47 %	60 %	56 %	46 %
Эйфорический	21 %	35 %	27 %	13 %	24 %
Тревожный	12 %	13 %	13 %	28 %	24 %
Гипогестогнозический	3 %	5 %	0 %	2 %	3 %
Депрессивный	0 %	0 %	0 %	0 %	3 %
Отношения женщины в системе мать – дитя					
Оптимальный	60 %	50 %	49 %	54 %	42 %
Эйфорический	21 %	32 %	28 %	18 %	33 %
Тревожный	12 %	15 %	13 %	20 %	18 %
Гипогестогнозический	3 %	1,5 %	4 %	8 %	3 %
Депрессивный	0 %	1,5 %	5 %	0 %	3 %
Отношение женщины к отношению окружающих					
Оптимальный	57 %	52 %	56 %	66 %	46 %
Эйфорический	27 %	30 %	37 %	18 %	27 %
Тревожный	3 %	10 %	2 %	8 %	9 %
Гипогестогнозический	12 %	8 %	4 %	8 %	18 %
Депрессивный	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Примечание. ПКГД — психологический компонент гестационной доминанты; СГОП — синдром гибели одного плода.

тогда как в группе «СГОП» — только в 42 % случаев, треть ответов — 33 % — характеризует эйфорический тип, 18 % — тревожное отношение. В группе «Лазер» доли пациенток с тревожным и эйфорическим отношением составляли 18 и 20 %, зарегистрирован самый высокий показатель среди групп гипогестогнозического отношения. В группах «Осложнения в беременности», «Нарушение состояния плодов» и «Лазер» наблюдалась следующая тенденция: в группе «Лазер» была больше доля женщин с тревожным типом, а в группах «Осложнения в беременности» и «Нарушение состояния плодов» — с эйфорическим, маскирующим тревогу. В последних двух группах женщины транслировали во вне преувеличенный оптимистичный настрой, внутренне считая, что должны «ждать и надеется на хорошее», этим выражая свою материнскую заботу для обеспечения благополучного исхода беременности. Это отличает их от пациенток группы «Лазер», в которой женщины открыто выражали тревогу по поводу предстоящего внутриматочного вмешательства, но осознавали, что оно является единственной возможностью устранить жизнеугрожающее для их плодов осложнение беременности.

Во всех группах, кроме группы «СГОП», отношение женщины к реагированию окружающих людей на особенности течения ее беременности носило схожий характер: оптимальный и эйфорический типы отмечены более чем в половине и трети ответов соответственно. В группе «СГОП» установлена наибольшая доля женщин с гипогестогнозическим отношением (18 %) среди всех групп исследования, при этом данный выбор характеризовал отношение к беременности супругов пациенток. Выявленный факт, возможно, отражает тяжесть психологической ситуации для всей семьи, при которой супруг пациентки выбирает в виде защитной реакции стратегию замалчивания гибели одного из плодов и дистанцирования от жены.

Достоверные различия количественных показателей тестов были незначительны и выявлены в 4 из 55 вопросов, а метод парных сравнений по критерию Шеффе указывал на отсутствие значимых различий. В табл. 2

представлены результаты сравнения показателей пренатальной привязанности между группами, которые имеют тенденцию к различиям.

Наиболее чувствительными к шевелениям детей оказались женщины из группы «Осложнения беременности», минимально чувствительными — из группы «СГОП». При этом интенсивность «эмоциональных посланий» женщин будущим детям, разговоры с ними и степень их переживаний были значимо выше у женщин группы «СГОП» по сравнению с женщинами остальных групп. В группе «Норма» зарегистрированы минимальные значения этих показателей. Кроме того, в группе «Лазер» женщины крайне редко разговаривали со своими детьми — показатели в группе по этой шкале минимальны.

Анализ развернутых ответов беременных на вопросы о представлениях о детях и особенностях общения с ними показал, что между группами существуют содержательные, качественные различия. Различия в представлениях о будущих детях отражены в табл. 3.

Все пациентки с многоплодной беременностью описывали характер детей до родов через их сравнение по критерию «активности»: более и менее активный, активный и спокойный, подвижный и тихий и т. п. Из объективных критериев сравнения использовали пол (говорится о мальчике или девочке) и вес (большой или маленький). Женщины группы «Норма» и «Лазер» отличались от остальных групп простыми характеристиками с использованием слов «активный» и «спокойный».

Индивидуально окрашенные характеристики в представлениях о детях до родов присутствовали в ответах пациенток всех групп, кроме группы «Лазер». Оценочные негативные характеристики будущего ребенка, например «агрессивный», «требовательный», «напористый», встречались только в группе «Норма». В группе «СГОП» отмечено специфическое явление: 73 % пациенток характер будущего ребенка описали через личностные характеристики, связанные с умением преодолевать сложные ситуации («борец», «волевой», «лидер», «энергичный»).

Таблица 2. Значимые различия в средних показателях тестов между группами

Группа «Норма»	Группа «Осложнения беременности»	Группа «Нарушения состояния плодов»	Группа «Лазер»	Группа «СГОП»	Значимость различий $p < 0,05$
«Я знаю, чем вызваны шевеления моих детей» (указана степень частоты таких переживаний)					
2,82	3,10	2,40	2,69	2,36	0,030
«Когда я хочу донести до детей то, что чувствую и думаю, — я разговариваю с ними» (указана степень частоты таких событий)					
2,27	2,85	3,12	2,75	3,18	0,063
«Когда я говорила или думала о детях, находящихся во мне, я испытывала эмоциональные переживания, которые были...» (указана степень эмоций от слабых к сильным)					
3,45	3,60	3,83	4,15	4,27	0,058
«Я обнаруживала, что, когда я одна, я разговариваю со своими детьми...» (указана степень частоты таких переживаний)					
2,45	2,40	2,96	2,15	3,27	0,041

Примечание. СГОП — синдром гибели одного плода.

Таблица 3. Результаты развернутых ответов на вопросы о характере детей, актуальных представлениях о них и представлениях о них после родов

Группа	Ответы			
	представления о характерах детей до родов	наличие индивидуально окрашенных характеристик в представлениях о детях до родов	наличие или отсутствие представлений о будущих детях после их рождения	наличие индивидуально окрашенных характеристик в представлениях о детях после родов, сходство с членами семьи (мамой, папой, старшими детьми)
«Норма» — 11 пациенток	Описание ограничено отдельными словами или простыми словосочетаниями. Сравнение детей по их активности: «активный — спокойный»	Единичные характеристики, имеющие негативную окраску: «требовательный», «напористый», «агрессивный»	75 % (8) пациенток имели представления, 25 % (3) не имели представлений	У всех (8) пациенток, имевших представление о детях после рождения, в их описании присутствовали общие характеристики: «красивые», «послушные», «умные», «ласковые», «спокойные», «замечательные». Представления о сходстве с членами семьи было только у одной пациентки
«Осложнения беременности» — 20 пациенток	Описание характеров будущих детей многословное, развернутое, сравнительное: «более активный — более спокойный», «боевой — капризный», «бойкий, непоседа — спокойная», «шустрый — спокойный», «егоза — спокойный», «податливый — с характером»	Единичные характеристики: «ласковый», «податливый», «отзывчивый», «капризный», «послушный»	80 % (16) пациенток имели представления, 20 % (4) не имели представлений	У 50 % (8 из 16) пациенток в характеристиках сделан акцент на внешнем виде новорожденных и младенцев: «маленькие», «беззащитные», «пухленькие», «красненькие и кричащие». В ответах 37,5 % (6 из 16) пациенток присутствовали эмоционально окрашенные образы будущих детей: «жизнерадостные», «веселые», «счастливые», «озорники», «боевые», «драчуны». 25 % (4 из 16) пациенток представляют детей, похожими на себя и супруга
«Нарушения состояния плодов» — 25 пациенток	Описание характеров детей сравнительное: «активный — скромнее», «непоседа — сдержанный», «непослушный — покладистый», «одна — юла, вторая — соня», «энергичный — спокойный»	Присутствовали разнообразные личностные черты: «боевой», «настойчивый», «вредный», «покладистый», «мягкий», «добрый», «непослушный», «сдержанный», «упорный», «своеправный»	76 % (19) пациенток имели представления, 24 % (6) не имели представлений	В описании детей у 52,6 % (10 из 19) пациенток присутствовали индивидуально окрашенные характеристики: «озорные», «активные», «умные», «спокойные или кричащие», «смелые», «смышлелые», «хорошо развиваются», «веселые», «в будущем — самодостаточные», «с доверием к миру», «любопытные», «дружные». В ответах 52,6 % (10 из 19) пациенток встречались упоминания о сходстве будущих детей с собой, супругом, старшим ребенком
«Лазер» — 13 пациенток	Описание характеров сравнительное, по критерию «активности» большинство пациенток использовали дихотомические описания «активный — спокойный»	Описания с использованием личностных характеристик отсутствуют	54 % (7) пациенток имели представления, 46 % (6) не имели представлений	Описания будущих детей в ответах пациенток разделились на две пересекающиеся части: 57 % (4) пациенток сосредоточены на внешнем виде младенцев: «маленькие», «малыши», «пупсики-паучки», а в ответах 43 % пациенток (3) присутствовали развернутые индивидуально окрашенные характеристики: «красивые и счастливые, веселые, добрые», «один любит скорость, быстрю езду, другой любит театр и классическую литературу», «сильные, добрые, смелые, стойкие, храбрые». Указания на сходство детей с собой или супругом отсутствовали
«СТОП» — 11 пациенток	Описания характера будущего ребенка подробные и развернутые у 82 % пациенток. Одна пациентка «вообще не представляет себе ребенка», одна представляет его «беззащитным, маленьким»	У 73 % пациенток в описании преобладали сила и активность ребенка: «живой», «лидер», «борец», «сильный», «энергичный», «независимый», «терпеливый», «индивидуальный», «активный», «целеустремленный», «волевой»	63 % (7) пациенток имели представления, 37 % (4) пациенток не имели представлений с формулировкой «боюсь представлять»	Описания у всех пациенток подробные, с внешними характеристиками, индивидуальные особенности с акцентом на силе и активности: «сильный», «активный», «с характером», «волевой», «крепенький», «улыбчивый». В ответах 28,5 % (2) пациенток отмечено сходство будущего ребенка с собой, супругом, старшим ребенком. Ни в одной анкете не упоминалась потеря одного плода как сложная для выжившего близнеца ситуация

Примечание. СТОП — синдром гибели одного плода.

Таблица 4. Особенности взаимодействия беременных с будущими детьми в разном эмоциональном состоянии

Группа	Ответы				«эмоциональные послания» детям
	реакция детей на изменения эмоционального состояния будущей мамы	проявления заботы о детях в волнительной ситуации	характер общения с детьми в спокойном состоянии		
«Норма» — 11 пациенток	18 % (2) пациенток отмечали, что дети реагируют на изменения эмоционального состояния будущей мамы	36 % (4) пациенток пытались успокоить детей в волнительной ситуации	В спокойном эмоциональном состоянии общались с детьми 81 % (9) пациенток. Основной способ общения: «отдыхаем», «глажу живот», «общаясь, читаю сказки»	Описание посланий лаконичное с акцентом на ожиданиях встречи с детьми после родов: «любовь», «успокоение», «ожидание встречи», «все будет хорошо»	
«Осложнения беременности» — 20 пациенток	35 % (7) пациенток отмечали изменения в активности детей в связи со своим эмоциональным состоянием	60 % (12) пациенток в ситуации волнения намеренно корректировали свое поведение, чтобы успокоиться	В спокойном состоянии активно общались с детьми 55 % (11) пациенток: «разговариваю», «глажу живот и общаюсь», «слушаю классику»	Основные транслируемые детям эмоции: «любовь», «забота», «пожизненные эмоции», «восхищение», убеждение детей «побить еще внутри», «не торопиться», «родиться в срок»	
«Нарушение состояния плодов» — 25 пациенток	40 % (10) пациенток отмечали изменения в активности детей в связи со своим эмоциональным состоянием	В волнительных ситуациях 40 % (10) пациенток знали, как успокоить детей — уменьшить их двигательную активность, а 40 % (10) либо переставали общаться с детьми, либо пытались вытеснить негативные эмоции	В спокойных ситуациях наблюдалась явная тенденция — 72 % (18) пациенток — к позитивному наполнению контакта: женщины пели, читали сказки, слушали музыку, называли детей по именам	В контакте всех пациенток присутствовали активные попытки донести до детей пожелания здоровья, сил, терпения, «хорошо развиваться», «во время родиться»	
«Лазер» — 13 пациенток	31 % (4) пациенток отслеживали изменения в шевелениях детей в связи со своим физическим или эмоциональным состоянием	23 % (3) пациенток «отключались» от детей в ситуации волнения из опасений «передать им тревогу», 54 % пациентки активно пытались улучшить свое эмоциональное состояние и «успокоить» детей	В спокойном состоянии общались с детьми 69 % (9) пациенток, общее носило спокойный характер: «просто разговариваю», «спокойно хожу», «поглаживаю по животу», «прислушиваюсь к ним»	В обращениях пациенток к будущим детям присутствовала тема тревоги за них и желание их защитить, а также поддержка и активные позитивные установки на дальнейшее развитие и рождение	
«СТОП» — 11 пациенток	91 % (10) пациенток замечали, что их эмоциональное состояние влияет на характер шевелений ребенка	Все 11 пациенток изменяли характер общения с ребенком в зависимости от своего эмоционального состояния: в ситуации волнения пытались успокоить ребенка, разговаривая с ним и поглаживая живот	В спокойном состоянии все 11 пациенток активно общались с ребенком: разговаривали, гладили живот, пели песни, рассказывали о происходящем	Характер «эмоциональных посланий»: «любовь», «нежность», «счастье», «радость», «умиление»; «забочусь», «защищаю», «берегаю», «грею», его «ждут и любят». Общий тон адресованных ребенку вербальных посланий предполагает активную поддержку от семьи: «вся семья ждет появления», «любят и ждут папа, мама, бабушка, сестра, брат», «все близкие у тебя хорошие и ждут тебя», «ждем и любим бесконечно»	

Примечание. СТОП — синдром гибели одного плода.

Представления о детях после родов были сформированы у пациенток всех групп. В группе «Осложнения беременности» этот показатель максимальный (80 %), в группе «Лазер» — минимальный (54 %). Описания детей после родов характеризовались определенной спецификой в группе «Норма»: были сконцентрированы на общих характеристиках («красивый», «замечательный», «умный»). Индивидуально окрашенные характеристики и развернутые описания чаще встречались в группах «Нарушения состояния плодов» (53 %) и «СГОП» (100 %). В группе «СГОП» смысловым акцентом в представлениях о ребенке являлись сила и активность («волевой», «с характером», «активный», «сильный»).

Интересно также, что представления о детях как о младенцах («маленькие», «беспомощные», «красненькие пупсики») чаще всего встречались в группе «Лазер» — 57 %, причем эти представления были для этих пациенток единственными — они не сочетались с другими характеристиками, как в других группах. Значительная доля «младенческих» характеристик выявлена в группе «Осложнения беременности» (50 %), но они сочетались с другими описаниями внешности и характера.

Особенности взаимодействия беременных с будущими детьми представлены в табл. 4.

В группе «Норма» всего 2 из 11 пациенток (18 %) отмечали, что их дети реагировали на изменения их эмоционального состояния, в то время как в группе «СГОП» подобное ощущение возникало у 10 из 11 пациенток (91 %).

В волнительной ситуации пациентки могут корректировать свое поведение и осознанно «поддерживать» детей. В группе «Норма» подобная поведенческая реакция наблюдалась только у 4 из 11 (36 %) пациенток, тогда как в остальных группах — у более чем половины пациенток, а в группе «СГОП» — у всех пациенток.

Интересный факт отмечен в группах «Осложнения в отношении плодов» и «Лазер»: в ситуации волнения часть пациенток (40 и 23 % соответственно) использовали специфический способ коррекции — вообще переставали общаться с детьми, объясняя это тем, что таким образом они защищают детей от своих негативных эмоций.

Характер общения будущих мам с детьми в спокойном состоянии был схожим во всех группах: с детьми разговаривали, слушали музыку, рассказывали им о происходящем, воспринимая детей как «партнеров» в общении, которые могут слышать и понимать обращенную к ним речь и звуки. Исключением являлась группа «Лазер», в которой общение с детьми даже в спокойном состоянии матери протекало пассивно, характеризуясь скорее «со-присутствием» детей, ощущением, что они делали с детьми что-то «вместе», а не «во взаимодействии» с ними.

Характер «эмоциональных посланий» детям в группах также различался. В группе «Норма» основной акцент был сделан на ожидании встречи с детьми после родов и переживании любви к ним. В группах «Осложнения беременности» и «Нарушение состояния плодов» характер

«эмоциональных посланий» детям состоял в «пожеланиях и просьбах» своевременного появления на свет, здоровья, сил, гармоничного развития. В группе «Лазер» будущие мамы занимали более активную позицию: с одной стороны, они сообщали детям о тревоге за их здоровье и желании их защитить, с другой — о любви к ним, о том, что сделано все для их благополучного появления на свет, и вере в хороший исход. В группе «СГОП» характер «эмоциональных посланий» отличался обилием разнообразных оттенков эмоций положительного спектра в сочетании с темой материнской защиты. Специфической особенностью данной группы являлась трансляция ребенку того, что его появления ждет не только мама, но и все члены семьи.

В предлагаемых пациенткам методиках отсутствовал специальный вопрос о схожести будущих детей с кем-то из членов семьи, но представляет очевидный интерес, что это сходство было упомянуто в ответах пациенток всех групп, кроме группы «Лазер». Сходство с собой, супругом или старшим ребенком видят чаще всех пациентки группы «Нарушение состояния плодов» (52 %). В группе «Лазер» тема сходства отсутствует, в группе «Норма» она минимальна (12 %). Представляется, что данный факт можно объяснить психологическим включением матерями будущих детей в семью еще до их рождения. Известно, что будущая мама на определенном этапе желанной беременности говорит о ребенке «он мой», уже принимая на себя роль «его мамы», поэтому можно предположить, что позиция «он на нас похож» означает субъективное включение ребенка в семейное пространство — «он наш».

Дополнительные результаты исследования

Нежелательные явления при проведении исследования отсутствовали.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Анализ полученных данных позволяет описать психологический портрет беременной со своими особенностями переживаний и характере ее общения с медицинским персоналом при различных осложнениях многоплодной беременности.

Обсуждение основного результата исследования

Группа пациенток с неосложненной многоплодной беременностью

Пациенток данной группы отличает превалирующий оптимальный, в комбинации с эйфорическим, тип психологического компонента гестационной доминанты. Описание женщинами будущих детей немногословно,

представления о них часто шаблонные, ориентированы на общепринятые образы, с различными внешними характеристиками. Это единственная из всех других группа, в которой беременные использовали негативные характеристики при описании будущих детей. Пациентки данной группы не выражали значительного беспокойства при изменении характера шевелений детей в зависимости от своего эмоционального состояния. Лишь только пятая часть пациенток отмечала, что при смене их эмоционального состояния дети могли реагировать разными шевелениями. В спокойном состоянии они активно общались с детьми, в минуты волнения только треть вспоминала о беременности и детях, пытаясь их «успокоить».

Беременные с неосложненной многоплодной беременностью редко общались с детьми с активной позиции и желанием что-то намеренно им сообщить или как-то на них повлиять. В характере немногословных обращений к детям преобладали понятия «любовь», «ожидание встречи», «привязанность», «спокойствие». Результаты в данной группе можно описать в целом как «нормативные». У пациенток этой группы нет психологических вызовов, связанных с осложнениями беременности. Можно предположить, что психологическое наполнение беременности, характер представлений о детях и контакта с детьми обусловлены индивидуальными особенностями и не носят защитного характера — нет необходимости эмоционально «вкладываться» в процесс вынашивания и общения с детьми, чтобы повлиять на течение беременности или состояние детей.

В психологической помощи пациентки этой группы не нуждались.

Группа пациенток с осложнениями течения многоплодной беременности

Для пациенток с осложненным течением многоплодной беременности характерно эйфорическое отношение к беременности и к себе как будущей матери в сочетании с неоднозначным отношением к родам, грудному вскармливанию, отцу детей. По сравнению с другими, в этой группе самая маленькая доля женщин с оптимальным и самая большая с тревожным типами отношения к грудному вскармливанию. Женщины данной группы оказались наиболее эмоционально чувствительны к изменениям в характере шевелений их детей и наиболее активны в поисках способов влияния на их двигательную активность. Описание характеров будущих детей у этих пациенток многословны и развернуты, самое большое, по сравнению с другими группами, число из них сформировали представления о своих детях после рождения. Четверть пациенток представляют детей похожими на себя и/или супруга, образы будущих детей эмоционально окрашены. Основные транслируемые детям эмоции: просьбы к детям «побыть еще внутри», «не торопиться» на фоне «любви», «заботы» и «восхищения».

При общении с врачами пациентки проявляют мнительность по поводу своего состояния и повышенную тревогу о своем здоровье и появлении новых телесных ощущений. Они задают множество вопросов при общении с врачами, часто повторяются, пугаются любого изменения своего состояния. Иногда встречается и прямо противоположная стратегия эмоционального поведения: пациентка «не понимает» серьезности рисков, имеет необоснованный с медицинской точки зрения, оптимистичный, даже эйфорический настрой. По нашему мнению, эйфорическое отношение к беременности и к себе как будущей матери, находящейся в зоне перинатального риска, носит защитный характер, блокируя повышенную тревогу, чувство вины и переживания по поводу возможности выносить ребенка до оптимального срока. Отчасти это отражает тревожное отношение к грудному вскармливанию, свидетельствующее о сомнениях в своих материнских возможностях после родов. Кроме того, эйфорический тип отношения к беременности также показывает высокую степень ее значимости для женщины.

У пациенток этой группы установлен пренатальный контакт с детьми и развита материнская привязанность к ним в целом. Переживания женщин по поводу детей и представления о детях развернуты и разнообразны, в них преобладает позитивное личностное отношение. Образы детей психологически наполнены, они активно включены в семейную систему, с их присутствием считаются — женщины осознанно корректируют свое поведение, если волнуются, чтобы компенсировать возможный «вред» своих негативных эмоций. В общении с будущими детьми пациентки передают свое желание защитить их и просят, чтобы они не спешили появляться на свет раньше срока. По сравнению с пациентками с неосложненной многоплодной беременностью, женщины данной группы достоверно чаще через шевеления детей ощущают себя вовлеченными в актуальный эмоциональный и телесный контакт с будущими детьми, психологическое наполнение беременности гораздо более разнообразно и динамично.

Треть (6 из 20) пациенток нуждались в психологической помощи. В процессе психологической работы пациентки сообщали о наличии у них чувства вины и ощущении беспомощности от невозможности повлиять на ситуацию, ненадежности своего тела для безопасного вынашивания детей. При общении с врачами им нужны были четкие, пусть даже минимальные, рекомендации по поводу их реальных возможностей: о соблюдении режима, приеме лекарств, выполнении процедур и т. п.

Группа пациенток с нарушением состояния плодов при многоплодной беременности

В этой группе в целом велика доля пациенток с эйфорическим отношением к беременности, себе как матери (максимальная среди всех групп) и отцу детей

в сочетании с оптимальным отношением к изменениям образа жизни в период беременности, родам, грудному вскармливанию и объяснимо высокая доля пациенток с тревожным отношением к своим еще не рожденным детям.

Родительство в этой группе характеризуется высокой степенью значимости, что подтверждается высокими значениями эйфорического отношения к себе как будущей матери и к отцу детей. То, что в этой группе чаще, чем в остальных группах, выявлены активные попытки проследить схожесть характеров или внешнего вида с членами семьи — старшего ребенка, самой женщины, отца детей, говорит о том, что будущие дети уже находятся в психологическом пространстве семьи и получают эмоциональную поддержку от ее членов. Именно это семейное, совместное переживание беременности является тем внутренним ресурсом, благодаря которому женщины справляются с тревогами, связанными с состоянием здоровья детей. Кроме того, возникает ощущение «общности детей» — представляемой женщиной возможности их контакта, основанного на взаимной поддержке.

Разнообразный, эмоционально наполненный контакт с детьми направлен на создание максимально благополучных условий для вынашивания и обуславливает возникновение у женщин ощущения дееспособности и материнской активности. У большой доли женщин с оптимальным отношением к грудному вскармливанию сформировалась уверенность в себе как будущей матери и настроенность на активную материнскую заботу о детях после родов.

В этой группе 14 пациенток (56 %) нуждались в психологической помощи. Запросы касались сложностей в преодолении тревоги по поводу здоровья детей, в переживаниях «рассогласования» интересов: один ребенок чувствует себя внутриутробно хорошо, а второй — страдает; необходимости выбора дальнейшей тактики продолжения беременности: экстренного кесарева сечения в интересах плода с ухудшением состояния или продолжения беременности в интересах плода без особенностей развития. Кроме того, на фоне переживаний по поводу детей у женщин могут обостряться внутрисемейные конфликты, актуализируются переживания травмирующих жизненных событий, детские переживания, связанные с отношениями со своими родителями в прошлом.

В общении с врачами пациентки стараются получить максимальную информацию по поводу состояния здоровья детей и своих возможностей положительно повлиять на него. Эти пациентки настроены на тесный контакт с врачами-неонатологами, им крайне важна подробная информация, чтобы сформировать адекватные представления о происходящем с детьми на данный момент и о вариантах развития событий с новорожденными после родов.

Группа пациенток с монохориальной беременностью, осложненной фето-фетальным трансфузионным синдромом, и последующей лазерной коагуляцией сосудистых анастомозов

Для этой группы характерна большая доля женщин с тревожным отношением к беременности, образу жизни в период беременности и к будущим детям. При этом внутренним ресурсом женщин данной группы является значимость материнства — явно преобладающее оптимальное отношение к родам, грудному вскармливанию и себе как будущей матери. У этих женщин ведущее значение имеет то, что они могут влиять на состояние здоровья своих детей и обеспечить их нормальное развитие после родов. Это подтверждается описанием женщинами будущих детей как обладающих индивидуально окрашенными чертами, при отсутствии актуального описания их характеров до внутриматочного фетоскопического вмешательства. Интересно также, что в этой группе представления о детях разделились на две почти одинаковые части: только как о младенцах без дополнительных фантазийных характеристик и уже как о подростках со своими вкусами, индивидуальными проявлениями и внешностью. Эта группа — единственная, в которой отсутствовали женщины, указавшие на сходство детей с членами семьи, то есть дети пока не включены в пространство семьи. Мы предполагаем, что отчасти это связано с превентивной психологической защитной реакцией от возможной потери, так как лазерная коагуляция как внутриутробное вмешательство связана с высокими рисками.

Пациентки из этой группы значимо реже, чем остальные, разговаривали со своими детьми, находясь в одиночестве, и также реже представляли себе, как называют детей по имени. У этой группы пациенток были самые низкие среди всех групп показатели по шкалам пренатальной привязанности, описывающим взаимодействие с детьми, представления о них и чувствительность к их шевелениям. Пренатальный контакт с детьми отличался от остальных групп специфическими чертами: пациентки сообщали скорее о «соприсутствии» детей, чем об активном «взаимодействии» с ними.

В ситуации волнения четверть пациенток используют стратегию «отключения» от контакта с детьми, хотя больше половины знают, какими способами можно «успокоить» детей при повышении их активности. При «обращении» к будущим детям женщины занимают активную позицию: с одной стороны, сообщают им о тревоге за их здоровье и желании их защитить, с другой — о любви к ним, о том, что все сделано для благополучного развития и появления на свет, что они верят в хороший исход.

Высокий уровень тревоги, отличающий пациенток данной группы, вполне объясним, так как складывается сложная ситуация, при которой даже внутриутробное оперативное вмешательство не дает гарантий

на благополучный исход. Кроме того, операция пугает пациенток сама по себе, поскольку является инвазивной процедурой. При общении с хирургами пациентки задают вопросы о вероятности успешного донашивания после операции, их всегда интересует, что они сами могут сделать, чтобы улучшить результат.

Тревога в данной группе направлена на оба полюса — как по отношению к себе из-за операции, так и на детей. Пациенткам крайне важно осознать, что предстоящая процедура — буквально единственный шанс на спасение детей. Благодаря такому внутреннему настрою пациентки лучше справляются со своими переживаниями. Страх потери одного плода или всей беременности является причиной низкой чувствительности к шевелениям детей, нежелания эмоционально включаться в контакт с ними, персонифицировать будущих детей, фантазировать по поводу будущего. Однако, несмотря на такой фон общения, женщины предпринимают активные попытки повлиять на ситуацию в сторону благополучного исхода в виде «уговоров» детей и психологической работы над темой их защиты.

По этой причине все пациентки этой группы нуждаются в психологической помощи как до, так и, при необходимости, во время операции. Можно утверждать, что всесторонняя информированность об операции и особенностях ее проведения, психологическая подготовка к ней помогают снизить остроту тревоги за счет максимального исключения домыслов и негативных фантазий.

Пациентки с многоплодной беременностью, осложненной синдромом гибели одного плода

Особенность данной группы — в большом разбросе типов психологического компонента гестационной доминанты. Наиболее гармоничным является отношение к изменению образа жизни в период беременности и грудному вскармливанию. В остальных сферах велика доля женщин с тревожным отношением. Система мать – дитя, в том числе отношение женщины к себе как к будущей матери и к ребенку, выглядит наиболее неблагополучной среди всех остальных групп: оптимальное отношение было выявлено у менее чем половины пациенток, треть из них проявляли эйфорический тип и тревогу.

Специфическая особенность данной группы заключается в описании характера выжившего близнеца через личностные качества, связанные с умением преодолевать сложные ситуации. Эти пациентки очень чувствительны к поведению детей и замечают, что их эмоциональное состояние влияет на характер шевелений ребенка. Они изменяют характер общения с ребенком в зависимости от своего эмоционального состояния: в ситуации волнения пытаются успокоить его, разговаривая с ним и поглаживая живот. Специфичным для данной группы является также то, что через «эмоциональные послания» ребенку активно транслируется любовь, его желанность и заботливое отношение со стороны всех

членов семьи, что сопровождается активным физическим контактом — женщины гладят живот, стараются почувствовать ребенка, проявляя развернутые представления о нем после родов.

Наиболее ярко показатели пренатальной привязанности данной группы различались с показателями женщин с неосложненной беременностью. Сила эмоциональных переживаний по поводу будущего ребенка у женщин из группы «СГОП» значимо больше, чем у женщин с неосложненной беременностью: эмоции, связанные с ребенком, пациентки из группы «СГОП» оценивают скорее как «сильные», в то время как пациентки из группы с неосложненной беременностью склоняются к характеристике «средние». Кроме того, пациентки из группы «СГОП» очень часто разговаривают со своим ребенком, когда находятся одни, в то время как представительницы других групп отмечают, что делают это редко. Активный, направленный от матери ребенку контакт сочетается с неуверенностью в причинах шевелений ребенка: представительницы группы «СГОП» отмечают, что редко могут определить, чем вызваны шевеления ребенка.

Проецирование будущей матерью на ребенка качеств «борца» является, с нашей точки зрения, прямым следствием потери другого плода, которая воспринимается как сложное и тяжелое событие для развивающегося ребенка. И потому его субъективный образ как обладающего определенной личностной силой призван создавать у женщины ощущение, что у него есть ресурсы и возможности «справиться» и победить в борьбе за свою жизнь.

Все пациентки данной группы нуждались в психологической помощи. При общении женщин данной группы с врачами ярко проявляются опасения по поводу здоровья выжившего близнеца, желание понять, может ли ему причинить вред гибель близнеца. Разъяснение врачом этой ситуации помогает женщине настроиться на живого ребенка и сосредоточиться на актуальных задачах вынашивания. То, что значимые различия получены именно по шкале «Интенсивность „эмоциональных посланий“ матери ребенку», показывает активную роль женщины как будущей матери. Такая стратегия представляет собой реакцию на потерю одного плода и основана на ощущении, что материнская забота и дееспособность в целом могут проявляться именно через активный, позитивный, поддерживающий контакт с будущим ребенком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При многоплодной беременности возникают специфические психологические переживания, связанные с беременностью, материнством и эмоциональным контактом с будущими детьми. В зависимости от вида осложнений многоплодия личностные переживания накладываются

отпечаток на особенности взаимоотношений пациентки с окружающими людьми в целом и с медицинским персоналом в частности. Понимание причин особенностей поведения и эмоционального ответа женщины при осложненном течении многоплодной беременности предоставляет возможность медицинским работникам выделить пациенток, нуждающихся в психологической помощи, позволяющей при необходимости установить максимально эффективный эмоциональный контакт с пациенткой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Noble E. Having twins and more. N.Y.: Houghton Mifflin Company; 2003. DOI: 10.1375/twin.8.4.415
2. Damato E.G. Maternal-Fetal attachment in twin pregnancies // *JOGNN Clinical Research*. 2000. Vol. 29. No. 6. P. 598–605. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02073
3. Damato E.G. Predictors of prenatal attachment in mothers of twins // *JOGNN Clinical Research*. 2004. Vol. 33. No. 4. P. 436–445. DOI: 10.1177/0884217504266894
4. Beauquier-Maccotta B., Chalouhi G.E., Picquet A.-L. et al. Impact of monochorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms // *PLoS One*. 2016. Vol. 11. No. 1. P. e0145649. DOI: 10.1371/journal.pone.0145649
5. Заманаева Ю.В. Пренатальные потери при многоплодной беременности // *Вестник практической психологии*. 2020. № 2. С. 31–42.
6. Михайлов А.В., Заманаева Ю.В. Психология переживания антенатальных потерь // *Плод и новорожденный как пациенты*. Санкт-Петербург: Петрополис, 2015. С. 696–703.
7. Pector E.A., Smith-Levitin M. Bereavement: grief and psychological aspects of multiple birth loss // *Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome*. London, 2006. P. 862–873. DOI: 10.1201/b14615-115

REFERENCES

1. Noble E. Having twins and more. N.Y.: Houghton Mifflin Company; 2003. DOI: 10.1375/twin.8.4.415
2. Damato EG. Maternal-fetal attachment in twin pregnancies. *JOGNN Clinical Research*. 2000;29(6):598–605. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02073
3. Damato EG. Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *JOGNN Clinical Research*. 2004;33(4):436–445. DOI: 10.1177/0884217504266894
4. Beauquier-Maccotta B, Chalouhi GE, Picquet AL, et al. Impact of monochorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms. *PLoS One*. 2016;11(1):e0145649. DOI: 10.1371/journal.pone.0145649
5. Zamanaeva YuV. Prenatal'nye poteri pri mnogoplodnoy beremennosti. *Vestnik prakticheskoy psikhologii*. 2020;(2):31–42. (In Russ.)
6. Mikhaylov AV, Zamanaeva YuV. Psikhologiya perezhivaniya antenatal'nykh poter'. In: *Plod i novorozhdenny kak patsienty*. Saint Petersburg: Petropolis; 2015. P. 696–703. (In Russ.)
7. Pector EA, Smith-Levitin M. Bereavement: grief and psychological aspects of multiple birth loss. In: *Multiple pregnancy: epidemiology,*

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Исследование выполнено без использования спонсорских средств и финансового обеспечения.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

8. Kollantai J.A. Coping with the impacts of death in a multiple birth // *Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome*. London, 2006. P. 874–876 DOI: 10.1201/b14615-116
9. Добряков И.В. Перинатальная психология. Санкт-Петербург: Питер, 2010.
10. Заманаева Ю.В. Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2020. Т. 10. № 3. С. 303–322. DOI: 10.21638/spbu16.2020.307
11. Muller M.E. The development of the prenatal attachment inventory // *West. J. Nurs. Res*. 1993. Vol. 15. No. 2. P. 199–215. DOI: 10.1177/019394599301500205
12. Pallant J.F., Haines H.M., Hildingsson I. et al. Psychometric evaluation and refinement of the prenatal attachment inventory // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014. Vol. 32. No. 2. P. 112–125. DOI: 10.1080/02646838.2013.871627
13. Condon J.T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument // *Br. J. Med. Psychol*. 1993. Vol. 66. P. 167–183. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x

- gestation and perinatal outcome. London; 2006. P. 862–873. DOI: 10.1201/b14615-115
8. Kollantai JA. Coping with the impacts of death in a multiple birth. In: *Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome*. London; 2006. P. 874–876. DOI: 10.1201/b14615-116
9. Dobryakov IV. Perinatal'naya psikhologiya. Saint Petersburg: Piter; 2010. (In Russ.)
10. Zamanaeva JV. Psychodiagnostic method "Prenatal contact": Structure and psychodiagnostic opportunities. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2020;10(3):303–322. (In Russ.). DOI: 10.21638/spbu16.2020.307
11. Muller ME. Development of the prenatal attachment inventory. *West J Nurs Res*. 1993;15(2):199–215. DOI: 10.1177/019394599301500205
12. Pallant JF, Haines HM, Hildingsson I, et al. Psychometric evaluation and refinement of the prenatal attachment inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014;32(2):112–125. DOI: 10.1080/02646838.2013.871627
13. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol*. 1993;66:167–183. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x

ОБ АВТОРАХ

* **Антон Валерьевич Михайлов**, д-р мед. наук, профессор;
адрес: Россия, 192174, Санкт-Петербург,
Леснозаводская ул., д. 4, корп. 1;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0343-8820>;
Scopus Author ID: 18042427700;
eLibrary SPIN: 7967-4999;
e-mail: mav080960@gmail.com

Юлия Владимировна Заманаева, канд. псих. наук;
e-mail: jzamanaeva@mail.ru

AUTHORS INFO

* **Anton V. Mikhaylov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 4 building 1 Lesnozavodskaya St., Saint Petersburg,
192174, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0343-8820>;
Scopus Author ID: 18042427700;
eLibrary SPIN: 7967-4999;
e-mail: mav080960@gmail.com

Yulia V. Zamanayeva, Cand. Sci. (Psychol.);
e-mail: jzamanaeva@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author