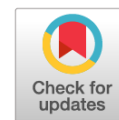


УДК 618.25-06:616.89

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>

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

多胎妊娠各种并发症孕妇的心理特征

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

论证。多胎妊娠在产科和心理上都会增加风险。

目的。—确定多胎妊娠妇女产前经历的特征, 并确定多胎妊娠不同类型并发症对经历性质的影响。

材料与方法。该研究涉及80名年龄在19至43岁、胎龄为21至39周、怀有双胞胎的患者。根据临床诊断特点将患者分为五组。这些妇女被要求填写问卷心理诊断方法的表格。这些问题的答案既意味着定量评估, 也意味着对经验的详细描述。

结果。各组之间的差异表现在不同类型的妊娠显性心理成分的表现频率上。在产前依恋方面发现了组间差异的趋势。对孕妇的详细描述(对儿童的看法和与他们交流的特征)的分析表明, 在以下指标上, 各组之间存在实质性的质量差异: 对儿童本质的看法、对他们的实际看法和对他们的看法分娩后, 孕妇与胎儿在不同情绪状态下的互动特征。在对获得的数据进行分析的基础上, 编制了一名患有多胎妊娠各种并发症的孕妇的心理画像。

结论。研究结果表明, 根据多胎妊娠并发症的类型, 与妊娠相关的特定心理体验, 母亲身份和与未来孩子的情感接触会在患者与其他人, 尤其是与医务人员的关系的行为特征上留下印记。

关键词: 多胎妊娠; 妊娠并发症; 产前依恋; 对怀孕的态度; 对未出生的孩子的态度; 与医务人员的互动。

引用本文:

Mikhaylov AV, Zamanayeva YuV. 多胎妊娠各种并发症孕妇的心理特征. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2021;70(6):49–62. DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD75699>

收稿日期: 2021年7月6日

审稿日期: 2021年10月21日

出版时间: 2021年12月29日

论证

多胎妊娠在产科和心理上都会增加风险。怀孕期间的任何并发症都可能导致严重的经历。心理研究的目的是确定在多胎妊娠中经历过各种并发症的女性的具体心理特征,了解这些特征对主治医生都很有用,以确保与患者的有效互动,并为心理学家制定适当的策略,为这些患者提供心理援助。

关于多胎妊娠的心理特征的研究非常缺乏。研究的主题是产前母亲对未来孩子依恋的形成特征、决定多胎妊娠妇女经历的各种因素[1-4],以及多胎妊娠中损失的经历[5-8]。

目的—确定多胎妊娠妇女产前经历的特征,并确定多胎妊娠不同类型并发症对经历性质的影响。

研究方法

研究设计

这项研究包括来自妊娠病理科的患者,他们符合样本特征,并同意进行这项研究。患者根据四种心理诊断方法填写问卷。

本研究的纳入标准为无并发症多胎妊娠;多胎妊娠合并胎儿输血综合征伴血管激光凝固;多胎妊娠合并胎儿胎盘血流动力学损害;妊娠合并单胎死亡综合征(SFD)。

在宫内手术后不早于3天,接受激光凝固胎儿-胎儿输血综合征吻合术的患者填写问卷。SFD妊娠合并症患者提供单胎妊娠方法的文本选择,填写问卷作为提供心理援助的一部分。

将研究结果输入计算机并进行统计处理,使用内容分析方法对患者的详细回答进行定性处理。

遵从准则

该研究是在圣彼得堡国家预算医疗机构“第17号妇产医院”的基础上进行的。

研究期限为2年。

该研究是通过面对面的访谈进行的。患者填写有关心理诊断方法的问卷。对问题的回答既假设了定量评分,也假设了对方法学形式的详细解释。

本研究的主要结果

简单和复杂多胎妊娠的孕妇的经历,既关系到怀孕本身,也关系到对未来孩子的态度。

额外的研究结果:

亚组分析

根据临床诊断特点将患者分为五组。“标准”组包括11名无并发症多胎妊娠患者;在“妊娠

并发症”组中-20名患有峡部-宫颈功能不全,羊水早破,前置胎盘的患者;在“违反胎儿状况”组中-25名被诊断患有选择性胎儿发育迟缓、胎儿-胎盘血液供应受损、胎儿-胎儿输血综合征的患者;“激光”组13例单绒毛膜妊娠患者,接受激光凝固术治疗胎儿-胎儿输血综合征,“SFD”组11例妊娠并发SFD。

结果登记方法

“孕妇关系测试”方法学 [9]

妊娠主导型(PCGD)的心理成分是一组在怀孕期间激活的心理自我调节机制。这些机制旨在维持妊娠,为未出生婴儿的发育创造条件,形成女性对怀孕的态度和行为刻板印象。

测试由一系列语句组成,这些语句分为三个部分。在每个区块中,区分了三个部分,其中不同的概念被划分为不同的尺度。其中每一项都由五种陈述表示,反映了五种不同类型的PCGD。该女子被要求从中选择一种最适合自己情况的药物。

孕妇对自己的态度(A区)在以下章节中介绍。

I.对怀孕的态度。II.怀孕期间对生活方式的态度。III.对即将到来的出生的态度。

母子系统(B组)中的女性关系包含以下部分。

I.像对待母亲一样对待自己。II.对孩子的态度。III.对母乳喂养的态度。

以下部分介绍了孕妇对他人态度的态度(B组)。

I.老公的态度。II.亲戚朋友的态度。III.外人的态度。

在负责任地对待怀孕但没有过度焦虑的女性中注意到了最佳的PCGD类型。通常,这是夫妻双方都期望的理想怀孕。

PCGD的低孕症类型的特征是与怀孕相关的经历的置换。这种类型的女性不希望在怀孕期间调整自己的生活方式,避免谈论怀孕,并对产前培训课程持怀疑态度。这种行为的原因可能是对失去怀孕的强烈恐惧。

欣快型PCGD的特点是情绪高涨、情绪夸张、女性沉浸在怀孕和即将成为母亲的话题中。通常这种类型掩盖了高度的焦虑。

焦虑型PCGD的特点是高度焦虑,并伴有疑病症。即使是女性或未出生婴儿健康状况的微小变化也会引起焦虑。女性也可能对自己照顾孩子的能力感到不安全。

抑郁型PCGD主要表现为情绪背景急剧下降。女性可能会声称她不想生孩子,不相信自己有能力

生育和生下健康的孩子, 或者不相信自己有能力应对即将出现的与她的特征相关的问题。

“产前接触”方法 Yu.V. Zamanaeva [10]

产前接触是女性的认知、情感和行为活动, 旨在与未出生的孩子建立联系并与其互动。这种接触的本质是主观的: 我们只分析女性对孩子如何以及为什么对某些动作做出反应的解释。

该方法由两部分组成。第一部分包括9个问题, 涉及对所描述现象的频率进行定量评估, 并详细回答这些问题。一种或另一种接触形式的发生频率被用作评估量表: “几乎从不”、“有时”、“经常”、“几乎总是”。该方法的第二部分包括8个只需要详细回答的开放式问题。

“对儿童的互动”量表描述了接触的一般质量和强度, 女性在这种接触中的情感参与, 详细的回答可以揭示女性对未来孩子的接受程度。“对儿童运动的敏感性”量表包括女性对儿童运动的总体态度、对不同类型运动的敏感性: 她是否感觉到运动的差异, 她是否跟踪运动的性质、力量、周期的持续时间, 她通常是如何从身体和心理上感知运动的。“给儿童的“情绪信息强度”量表描述了怀孕的一般情绪背景: 准妈妈直接传递给孩子的感觉, 她与处于不同情绪状态的孩子建立联系的方式, 她的情绪参与。

方法论《产前母爱量表》, J. Kondon [11, 12]

该技术的目的是诊断孕妇与未出生孩子的关系。我们已经对这项技术进行了翻译, 以适应单胎和多胎妊娠选项的俄语样本。该方法包括18个问题。在每个问题的特殊量表上, 女性选择最合适的选项来描述她过去两周经历的性质。

这些问题分为两个量表。“质量”量表包括对未出生婴儿的态度特征, 如与孩子的亲近/距离、温柔/烦躁、沮丧/快乐、接受/拒绝、对孩子作为一个独立的人的看法。“强度”量表包括旨在澄清用于未出生孩子的时间的问题: 关于他的想法、与他交谈、关于他的梦、触觉接触, 这被解释为对未出生孩子的关心的表现。

“产前依恋”方法, M. Muller [13]

该方法包括分布在三个尺度上的18个陈述。一种或另一种接触形式的发生频率被用作评估量表: “几乎从不”、“有时”、“经常”、“几乎总是”。

“敏感性”量表包括描述孕妇对孩子运动的态度问题。“互动”量表包含的问题描述了孕妇接触未出生孩子的方式——一直呼他的名字, 抚摸他

的肚子。《预期》量表包括表征关于未来的想法的问题——关于孩子将是什么样子以及出生后与他一起生活的梦想和幻想。

伦理审查

在2017年11月20日圣彼得堡国家预算医疗机构“第17号妇产医院”的地方伦理委员会会议上已被批准临床心理学研究“多胎妊娠困难情况的心理方面”的协议, 以及患者进行这项研究的知情自愿同意的文本。

统计分析

样本量计算原则: 样本量未经初步计算。

统计数据分析方法: 采用SPSS软件包进行统计处理, 将 $p < 0.05$ 显著性的结果考虑在内。应用了以下统计处理方法: 频率分析、单向方差分析ANOVA以识别组间的显著差异。

定性数据的内容分析涉及选择响应文本中的语义单元以及计算它们在患者响应中出现的频率。

结果

研究对象(参与者)

从80名年龄在19至43岁、胎龄从21至39周、怀有双胞胎的患者中获得了参与该研究的知情同意书。这次怀孕是41名患者的第一次怀孕; 16名患者已生育, 13名患者已产前流产; 10名患者有产前流产和儿童史。

主要研究成果

各研究组根据临床诊断选择不同类型PCGD的频率分布见(1表)。在“标准”组中观察到女性在怀孕期间对自己的最佳态度比例最高, 而在“SFD”和“妊娠并发症”组中的比例最低。与此同时, 在后一组中, 这种欣快态度的频率最高, 掩盖了女性对确保正常怀孕过程的能力的信心增加的焦虑。

在“激光”组和“SFD”组中, 女性在怀孕期间对自己的焦虑态度最常见, 分别为28%和24%, 而其他组中, 焦虑态度的女性比例不超过13%。

在母亲-孩子”心理系统“中, 也得到了类似的结果。该系统结合了女性作为未来母亲对自己、对孩子以及产后母乳喂养的态度。在“标准”组中, 最佳的态度类型出现的频率为60%, 而在“SFD”组中, 只有42%的案例中, 三分之一的答案(33%)为欣

表1 研究组根据临床诊断选择不同类型妊娠显性心理成分的频率

| PCGD型 | 答复 | | | | |
|--------------|-------|----------|-----------|-------|--------|
| | “标准”组 | “妊娠并发症”组 | “违反胎儿状况”组 | “激光”组 | “SFD”组 |
| 一个女人对自己怀孕的态度 | | | | | |
| 最佳 | 63% | 47% | 60% | 56% | 46% |
| 欣快 | 21% | 35% | 27% | 13% | 24% |
| 焦急的 | 12% | 13% | 13% | 28% | 24% |
| 低孕症 | 3% | 5% | 0% | 2% | 3% |
| 萧条 | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% |
| 母子系统中的女性关系 | | | | | |
| 最佳 | 60% | 50% | 49% | 54% | 42% |
| 欣快 | 21% | 32% | 28% | 18% | 33% |
| 焦急的 | 12% | 15% | 13% | 20% | 18% |
| 低孕症 | 3% | 1.5% | 4% | 8% | 3% |
| 萧条 | 0% | 1.5% | 5% | 0% | 3% |
| 女人对他人的态度 | | | | | |
| 最佳 | 57% | 52% | 56% | 66% | 46% |
| 欣快 | 27% | 30% | 37% | 18% | 27% |
| 焦急的 | 3% | 10% | 2% | 8% | 9% |
| 低孕症 | 12% | 8% | 4% | 8% | 18% |
| 萧条 | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

注: PCGD——妊娠优势的心理成分; SFD-单胎死亡综合征。

表2 组间平均测试分数的显著差异

| “标准”组 | “妊娠并发症”组 | “违反胎儿状况”组 | “激光”组 | “SFD”组 | 差异的意义 $p < 0.05$ |
|--|----------|-----------|-------|--------|---------------------|
| “我知道是什么导致了我家孩子的动作” (表明这种经历的频率程度) | | | | | |
| 2.82 | 3.10 | 2.40 | 2.69 | 2.36 | 0.030 |
| “当我想向孩子们传达我的感受和想法时, 我会与他们交谈” (表明此类事件的频率程度) | | | | | |
| 2.27 | 2.85 | 3.12 | 2.75 | 3.18 | 0.063 |
| “当我谈论或想到我内心的孩子时, 我经历了……” (情绪程度由弱到强表示) | | | | | |
| 3.45 | 3.60 | 3.83 | 4.15 | 4.27 | 0.058 |
| “我发现当我一个人的时候, 我会和我的孩子们说话……” (标明了这种经历的频率程度) | | | | | |
| 2.45 | 2.40 | 2.96 | 2.15 | 3.27 | 0.041 |

注: SFD-单胎死亡综合征。

快型, 18%为焦虑型。在“激光”组中, 焦虑和欣快态度的患者比例分别为18%和20%, 在低认知态度组中的比例最高。在“妊娠并发症”、“胎儿状况受损”和“激光”组中, 观察到以下趋势: 在“激光”组中, 焦虑类型的女性比例更高, 而在“妊娠并发症”和“胎儿状况受损”组中, 焦虑类型的女性比例更高。在最后两组中, 女性向外界传递了一种夸张的乐观态度, 内部认为她们应该“等待并期待最好的结果”, 从而表达了她们的母性护理, 以确保成功怀孕。这使她们不同于“激光”组的患者, 在“激光”组中, 女性公开表达了对即将到来的宫内干预的焦虑, 但意识到这是消除危及胎儿生命的妊娠并发症的唯一途径。

除了“SFD”组外, 在所有组中, 女性对周围人对其怀孕特点的反应的态度都是相似的: 分别在超过一半和三分之一的反应中注意到了最佳类型和欣快类型。在“SFD”组中, 在所有研究组中, 具有低认知态度的女性比例最高(18%), 而这种选择反映了患者配偶对怀孕的态度。所揭示的事实可能反映了整个家庭心理状况的严重性, 在这种情况下, 患者的丈夫选择隐瞒其中一个胎儿的死亡并与妻子保持距离作为防御反应。

测试定量指标的显著差异不显著, 在55个问题中有4个问题存在显著差异, 根据谢夫标准进行配对比较的方法表明没有显著差异。在表2给出了比较各组之间产前依恋得分的结果, 这些结果往往有所不同。

对孩子的动作最敏感的是来自“妊娠并发症”组的女性, 最不敏感的是来自“SFD”组的女性。同时, 与其他组的女性相比, “SFD”组女性对未来孩子的“情感信息”强度、与他们的对话和体验程度显著高于其他组。在“标准”组中, 记录了这些指标的最小值。此外, 在“激光”组中, 女性与孩子很少交谈—该组中的指标很少。

对孕妇对有关儿童观念的问题的详细回答以及与他们交流的特征的分析表明, 各组之间存在实质性的、质量上的差异。表3反映了对未来孩子的不同看法。

所有多胎妊娠的患者在分娩前都会根据“活动”的标准来描述孩子的性质: 活动的多寡、活动和平静、活动和安静等。在客观比较标准中, 使用了性别(指男孩或女孩)和体重(大或小)。“标准”组和“激光”组的女性与其他组的女性在简单特征上不同, 使用“活跃”和“冷静”两个词。

除“激光”组外, 所有组的患者的反应中都出现了出生前儿童表现的个别颜色特征。据估计, 未出生婴儿的负面特征, 如“攻击性”、“苛求性”、“自信”, 仅在“标准”组中发现。在“SFD”组中, 发现了一种特殊现象: 73%的患者通过与克服困难的能力相关的个人特征(“斗士”、“意志坚强”、“领导者”、“精力充沛”)来描述未出生婴儿的性格。

所有组的患者都形成了关于产后孩子的想法。在“妊娠并发症”组中, 该指标最高(80%), 在“激光”组中最低(54%)。在“诺玛”组中, 对分娩后儿童的描述具有一定的特异性: 它们集中于一般特征(“美丽”、“美妙”、“聪明”)。单独着色的特征和详细描述在“胎儿状况障碍”(53%)和“SFD”(100%)组中更常见。在“SFD”组中, 关于孩子的概念的语义重点是力量和活动(“坚强的意志”、“有个性”、“积极”、“坚强”)。

有趣的是, 在“激光”组中最常遇到将儿童与婴儿(“小”、“无助”、“红色小婴儿”)相关的想法—57%, 这些想法是这些患者唯一的想法—他们没有结合其他人的特征, 就像其他群体一样。在“妊娠并发症”组(50%)中发现了相当大比例的“婴儿”特征, 但这些特征与其他外观和性格描述相结合。

孕妇与未来孩子的互动特征见表4。

在“标准”组中, 11名患者中只有2名(18%)注意到他们的孩子对情绪状态的变化有反应, 而在“SFD”组中, 11名患者中有10名(91%)出现了类似的感觉。

在令人兴奋的情况下, 患者可以纠正自己的行为并有意识地“支持”孩子。在“标准”组中, 仅在11名患者中的4名(36%)患者中观察到了这种行为反应, 而在其余组中——超过一半的患者中, 以及在“SFD”组中——所有患者中都观察到了这种行为反应。

在“胎儿并发症”和“激光”组中发现了一个有趣的事实: 在兴奋的情况下, 一些患者(分别为40%和23%)使用了一种特定的矫正方法——他们完全停止了与孩子的交流, 解释为事实上, 他们以这种方式保护孩子免受负面情绪的影响。

在所有组中, 处于平静状态的孕妇和孩子之间的交流性质都是相似的: 她们与孩子交谈, 听音乐, 告诉他们发生了什么, 将孩子视为交流中的“伙伴”, 可以听到和理解对他们的讲话和声音。激光组是个例外, 在这个组中, 即使在母亲

表3 详细回答有关儿童性质、当前对他们的看法以及产后对他们的看法等问题的结果

| 组类型 | 答复 | | | |
|-----------------|---|--|---|---|
| | 关于出生前儿童性格的思索 | 在孩子出生前的表现中，个别颜色特征的存在 | 孩子出生后是否有关于未来孩子的想法 | 在关于产后孩子的观念中，个体色彩特征的存在，与家庭成员（母亲、父亲、较大的孩子）的相似性 |
| “标准”——11名患者 | 描述仅限于单个单词或简单短语。儿童活动比较：“积极-冷静” | 具有负面含义的单一特征：“要求高”、“自信”、“咄咄逼人” | 75% (8) 的患者有陈述, 25% (3) 没有陈述 | 所有 (8) 名出生后有想法的患者在描述中都有共同的特征：“美丽”、“听话”、“聪明”、“深情”、“冷静”、“精彩”。 关于与家庭成员相似之处的想法仅在一患者身上出现 |
| “妊娠并发症”——20名患者 | 对未来孩子性格的描述是冗长、详细、比较的：“更活跃-更冷静”、“战斗-反复无常”、“轻快、烦躁-冷静”、“敏捷-冷静”、“风胡抛”、“冷静”、“柔韧-有性格” | 单一特征：“深情”、“柔顺”、“反应灵敏”、“任性”、“听话” | 80% (16) 的患者有陈述, 20% (4) 没有陈述 | 在50% (16名患者中有8名) 的患者中, 这些特征强调新生儿和婴儿的外貌：“小”、“无助”、“胖乎乎的”、“红色和尖叫”。 在37.5% (16名患者中有6名) 的受试者的回答中, 出现了未来儿童的情绪化彩色图像：“快乐”、“快乐”、“快乐”、“顽皮”、“战斗”、“战士”。 25% (16名患者中有4名) 认为孩子与自己配偶相似 |
| “违反胎儿状况”——25名患者 | 对儿童角色的描述是相对的：“活跃-更谦虚”，“烦躁-克制”，“顽皮-灵活”，“一个是旋转陀螺，第二个是瞌睡虫”，“精力充沛-冷静” | 他们有多种性格特征：“好斗”、“固执”、“有害”、“顺从”、“温柔”、“善良”、“顽皮”、“克制”、“固执”、“任性” | 76% (19) 的患者有症状, 24% (6) 没有症状 | 在对儿童描述中, 52.6% (19名患者中的10名) 的患者有各自的有色特征：“淘气”、“活跃”、“聪明”、“冷静或浮华”、“大胆”、“聪明”、“发育良好”、“快乐”、“未来自给自足”、“对世界充满信心”、“好奇”，“友好”。 在52.6% (19名患者中有10名) 的回答中, 提到了未来子女与他们自己、配偶、年长子女的相似性 |
| “激光”——13名患者 | 对人物的描述是比较性的, 根据“活动”的标准, 大多数患者使用“活跃-平静”的两分描述 | 没有使用个人特征的描述 | 54% (7) 的患者有陈述, 46% (6) 没有陈述 | 患者回答中对未来儿童描述分为两个不重叠的部分： 57% (4) 的患者关注婴儿的外貌：“小”、“婴儿”、“婴儿蜘蛛”，在43%的患者的回答中 (3) 有各自发展的有色特征：“美丽、快乐、开朗、善良”、“一方喜欢速度、快速驾驶，另一方喜欢戏剧和古典文学”、“坚强、善良、勇敢、执着、勇敢”。 没有迹象表明孩子与他们自己或他们的配偶有相似之处 |
| “SFD”——11名患者 | 82% 的患者详细描述未出生婴儿的性质。一个病人“根本想象不出一个孩子”，另一个则想象他“手无寸铁，渺小” | 在73% 的患者中, 儿童的力量和活动描述中占主导地位：“活着”、“领导者”、“斗士”、“强壮”、“精力充沛”、“独立”、“患者”、“个体”、“积极”、“有目的”、“意志坚强” | 63% (7) 的患者有陈述, 37% (4) 的患者没有“我不敢想象”的陈述 | 有个性”、“意志坚强”、“坚强”、“微笑”。 在28.5% (2) 的患者的回答中, 发现未出生的孩子与她本人、她的配偶和长子相似。 没有一份调查问卷提到失去一个胎儿对幸存的双胞胎来说是一个困难的情况 |

注: SFD-单胎死亡综合症。

表4 不同情绪状态下孕妇与未来孩子的互动特征

| 答复 | | | | |
|-----------------|---------------------------------|---|---|---|
| 组类型 | 儿童对准妈妈情绪状态变化的反应 | 在压力大的情况下照顾孩子 | 在平静状态下与孩子交流的性质 | 给孩子的“情感信息” |
| “标准”——11名患者 | 18%(2)的患者注意到孩子对准妈妈情绪状态的变化有反应 | 36%(4)的患者试图在激动人心的情况下让孩子平静下来 | 在平静的情绪状态下, 81%(9)的患者与儿童交流。主要交流方式: “休息”、“抚摸肚子”、“交流、读童话” | 消息的描述简洁, 强调与孩子见面的期望: “爱”、“平静”、“等待见面”、“一切都会好起来的” |
| “妊娠并发症”——20名患者 | 35%(7)的患者注意到孩子的活动因情绪状态而发生变化 | 60%(12)处于兴奋状态的患者会刻意纠正自己的行为以使自己平静下来 | 在平静的状态下, 55%(11)的患者主动与孩子交流: “我说话”、“我抚摸肚子交流”、“我听经典” | 传递给孩子的的主要情绪: “爱”、“关心”、“积极情绪”、“钦佩”、说服孩子“呆在里面”、“慢慢来”、“按时出生” |
| “违反胎儿状况”——25名患者 | 40%(10)的患者注意到孩子的活动因情绪状态而发生变化 | 在激动人心的情况下, 40%(10)的患者知道如何让孩子平静下来——减少他们的体力活动, 40%(10)的患者要么停止与孩子交流或试图消除负面情绪 | 在平静的情况下, 72%(18)的患者明显倾向于接触的积极内容: 女性唱歌、读童话、听音乐、直呼孩子的名字 | 在所有患者的接触中, 都积极尝试向孩子们传达健康、力量、耐心、“发育良好”、“准时出生”的愿望 |
| “激光”——13名患者 | 31%(4)的患者跟踪儿童的运动变化与他们的身体或情绪状态有关 | 23%(3)的患者因害怕“将焦虑传递给他们”而在兴奋的情况下与孩子“断绝联系”, 54%的患者积极尝试改善情绪状态并“让孩子平静下来” | 在平静状态下, 69%(9)的患者与孩子交流, 交流很平静: “我只是说话”、“走路平静”、“抚摸我的肚子”、“听他们说” | 患者对未来孩子的诉求包括对他们的焦虑和保护他们的愿望, 以及对进一步发展和出生的支持和积极积极的态度 |
| “SFD”——11名患者 | 91%(10)的患者注意到他们的情绪状态会影响婴儿运动的性质 | 所有11名患者都根据自己的情绪状态改变了与孩子交流的性质: 在兴奋的情况下, 他们试图通过与孩子交谈和抚摸他的肚子来让他平静下来 | 在平静的状态下, 11名患者都积极与孩子交流: 他们说话、抚摸肚子、唱歌、谈论发生的事情 | “情感信息”的性质: “爱”、“温柔”、“幸福”、“快乐”、“温柔”; “我在乎”、“我保护”、“我保护”、“我温暖”、“他们在等待和爱”。给孩子的口头信息的一般语气暗示了家人的积极支持: “全家人都在等待出现”, “父亲, 母亲, 祖母, 姐姐, 兄弟爱和等待”, “你所有的亲戚都很好, 等着你”, “我们在无休止地等待和爱” |

注: SFD-单胎死亡综合症。

平静的状态下,与孩子的交流也是被动进行的,其特点是孩子的“共同存在”,感觉他们正在与孩子“一起”做某事,而不是与他们“互动”。

给小组中孩子的“情感信息”的性质也各不相同。在“标注”组中,主要强调的是产后与孩子见面的期望以及对他们的爱的体验。在“妊娠并发症”和“违反胎儿状况”组中,对儿童的“情感信息”的性质包括对及时出生、健康、力量和谐发展的“愿望和要求”。在“激光”组中,未来的母亲们采取了更积极的立场:一方面,她们告诉孩子们,她们关心自己的健康,希望保护自己;另一方面,她们对孩子们表示爱,为孩子们的安全出生做了一切,并相信会有好的结果。在SFD组中,“情绪信息”的性质以丰富多样的积极情绪与母亲保护主题相结合为特征。这一群体的一个特点是,不仅母亲,而且所有家庭成员都在等待他的出现,这一事实传递给了孩子。

在向患者提出的方法中,关于未来子女与其中一名家庭成员的相似性没有特别的问题,但除了“激光”组,所有组的患者的回答中都提到了这种相似性,这显然是令人感兴趣的。“胎儿状况障碍”组(52%)的患者最常看到与自己、配偶或年长孩子的相似之处。在“激光”组中,相似性主题不存在,在“标注”组中,相似度最低(12%)。似乎这一事实可以用家庭中未来孩子的母亲甚至在他们出生之前的心理包容来解释。众所周知,在怀孕的某个阶段,准妈妈对孩子说“他是我的”,已经扮演了“他妈妈”的角色,因此可以假设“他看起来像我们”是指将孩子主观纳入家庭空间——“他我们的”。

其他研究成果

研究期间未发生不良事件。

讨论

主要研究成果总结

对所获得数据的分析使我们能够用她自己的经历来描述孕妇的心理画像,以及她在多胎妊娠的各种并发症中与医务人员交流的性质。

主要研究成果的讨论

无并发症多胎妊娠患者组

这组患者的特点是妊娠占主导地位的心理成分的普遍最佳,结合欣快类型。女性对未来孩子

的描述简明扼要,对她们的看法往往陈规定型,侧重于普遍接受的形象,具有各种外在特征。这是唯一一组孕妇在描述未来孩子时使用负面特征的群体。当儿童的运动性质因其情绪状态而改变时,这组患者没有表现出明显的焦虑。只有五分之一的患者指出,当他们的的情绪状态发生变化时,孩子们会做出不同的动作。在平静的状态下,他们积极地与孩子沟通,在兴奋的时刻,只有三分之一的人记得怀孕和孩子,试图让他们“平静”。

患有简单多胎妊娠的孕妇很少与处于活跃状态的孩子沟通,也很少有有意告诉他们一些事情或以某种方式影响他们的愿望。在对儿童的简洁呼吁中,“爱”、“等待会面”、“依恋”、“平静”等概念占了上风。这一组的结果通常可以被描述为“规范”。这组患者没有与妊娠并发症相关的心理挑战。可以假设怀孕的心理内容,关于儿童的想法和与儿童的接触的性质是由于个人特点,本质上不是保护性的——没有必要在生育和与儿童沟通的过程中进行情感上的“投资”,以影响怀孕过程或儿童的状况。

这组患者不需要心理帮助。

多胎妊娠并发症患者组

多胎妊娠复杂病程患者的特点是对怀孕和自己作为未来母亲的乐观态度,以及对分娩、母乳喂养和孩子父亲的暧昧态度。与其他人相比,这组女性对母乳喂养的最佳态度和焦虑态度的比例最小。事实证明,这一组的女性对孩子运动性质的变化最敏感,并且最积极地寻找影响其运动活动的方法。这些患者对未来孩子的性格描述比较详细,最多,与其他人群相比,他们对孩子出生后形成的想法最多。四分之一的患者想象他们的孩子与自己和/或他们的配偶相似,未来孩子的形象带有情感色彩。传递给孩子的主要情绪:在“爱”、“关心”和“钦佩”的背景下,要求孩子“呆在里面”、“慢慢来”。

在与医生交流时,患者对自己的病情表现出怀疑,并对自己的健康和新的身体感觉的出现增加了焦虑。他们在与医生交流时会问很多问题,他们经常重复自己,他们害怕自己的病情有任何变化。有时有一种直接相反的情绪行为策略:患者“不了解”风险的严重性,具有医学上不合理、乐观甚至欣快的情绪。在我们看来,对怀孕和对自己作为处于围产期风险区的未来

母亲的欣快态度本质上是保护性的,可以阻止增加的焦虑、内疚和对生育可能性的担忧,直到最佳期限。这在一定程度上反映了对母乳喂养的焦虑态度,表明他们对分娩后的母性能力表示怀疑。此外,欣快型的怀孕态度也显示出其对女性的高度意义。

该组患者与儿童建立了产前接触,并普遍对他们产生了母性依恋。女性对孩子的感受和对孩子的想法是细致而多样的,它们以积极的个人态度为主导。儿童的形象充满了心理,他们被积极地纳入家庭系统,他们的存在被考虑在内——女性在担心时会自觉地纠正自己的行为,以弥补负面情绪可能造成的“伤害”。在与未来的孩子交流时,患者表达了保护他们的愿望,并要求他们不要急于早产。与单纯多胎妊娠患者相比,该组女性明显更多地通过孩子的动作感受到自己参与到与未来孩子的实际情感和身体接触中,怀孕的心理内容更加多样化和动态化。

三分之一(20人中有6人)的患者需要心理帮助。在心理工作的过程中,患者反映无法影响情况,身体对安全生育孩子的不可靠,有负罪感和无助感。在与医生交流时,他们需要关于自己的真实能力的明确建议,甚至是最低限度的建议:关于遵循治疗方案、服用药物、执行程序等。

多胎妊娠胎儿畸形患者群

在这个群体中,一般来说,有很大一部分患者对怀孕持欣快的态度,他们自己是母亲(所有群体中最多)和孩子的父亲,再加上对怀孕期间生活方式改变的最佳态度,分娩,母乳喂养,以及可以解释的高比例的患者与未出生的孩子有焦虑关系。

在这个群体中,为人父母的特点是具有高度的意义,这可以通过对自己作为未来母亲和对孩子父亲的欣快态度的高度重视得到证实。事实上,在这个群体中,比其他群体更频繁地揭示了积极尝试追踪与家庭成员的性格或外表的相似性——长子、女人自己、孩子的父亲,这表明未来的孩子已经在家庭的心理空间中,并从其成员那里获得情感支持。正是这个家庭共享的怀孕经历是女性应对与孩子健康相关的焦虑的内在资源。此外,还有一种“儿童社区”的感觉——基于女性提供的相互支持,他们接触的可能性。

与孩子进行多样化的、充满情感的接触旨在为妊娠创造最有利的条件,并使女性培养一种能力感和母性活动。大部分对母乳喂养持最佳态度的妇女已经形成了作为未来母亲的自信,以及在分娩后积极照顾孩子的情绪。

在该组中,14名患者(56%)需要心理帮助。这些要求涉及克服对儿童健康的焦虑的困难,以及在经历利益“不匹配”方面的困难:一个孩子在子宫内感觉良好,第二个孩子受苦;需要为继续妊娠选择进一步的策略:紧急剖腹产以利于胎儿恶化或继续妊娠以利于无发育特征的胎儿。此外,在担心孩子的背景下,女性的家庭内部冲突可能会加剧,创伤性生活事件的经历,与过去与父母关系相关的童年经历会被现实化。

在与医生交流时,患者试图尽可能多地了解儿童的健康状况以及他们对其产生积极影响的能力。这些患者被安排与新生儿科医生密切接触;详细信息对他们来说非常重要,以便他们充分了解孩子目前正在发生的事情以及分娩后新生儿事件发展的选择。

单绒毛膜妊娠并发胎-胎输血综合征及后续激光凝固血管吻合术的一组患者

这一群体的特点是大部分女性对怀孕、怀孕期间的生活方式和未来的孩子抱有焦虑的态度。同时,这个群体中女性的内在资源是母性的重要性——对于分娩、母乳喂养和自己作为未来母亲的明显普遍的最佳态度。对于这些女性来说,最重要的是她们能够影响孩子的健康,确保她们产后的正常发育。女性将未来的孩子描述为具有单独颜色特征的描述支持了这一点,而在宫内胎儿镜干预之前没有对其特征的最新描述。同样有趣的是,在这个群体中,关于儿童的想法被分为两个几乎相同的部分:只是作为没有额外幻想特征的婴儿,以及已经有自己的品味、个人表现和外表的成年儿童。这是唯一一个没有女性表明孩子与家庭成员相似的组,即孩子尚未被纳入家庭空间。我们认为,这在一定程度上是由于预防性心理保护反应对可能的损失,因为激光光凝作为宫内干预与高风险相关。

与其他人相比,这一组的患者在独自一人时与孩子交谈的可能性显著降低,也不太可能想象他们如何称呼自己的孩子。这组患者在产前依恋量表得分最低,该量表描述了与儿童的互动、对他们

的想法以及对他们运动的敏感性。与儿童的产前接触在具体特征上不同于其他群体：患者更多地报告了儿童的“共同存在”，而不是与他们的积极“互动”。

在兴奋的情况下，四分之一的患者使用“断开”与儿童接触的策略，尽管超过一半的患者知道如何在儿童活动增加时“平静”儿童。当“申请”未来的孩子时，女性采取了积极的立场：一方面，她们告诉他们对自己健康的关心和保护自己的愿望，另一方面，她们对孩子的爱，为孩子的成功发育和出生所做的一切，她们相信会有好的结果。

这一组患者的高度焦虑是可以理解的，因为有一种困难的情况，即使是宫内手术也不能保证成功的结果。此外，手术本身对患者来说是可怕的，因为它是一种侵入性的手术。当与外科医生沟通时，患者会询问手术后成功分娩的可能性，他们总是对自己能做些什麼来改善结果感兴趣。

这个群体的焦虑是针对两极的——既与手术导致的自身有关，也与儿童有关。对于患者来说，认识到即将到来的手术实际上是拯救儿童的唯一机会是极其重要的。由于这种内在态度，患者能够更好地应对自己的经历。对失去一个胎儿或整个妊娠的恐惧是导致对儿童运动敏感度低、不愿意在情感上与他们接触、拟人化未来儿童和幻想未来的原因。然而，尽管有这样的沟通背景，妇女仍在积极尝试通过对儿童进行“说服”和就保护儿童的主题开展心理工作的形式，影响局势，以取得成功。

因此，这组患者在手术前和必要时都需要心理帮助。可以说，对该行动及其实施特点的充分认识，以及对该行动的心理准备，通过最大限度地消除猜测和消极幻想，有助于降低焦虑的严重程度。

多胎妊娠合并单胎死亡综合征

这一群体的特点是妊娠期占主导地位的人的心理成分种类繁多。因此，这组患者在手术前和必要时都需要心理帮助。在其他领域，持焦虑态度的女性比例很高。母子系统包括女性对自己作为未来母亲和孩子的态度，在所有其他群体中看起来最不利：在不到一半的患者中发现了最佳态度，其中三分之一的患者表现出欣快和焦虑。

这个群体的一个特点是通过与克服困难的个人品质来描述幸存双胞胎的性格。这些患者对孩子的行为非常敏感，并注意到他们的情绪状态会影响孩子运动的性质。他们会根据孩子的情绪状态改变与孩子交流的性质：在兴奋的情况下，他们会试图通过与孩子交谈和抚摸他的胃来让他平静下来。对于这一群体来说，所有家庭成员的爱、他的愿望和关心态度也通过“情感信息”积极地传递给孩子，并伴随着积极的身体接触——女性抚摸她们的胃，试图感受孩子，在分娩后展示关于他的详细想法。

这组孕妇的产前依恋指标与无并发症妊娠的孕妇最明显不同。来自“SFD”组的女性对未出生婴儿的情感体验的强度明显高于非复杂妊娠女性：来自“SFD”组的患者与孩子相关的情感被评估为“强烈”，而来自无并发症妊娠组的患者往往表现为“一般”。此外，SFD组的患者在独处时经常与孩子交谈，而其他组的代表则报告说，他们很少这样做。积极的母婴接触与孩子运动原因的不确定性相结合：“SFD”小组的代表指出，他们很少能确定孩子运动的原因。

从我们的观点来看，准妈妈将“斗士”的品质投射到孩子身上，是另一个胎儿死亡的直接后果，对一个发育中的孩子来说，这被视为一件困难的事情。因此，他作为拥有某种个人力量的主观形象是为了让女人觉得他有资源和机会来“应付”并赢得生命的斗争。

这组患者都需要心理帮助。当这一群体中的女性与医生交流时，对幸存双胞胎健康的担忧明显表现出来，她们渴望了解双胞胎的死亡是否会伤害他。医生对这种情况的解释有助于女性了解一个活着的孩子，并专注于实际的生育任务。事实上，在“母子之间“情感信息”的强度”这一量表上获得了显著差异，这表明了女性作为未来母亲的积极作用。这种策略是对失去一个胎儿的反应，基于这样一种感觉，即通过与未出生的孩子积极、积极、支持性的接触，可以准确地体现产妇的护理和能力。

结论

对于多次怀孕，有一些特定的心理体验与怀孕、孕产以及与未来孩子的情感接触有关。根据多胎

妊娠并发症的类型, 个人经历会在患者与其他人、尤其是医务人员的关系特征上留下印记。了解女性 在多胎妊娠复杂过程中的行为和情绪反应的原因, 为医务工作者提供了一个机会, 以确定需要心理帮助 的患者, 如果必要, 这将使他们能够与患者建立 最有效的情绪接触。

附加信息

资金来源。 该研究在未经赞助和财务支持的情况下进行。

利益冲突。 作者声明, 没有明显的和潜在的利益冲突相 关的发表这篇文章。

所有作者都对文章的研究和准备做出了重大贡献, 在发表前阅读并批准了最终版本。

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 monohorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symphomes. *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,*

- 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

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 monohorionicity and twin to twin transfusion syndrome on prenatal attachment, post traumatic stress disorder, anxiety and depressive symphomes // *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: epide-*

- miology, gestation and perinatal outcome*. London, 2006. С. 862–873. DOI: 10.1201/b14615-115
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

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

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

* Corresponding author / Автор, ответственный за переписку