

## ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕРИНСКО-ФЕТАЛЬНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ

О. Г. Дражина, В. А. Прилуцкая, А. А. Старовойтова

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

### Резюме

*Цель исследования* – проанализировать особенности и закономерности формирования материнско-фетальной привязанности (МФП) с учетом медико-социальных факторов риска.

*Материалы и методы.* Обследовано 205 пациенток: группа 1 – 118 беременных отделения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), группа 2 – 67 женщин отделения патологии беременности, группа 3 – 20 беременных из женской консультации. Дополнительно выделены две группы: 107 женщин с высшим образованием (группа В) и 86 со средним или средним специальным образованием (группа С). Возраст беременных женщин составил 33 (29–36) года. Для изучения МФП было проведено анкетирование женщин в родильном доме с использованием опросника «Шкала антенатальной материнской привязанности».

*Результаты.* Установлены статистически значимые различия одного из ведущих компонентов МФП «качество привязанности» с учетом особенностей наступления и течения беременности. Общий показатель МФП был ниже в группе женщин, беременность которых наступила с помощью ВРТ ( $H=7,16$ ,  $p=0,028$ ;  $z_{1-2}=2,66$ ,  $p=0,023$ ). Компоненты антенатальной привязанности коррелировали со сроком гестации, сила корреляционных взаимосвязей была несколько выше в группе женщин, беременность которых наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Статистически значимых различий когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов привязанности у беременных женщин с различным образовательным статусом не установлено. У женщин со средним образованием выявлены корреляционные взаимосвязи средней силы между сроком гестации и когнитивным компонентом ( $r_s=0,57$ ,  $p=0,001$ ), показателем интенсивности МФП ( $r_s=0,55$ ,  $p=0,010$ ).

*Заключение.* Анкетирование и оценка степени пренатальной привязанности матери к ребенку могут рассматриваться как способ акцентирования внимания медицинских работников и беременных на важности осознанного материнства и дополнительный вид психологической поддержки и гуманизации оказания медицинской помощи в перинатологии.

**Ключевые слова:** материнско-фетальная привязанность, беременность, возраст, образование, вспомогательные репродуктивные технологии, анкетирование.

### REGULARITIES AND PECULIARITIES OF MATERNAL-FETAL ATTACHMENT FORMATION

O. G. Drajina, V. A. Prilutskaya, A. A. Starovoitava

Educational Institution "Belarusian State Medical University"

### Abstract

The aim of the study was to analyze the features and regularities of maternal-fetal attachment (MFA) formation taking into account medical and social risk factors.

*Materials and methods.* 205 patients were examined: group 1 – 118 pregnant women from the department of assisted reproductive technologies (ART), group 2 – 67 women from the department of pregnancy pathology, group 3 – 20 pregnant women from the antenatal clinic. Additionally, two groups were allocated: 107 women with higher education (group B) and 86 with secondary or specialized secondary education (group C). The age of the pregnant women was 33 (29–36) years. To study MFA, women in the maternity hospital were surveyed using the questionnaire "Antenatal Maternal Attachment Scale".

*Results.* Statistically significant differences of one of the leading components of MFA "quality of attachment" were found taking into account the peculiarities of the onset and course of pregnancy. The overall MFA score was lower in the group of women whose pregnancy was achieved by ART ( $H=7.16$ ,  $p=0.028$ ;  $z_{1-2}=2.66$ ,  $p=0.023$ ). The components of antenatal attachment correlated with gestational age; the strength of correlations was slightly higher in the group of women whose pregnancy was assisted by assisted reproductive technologies ( $H=7.16$ ,  $p=0.028$ ;  $z_{1-2}=2.66$ ,  $p=0.022$ ).

Statistically significant differences in cognitive, emotional and behavioral components of attachment in pregnant women with different educational status were not found. In women with secondary education, correlations of medium strength between gestational age and cognitive component ( $r_s=0.57$ ,  $p=0.001$ ), MFA intensity index ( $r_s=0.55$ ,  $p=0.010$ ) were found.

*Conclusion.* Questionnaire and assessment of the degree of prenatal attachment of mother to child can be considered as a way to emphasize the importance of conscious motherhood to medical workers and pregnant women and an additional type of psychological support and humanization of medical care in perinatology.

**Key words:** maternal-fetal attachment, pregnancy, age, education, assisted reproductive technologies, questionnaire.

Связь между матерью и ее будущим ребенком начинается еще во время беременности. Согласно теории привязанности Дж. Боулби надежные и теплые эмоциональные отношения с матерью являются фундаментом, на котором строятся личные взаимоотношения человека на протяжении всей жизни. Привязанность женщины к ребенку формируется благодаря доминанте, в основе которой во время вынашивания беременности лежит гестационная доминанта, переходящая в последующем в родовую у роженицы и лактационную у родильницы [1].

Рядом авторов было описано и сформулировано понятие пренатальной или антенатальной привязанности как феномена формирования привязанности родителя к будущему ребенку еще во время беременности. M. S. Cranley впервые детально изучил данный феномен [2, 3]. Антенатальную привязанность изучали и предложили видение ее структуры Condon J. T. и Corkindale C., Doan H. M. и Zimmerman A., Muller M. E., Schwedtfeger K. L. и Goff B. S. N., Shieh C., Kravitz M., Wang H. H. и другие авторы [4–9, 12, 18, 22, 23]. Нарушения и проблемы формирования привязанности к ребенку в период гестации были отражены в работе К. Бриш [10]. Более сильная привязанность матери была определена M. S. Cranley «степенью, в которой женщины участвуют в поведении, которое представляет собой принадлежность и взаимодействие со своим будущим ребенком» [3]. Это проявляется изменением поведения матери по отношению к своему здоровью во время беременности, что помогает сохранить пренатальное здоровье, улучшить неонатальные исходы, способствовать гармоничному развитию ребенка в последующем [2, 3, 15, 22, 27, 28].

Выделяются когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты привязанности женщины во время беременности [11, 12]. Отношение к плоду, представления и фантазии о нем составляют когнитивную часть. Эмпатическая связь с плодом, эмоции во время периода вынашивания и ожидаемого материнства составляют эмоциональную составляющую. Ответная реакция на движения плода, попытки взаимодействовать с ним, заботиться о своем здоровье во время беременности с позиций здоровья растущего организма, готовиться к появлению малыша, в том числе в доме, являются поведенческим компонентом привязанности [12, 13, 29].

Доказано, что ребенок еще до рождения может «чувствовать» физические и психологические изменения материнского организма, а также отвечать реакцией в виде изменений сердцебиения, количества и качества шевелений. Значение материнской привязанности в дальнейшем развитии ребенка подчеркивает большинство исследователей детско-родительских отношений. От того, как именно складываются эти отношения, можно говорить о «качестве привязанности», которая формируется по надежному и ненадежному типу. Формирование привязанности по надежному типу обеспечивает целый ряд материнских свойств. Зарубежные и отечественные исследо-

вания психологии привязанности указывают на такие из них, как отзывчивость и чувствительность матери к сигналам младенца, принятие ребенка отдельной личностью, желание реагировать на эмоциональном уровне, предсказуемость реакций женщины, ее эмоциональная вовлеченность во взаимодействие с плодом, психологическая доступность. При этом качество привязанности зависит от мотивационного аспекта беременности.

Женщина ориентирована воспринимать ребенка как продолжение своего собственного тела. Большое значение имеет то, как мать принимает саму себя. Важно, что принятие женщиной себя формирует устойчивую и адекватную привязанность младенца. Неприятие себя матерью способно породить отсутствие привязанности к ребенку, а последующее неприятие ребенком себя – своеобразный зеркальный процесс.

Немаловажное значение имеет естественность наступления беременности – без сложностей и тревог для будущих родителей. В настоящее время врачи-специалисты все чаще сталкиваются с бесплодием, для преодоления которого применяют вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ): внутриматочная инсеминация спермой мужа или донора, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) с использованием своих или донорских половых клеток. Поэтому формирование материнско-фетальной привязанности на фоне разных видов ВРТ и обстоятельств, приведших к их использованию, находятся под вниманием исследователей [17, 21, 22, 23, 25, 29].

Различные исследователи описывали особенности вынашивания желанных и нежеланных беременностей. Это желание безусловно играет большую роль в правильном формировании привязанности женщины к новорожденному и ребенка к матери в последующем. При желанной беременности все реакции в диаде мать-дитя рассматриваются как естественные. Ощущения шевеления, растущие со сроком гестации, из смутных протопатических формируются в конкретные эпикритические. Чувственность женщины принимает амбивалентную эмоциональную окраску. При нежелательной беременности отмечается эмоциональная поляризованность чувственных проявлений у женщины. Они могут иметь негативный и депрессивный характер или проявляться эмоциональной невключенностью женщины в виде безразличия или эйфории [13, 14, 15, 16]. Шведские исследователи доказали, что беременные по-разному реагируют на шевеления плода во II и III триместре. Ими описаны различные характеристики шевелений плода: интенсивность, продолжительность, характер. А также выявлена достоверная прямая связь между чувствительностью женщин к движениям плода и этими показателями. Пренатальная привязанность представляет процесс формирования потенциальных материнских качеств, раскрывающихся после рождения ребенка. Исследователи отмечают, что формирование глубокой антенатальной привязанности может защитить в позд-

нем гестационном сроке беременную и родильницу от депрессии [13, 24].

Первая группа беременных избегает разговоров о будущем ребенке, эмоционально не реагирует на его движения, не меняет образ жизни в гравидарный период. Психологический статус плода в таких ситуациях может не трансформироваться в статус «ребенок», свое состояние женщина и в III триместре описывает как «беременность», но не «будущее материнство». Если исключить случаи очевидной нежеланности беременности, то причин такого поведения может быть несколько. Оно характерно для пациенток, у которых был опыт потерь, нет детей, беременность наступила после длительного бесплодия, неудачных и неоднократных попыток ВРТ. Беременная чаще неосознанно пытается оградить себя от новой привязанности вследствие утраты беременности или гибели ребенка. Она не хочет взаимодействовать с ним, не мечтает о будущем, живет сегодняшним днем, говорит, что «будем радоваться, когда родится». Психологическая помощь способствует завершению прошлого опыта потери, проработке страха, позволяет эмоционально раскрыться для контакта с будущим ребенком. Такими же внешними проявлениями обладают и пациентки, ведущие активный образ жизни, работающие до самых родов. Они посещают бассейн, йогу для беременных, однако в их переживаниях отсутствует ребенок как индивид. Все, что происходит, для них по-прежнему «беременность», а не будущее материнство.

Вторая группа пациенток, требующая внимания врачей-гинекологов и психологов, представляет своего ребенка как вредного и непослушного. Беременная описывает неприятные шевеления ребенка. Реакция на движения плода будущей матери с негативными нотками, попытками успокоить строптивого, чтобы «ее не тревожил». Такая реакция может быть при нежеланной беременности от ощущения того, что тело странным образом теперь женщине не принадлежит, и многое, что с ней происходит, выходит за рамки ее контроля, не соотносится с ее личными желаниями и интересами. Оказание помощи в такой ситуации чаще всего направлено на принятие будущего ребенка и своих телесных изменений, осознание и проработку противоречивых чувств, возможно, личных страхов и тревог, связанных с организацией жизни после родов.

Третью группу составляют женщины с отношением к будущему ребенку как к «партнеру», «соратнику», с которым мать «договаривается» о благополучных родах в срок. Плод будет представляться как целеустремленная, самостоятельная, независимая личность. Наблюдается эйфория матери в описании плода и взаимодействиях с ним. Психологически это может быть связано с восприятием женщиной младенца, который может сам справляться с трудностями. Он в этой ситуации несет ответственность за течение беременности, сообщает матери о своем состоянии, может причинять беспокойство движениями, «мешать маме спать», способен «услышать» ее просьбу родиться в определенный день.

С учетом таких «отношений» есть путь, который позволяет влиять на поведение женщин во время беременности [17, 23, 25–28]. В успокоении, радости и при положительных эмоциях гипоталамическими структурами вырабатываются гормоны радости, они проникают через плацентарный барьер и непосредственно действуют на плод, вызывая усиление роста плода, спокойствие, возрастание уровня сенсорного восприятия. Неблагоприятное воздействие внешней среды, заболеваний и нездорового образа жизни матери могут привести к фетоплацентарной недостаточности, что отражается на дальнейшем росте и развитии ребенка. Ряд работ указывает, что сильная привязанность матери к плоду обеспечивает высокую вероятность прекращения курения во время беременности [26, 28]. И разъяснительная работа медицинского работника для увеличения МФП может изменить родительское поведение матери, устранить тератогенное антенатальное воздействие курения и парения. Изначально неблагоприятные медико-социальные условия, их ухудшение, постоянные конфликты, неудовлетворенность и неуверенность во время вынашивания ребенка могут приводить к неприятию или неадекватному отношению женщины к ребенку [16, 17, 19].

Модифицирующая роль МФП представляет собой резерв, способный разорвать цепь неблагоприятных воздействий и последствий на формирующийся организм. Зная уровень привязанности, можно влиять на модифицируемые факторы риска. Например, более глубокая пренатальная привязанность может защитить женщину от депрессивных симптомов на поздних сроках беременности и в послеродовом периоде [13, 24, 27, 28].

Беременность – это «история отношений» с будущим ребенком, мечты и ожидания, связанные с ним. Однако отношения привязанности не являются жестко фиксированными и статичными. Как и любые отношения, они развиваются, усложняются и уточняются [19, 20, 21, 23]. Методика И. В. Добрякова «Тест отношений беременной» и вопросная методика Г. Г. Филипповой «Отношение беременной к шевелению ребенка» чаще используются в отечественных научных исследованиях в медицинской психологии и перинатологии [10, 12, 19].

Разработанные и модифицированные опросники J. T. Condon для диагностики родительской привязанности, в которых детализировались мысли и чувства матери, а также вопросы привязанности отца к неродившемуся ребенку, были представлены в виде шкал определения пренатальной привязанности будущих матерей «Maternal antenatal attachment scale» (MAAS) и отцов «Paternal antenatal attachment scale» (PAAS) [11, 20]. Эти шкалы являются анкетами, предназначенными для оценки субъективного чувства привязанности отдельно матери и отца к своему будущему ребенку. Благодаря шкале оцениваются качество и интенсивность привязанности, отсутствие враждебности и удовольствие от взаимодействия. Методика пренатальной

привязанности «Maternal antenatal attachment scale» (MAAS) учитывает практически все компоненты материнско-фетальных отношений. Она разработана в 1993 году для оценки привязанности матери к ребенку в период беременности и первоначально состояла из 27 вопросов, но после статистической проверки автором методики было оставлено 19 вопросов. В качестве оценочной шкалы использована частота проявлений той или иной формы контакта с определением когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов у матери. Вопросы анкеты учитывают эмоциональное состояние матери, чувства по отношению к будущему ребенку, их частоту и силу. От того, насколько спокойно и уверенно либо тревожно и раздраженно ощущают себя анкетированные, будут зависеть ответы и оценка привязанности. Данные исследований показывают, что тревожность и депрессивность мамы после родов связаны обратным образом со всеми характеристиками привязанности за исключением удовольствия от взаимодействия, которое коррелирует с личностной тревожностью [12, 19]. В последующем повышенная тревожность и депрессивность матери ребенка снижают ее чувствительность к его сигналам и качество их взаимодействия.

Привязанность матери к плоду является самым сильным стимулом для улучшения пренатального состояния здоровья матери с наилучшей конечной эффективностью [29]. ФМП содержит в себе импульс, который может видоизменить последовательность ряда трансформировавшихся в последнее время ценностей в вопросах семьи и деторождения, неблагоприятных воздействий на здоровье матери, оптимизировать условия для последующего развития плода и ребенка [18, 27, 28]. Сегодня как никогда остро встают вопросы осознанного принятия решений, заботы о здоровом потомстве с позиции родительской ответственности, а не учет только личных «желаний» женщины.

**Цель исследования** – проанализировать особенности и закономерности формирования материнско-фетальной привязанности с учетом медико-социальных факторов риска.

## Материал и методы исследования

На клинической базе Белорусского государственного медицинского университета в учреждении здравоохранения «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска проведено анкетирование 205 беременных. Беременность у всех женщин была желанной. Анкеты участниц разделены на три группы в соответствии с особенностями наблюдения и течения беременности. Группу 1 (Гр1) составили 118 будущих матерей, беременность которых наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), находящихся под наблюдением в отделе репродуктивного здоровья, группу 2 (Гр2) – 67 женщин, получавших лечение в отделении патологии беременности, группу 3 (Гр3) – 20 беременных, наблюдавшихся в женской консультации № 26 Минска, группа сравнения. Возраст беременных женщин составил 33 года (минимум 20 лет, максимум 43 года). Полученные нами данные представлены в **таблице 1**.

Критерии включения в исследование: наличие задокументированной беременности, отсутствие отказа женщины от использования данных в исследовании. Критерии исключения: наличие у беременной женщины сопутствующей соматической патологии в стадии декомпенсации, онкологических заболеваний, употребление психоактивных веществ; наличие диагностированной пренатально хромосомной патологии, генетических заболеваний у плода. Во всех случаях получено письменное информированное согласие женщин.

Аntenатальная привязанность матери к ребенку была оценена с помощью методики «Maternal antenatal attachment scale» (MAAS). Опросник содержит 19 утверждений, отражающих мысли и чувства беременной женщины по отношению к своему будущему ребенку, что позволяет оценить два ведущих компонента материнско-фетальной привязанности: «качество» и «интенсивность». «Качество» отражает характеристику настроения будущих матерей, таких как близость, дистанцирование, нежность, раздражение, положительное или отрицательное отношение. «Интенсивность» характеризует время, в течение которого женщина

**Таблица 1.** Характеристика беременных женщин исследуемых групп, Me (Q1–Q3)

Исследуемые показатели	Обследуемые беременные женщины				Статистическая значимость различий
	Все, n=205	Группа 1, n=118	Группа 2, n=67	Группа 3, n=20	
Возраст беременных, лет	33 (29–36)	34 (31–37)	29 (25–34)	30 (25–34)	H=35,96, p<0,001 z <sub>1-2</sub> =5,4, p<0,001 z <sub>1-3</sub> =3,78, p<0,001
Гестационный срок, недель	30 (16–36)	20 (11–30)	34 (30–39)	33 (30–35)	H=46,21, p<0,001 z <sub>1-2</sub> =6,44, p<0,001 z <sub>1-3</sub> =3,75, p<0,001
Беременность по счету	1 (1–2)	1 (1–2)	2 (1–2)	1 (1–2)	H=7,90, p=0,019 z <sub>1-2</sub> =2,43, p=0,045

думает о будущем ребенке, разговаривает с ним, видит сны о нем, тактильно взаимодействует. Опросник заполнялся женщинами, каждый из 19 вопросов оценивался по 5-балльной шкале Лайкерта (англ. *Likert scale*). Респондент выражала свое согласие или несогласие с каждым из предложенного набора суждений по пятибалльной шкале оценок (от «совершенно несогласна» (1 балл) до «полностью согласна» (5 баллов)).

Обработка полученных данных, их графическое представление выполнялись с использованием статистических пакетов Excel, Statistica 10.0. Нормальность распределения количественных признаков оценивалась на основании критериев Шапиро-Уилка, Колмогорова-Смирнова. С учетом распределения, отличного от нормального, данные представляли в виде медианы (Me), интерквартильного размаха (Q1–Q3). Для сравнения двух независимых выборок использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Для сравнения трех независимых выборок использовали непараметрический критерий Краскела-Уоллиса (H), при обнаружении статистически значимых различий проводили попарные сравнения средних рангов (z). Качественные показатели представлены в виде абсолютного значения и доли (абс. число (%)). Для анализа взаимосвязи двух признаков был выполнен корреляционный анализ по Спирмену с оценкой коэффициента корреляции ( $r_s$ ). При оценке силы связи коэффициентов корреляции использовали шкалу

Чеддока. Различия между показателями считали значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,5% ( $p < 0,05$ ).

### Результаты и их обсуждение

С учетом дизайна исследования выявлено, что статистически значимо старше были беременные женщины, беременность которых наступила в результате ВРТ (табл. 1). Их возраст составил 34 (31–37) года, остальные группы были сопоставимы по данному параметру (группа 2 – 29 (25–34) лет, группа 3 – 30 (25–34) лет). У женщин с ВРТ медиана возраста была выше с учетом стажа бесплодия. В момент анкетирования на более раннем сроке находились женщины, беременность которых наступила в результате ВРТ – 20 (11–30) недель, что имело статистически значимые различия с аналогичным показателем беременных Гр2 и Гр3 (34 (30–39) и 33 (30–35) недель гестации соответственно) ( $H=46,21, p < 0,001; z_{1-2}=6,44, p < 0,001; z_{1-3}=3,75, p < 0,001$ ). Данный факт отражает, что женщины после ВРТ традиционно нуждаются в более тщательном динамическом наблюдении и находятся под пристальным наблюдением врачей-специалистов на более ранних сроках беременности.

Результаты анкетирования беременных женщин исследуемых групп с учетом особенностей беременности по шкале МААС представлены в **таблице 2**.

**Таблица 2.** Результаты анкетирования беременных женщин исследуемых групп с учетом особенностей беременности по шкале МААС, Me (Q1–Q3)

Исследуемые показатели	Обследуемые беременные женщины				Различия, статистическая значимость
	Все, n=205	Группа 1, n=118	Группа 2, n=67	Группа 3, n=20	
Вопрос 1, баллы	4 (4–5)	4 (3–5)	4 (4–5)	4 (4–5)	$H=4,74, p=0,094$ $z_{1-2}=2,92, p=0,011$
Вопрос 2, баллы	3 (3–4)	3 (2–3)	3 (3–4)	3 (3–4)	$H=11,57, p=0,003$
Вопрос 3, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (4–5)	$H=1,15, p=0,562$
Вопрос 4, баллы	4 (3–4)	4 (3–4)	4 (3–4)	4 (3–4)	$H=0,97, p=0,617$
Вопрос 5, баллы	3 (2–4)	3 (2–4)	3 (3–4)	4 (3–4)	$H=4,02, p=0,134$
Вопрос 6, баллы	5 (4–5)	5 (4–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=9,95, p=0,007$
Вопрос 7, баллы	4 (4–5)	4 (4–5)	4 (4–5)	4 (4–5)	$H=0,71, p=0,700$
Вопрос 8, баллы	2 (2–3)	2 (2–3)	3 (2–3)	3 (2–4)	$H=12,42, p=0,002$ $z_{1-2}=2,71, p=0,020$ $z_{1-3}=2,48, p=0,04$
Вопрос 9, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=0,01, p=0,999$
Вопрос 10, баллы	4 (4–4)	4 (3–4)	4 (4–4)	4 (4–4)	$H=0,80, p=0,671$
Вопрос 11, баллы	5 (4–5)	5 (4–5)	5 (4–5)	5 (4–5)	$H=2,68, p=0,262$
Вопрос 12, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=6,02, p=0,49$
Вопрос 13, баллы	4 (4–5)	4 (4–5)	5 (4–5)	4 (4–5)	$H=4,92, p=0,086$
Вопрос 14, баллы	4 (4–5)	4 (4–5)	4 (4–4)	4 (3–5)	$H=0,42, p=0,811$
Вопрос 15, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=9,98, p=0,009$
Вопрос 16, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=4,08, p=0,130$
Вопрос 17, баллы	2 (1–2)	1 (1–2)	2 (1–2)	2 (1–2)	$H=10,26, p=0,006$ $z_{1-2}=2,76, p=0,017$
Вопрос 18, баллы	5 (4–5)	5 (4–5)	5 (4–5)	5 (5–5)	$H=6,15, p=0,046$
Вопрос 19, баллы	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	5 (5–5)	$H=0,87, p=0,648$
Интенсивность (поведение привязанности, баллы)	51 (49–53)	51 (49–53)	51 (50–54)	51 (49–52)	$H=3,03, p=0,220$ $H=7,64, p=0,022$
Качество привязанности, баллы	27 (25–30)	27 (23–29)	28 (26–31)	28 (26–31)	$H=7,16, p=0,028$
Общий показатель, баллы	79 (74–83)	78 (73–81)	80 (76–84)	79 (76–83)	$z_{1-2}=2,66, p=0,023$

Согласно анализу отдельных вопросов установлены статистически значимые различия балльной оценки вопросов 2, 6, 8, 15, 17. Вопрос 2 о последних 2-х неделях, когда пациентка говорила или думала о развивающемся внутри нее ребенке, о чувствах, которые она испытывала. Вопрос 6 о последних 2-х неделях про то, как она думала о развивающемся ребенке, Вопрос 8 о том, замечала ли в последние 2 недели беременная, что разговаривает с ребенком, когда она одна (Рис. 1). Вопрос 15 о своих чувствах, когда она впервые увидит ребенка после рождения. Вопрос 17 о возможных сновидениях о своей беременности или ребенке за последние 2 недели.

Количество баллов по всем компонентам привязанности: когнитивный (вопрос 1 –  $N=4,74$ ,  $p=0,094$ ;  $z_{1-2}=2,92$ ,  $p=0,011$ ), эмоциональный (вопрос 17 –  $N=10,26$ ,  $p=0,006$ ;  $z_{1-2}=2,76$ ,  $p=0,017$ ) и поведенческий (вопрос 8 –  $N=12,42$ ,  $p=0,002$ ;  $z_{1-2}=2,71$ ,  $p=0,020$ ;  $z_{1-3}=2,48$ ,  $p=0,04$ ) оказалось меньше в группе беременных после ВРТ, что, вероятно, больше связано с меньшим сроком гестации у женщин этой группы. Движения плода существенно различимы женщиной после 18-20 недель беременности, что подкрепляет ее в непосредственном осознании плода и восприятию беременности.

При корреляционном анализе установлены статистически значимые ассоциации между сроком гестации и балльными значениями вопроса 6 ( $r_s=0,28$ ,  $p<0,001$ ); вопроса 13 ( $r_s=0,26$ ,  $p<0,001$ ); вопроса 14 ( $r_s=0,30$ ,  $p=0,001$ ); вопроса 17 ( $r_s=0,27$ ,  $p<0,001$ ); вопроса 18 ( $r_s=0,21$ ,  $p=0,002$ ) и общей суммы баллов анкеты ( $r_s=0,28$ ,  $p<0,001$ ). С учетом полученных нами результатов и данных других авторов, компоненты привязанности (когнитивный – вопрос 6, эмоциональный – во-

просы 13 и 17, поведенческий – вопросы 14 и 18) линейно возрастают со сроком гестации, что означает постепенное осознание себя как матери [20] и значимость поведения защиты и заботы о ребенке во время беременности. Сила корреляционных взаимосвязей была несколько выше в группе 1: вопрос 6 ( $r_s=0,32$ ,  $p<0,001$ ); вопрос 13 ( $r_s=0,33$ ,  $p=0,001$ ). Для ряда вопросов установлены ассоциации показателей привязанности с возрастом беременных (вопрос 8 –  $r_s=0,25$ ,  $p=0,042$ ; вопрос 12 –  $r_s=-0,20$ ,  $p=0,039$ ).

Медианное значение по шкале «Качество привязанности» среди всех обследованных женщин составило 27 (25–30) баллов; возможный диапазон данной шкалы в методике – 8–40 баллов, полученные нами данные:  $min=18$  баллов,  $max=39$  баллов. Медиана по шкале «Интенсивность привязанности (поведение)» – 51 (49–53) балл; полученный диапазон методики – 11–55 баллов. Медианное значение общего показателя ФМП составило 79 (74–83) баллов; возможный диапазон показателя, выделяемый автором методики, составляет 19–95 баллов, полученные нами  $min=62$  балла,  $max=92$  балла. Общий показатель ФМП был ниже в группе женщин, беременность которых наступила с помощью ВРТ, и составил в медианном значении 78 (73–81) баллов, при аналогичном показателе в группе 2 – 80 (76–84), группе 3 – 79 (76–83) баллов ( $N=7,16$ ,  $p=0,028$ ;  $z_{1-2}=2,66$ ,  $p=0,023$ ). По интенсивности привязанности группы оказались сопоставимы ( $N=3,03$ ,  $p=0,220$ ). Значения качества привязанности имели статистически значимые различия (Гр1 – 27 (23–29), Гр2 – 28 (26–31), Гр3 – 28 (26–31) баллов;  $N=7,64$ ,  $p=0,022$ ).

При корреляционном анализе выявлено, что интенсивность ФМП ( $r_s=0,26$ ,  $p<0,001$ ) и качество привязанности ( $r_s=0,18$ ,  $p=0,014$ ) имели взаимосвязь со сроком гестации. Несколько выше были корреляционные взаимосвязи данных показателей привязанности у женщин Гр1 ( $r_s=0,27$ ,  $p=0,007$  и  $r_s=0,21$ ,  $p=0,037$  соответственно). Схожесть общих баллов в обследуемых группах, не смотря на то, что в группе 1 сроки беременности ниже, возможно, отражает более раннее «желание» осознания материнства у женщин после ВРТ, связанное с процессом подготовки к ним и выполнением определенных этапов до наступления беременности.

В ходе анкетирования у 107 женщин дополнительно уточняли сведения об образовании. 86 беременных имели высшее образование (Группа В, ГрВ) и 21 – среднее или среднее специальное (Группа С, ГрС). Статистически значимых корреляций уровня привязанности с возрастом у беременных женщин с учетом образовательного статуса не выявлено. Статистически значимых различий когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов привязанности у беременных женщин с различным образовательным статусом не установлено (табл. 3).

При корреляционном анализе установлены взаимосвязи между эмоциональным компонентом привязанности и сроком гестации у женщин с высшим

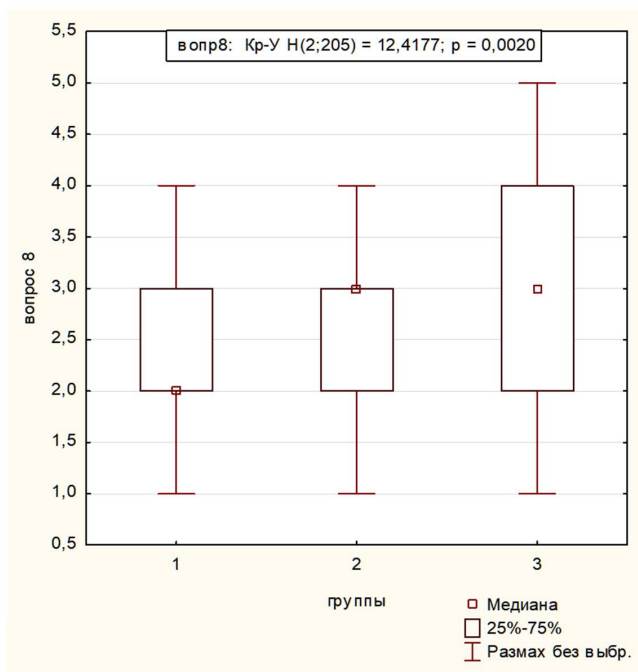


Рисунок 1. Значения балльной оценки вопроса 8 (в последние 2 недели я замечала, что я разговариваю с ребенком, когда я одна) у беременных женщин исследуемых групп

**Таблица 3.** Компоненты пренатальной привязанности анкеты MAAS у обследованных женщин с учетом образовательного статуса

Компоненты привязанности	Обследуемые беременные женщины						Различия, статистическая значимость
	ГрВ, n=86			ГрС, n=31			
	Ме (Q1–Q3)	Мин	Макс	Ме (Q1–Q3)	Мин	Макс	
Когнитивный, баллы	23 (25-27)	18	30	25 (23-26)	20	29	U=1318, p=0,857
Эмоциональный, баллы	28 (27-30)	23	33	28 (27-30)	24	32	U=1256, p=0,576
Поведенческий, баллы	25 (24-27)	20	30	25 (24-27)	20	28	U=1190, p=0,334

образованием (ГрВ –  $r_s=0,29$ ,  $p=0,007$ ). Ассоциации когнитивного компонента со сроком гестации отмечались в группе С ( $r_s=0,57$ ,  $p=0,001$ ), поведенческого компонента – в группе В ( $r_s=0,31$ ,  $p=0,003$ ). Показатель интенсивности коррелировал со сроком гестации в группе С ( $r_s=0,55$ ,  $p=0,010$ ), а баллы качества привязанности – в группе В ( $r_s=0,30$ ,  $p=0,005$ ). Сила корреляционных взаимосвязей была выше и находилась в диапазоне средней силы связи у женщин со средним образованием. Статистически значимых корреляций уровня привязанности с возрастом у беременных женщин с различным образовательным статусом не выявлено.

### Заключение

Привязанность матери и ребенка является неоспоримо важным феноменом в жизни каждого человека. Изучение закономерностей и особенностей ее формирования в пренатальном периоде имеет важное научно-практическое значение для врачей-специалистов и психологов. В настоящее время применение валидированных и корректных методик, таких как «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (MAAS), является адекватным и удобным инструментом для определения характеристик и особенностей ее формирования.

Установлены статистически значимые различия одного из ведущих компонентов материнско-фетальной привязанности «качество привязанности» с учетом особенностей наступления и течения беременности (беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий, патологическое течение гестации с госпитализацией и наблюдение в женской консультации). Общий показатель МФП был ниже в группе женщин, беременность которых наступила с помощью ВРТ ( $N=7,16$ ,  $p=0,028$ ;  $Z_{1-2}=2,66$ ,  $p=0,023$ ).

Анализ взаимосвязей пренатальной привязанности будущих матерей и медико-социальных показателей выявил роль возраста и образовательного статуса женщин, гестационного срока. Компоненты антенатальной привязанности коррелировали со сроком гестации, сила корреляционных взаимосвязей была несколько выше в группе женщин, беременность которых наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Статистически значимых различий когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов привязанности у беременных женщин с различным образовательным статусом не установлено ( $p=0,857$ ,  $p=0,576$  и  $p=0,334$ ). У женщин со средним образованием выявлены корреляционные взаимосвязи средней силы между сроком гестации и когнитивным компонентом ( $r_s=0,57$ ,  $p=0,001$ ), показателем интенсивности МФП ( $r_s=0,55$ ,  $p=0,010$ ).

Анкетирование и оценка степени пренатальной привязанности матери к ребенку, подробное ознакомление женщины с результатами анкетирования могут рассматриваться дополнительным видом психологической поддержки беременных, способом акцентирования внимания медицинских работников и самих женщин на важности осознанного материнства. Современные методы сопровождения беременности способны повысить ответственность будущих родителей, способствовать изменению образа жизни, питания и поведения беременных, осознанию необходимости заботиться об эмоциональном, общем физическом благополучии и здоровье будущего ребенка.

### Список литературы

1. Психиатрия детского возраста: учеб. пособие: в 2 ч./С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев, В.В. Поздняк [и др.]/С.-Петербург. гос. педиатр. мед. ун-т. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – Ч. 2. – 72 с.
2. Cranley, M.S. The impact of perceived stress and social support on maternal-fetal attachment in the third trimester/M.S. Cranley; University of Wisconsin. – Madison, 1979. – 330 p.
3. Cranley, M.S. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy/M.S. Cranley// Nursing Research. – 1981. – Vol. 30, № 5. – P. 281–284.
4. Condon, J.T. The correlates of antenatal attachment in pregnant women/J.T. Condon, C. Corkindale//The British journal of medical psychology. – 1997. – Vol. 70, pt. 4. – P. 359–372.
5. Doan, H.M. Prenatal attachment: a developing model/H.M. Doan, A. Zimmerman//International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. – 2008. – Vol. 20, № 1/2. – P. 20–28.
6. Muller, M.E. A critical review of prenatal attachment research /M.E. Muller//Scholarly Inquiry for Nursing Practice. – 1992. – Vol. 6, № 1. – P. 5–26.
7. Muller, M.E. The development of the prenatal attachment inventory/M.E. Muller//Western Journal of Nursing

- Research. – 1993. – Vol. 15, №2. – P. 199–215.
8. Scherwtdfefer, K.L. Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment/K.L. Scherwtdfefer, B.S.N. Goff// *Journal of Traumatic Stress.* – 2007. – Vol. 20, № 1. – P. 39–51.
  9. Shieh, C. What do we know about maternal-fetal attachment? /C. Shieh, M. Kravitz, H.N. Wang// *Kaohsiung Journal of Medical Sciences.* – 2001. – Vol. 17, №9. – P. 448–454.
  10. Бриш, К. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике/К. Бриш. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.
  11. Condon, J.T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument/ J.T. Condon// *The British Journal of Medical Psychology.* – 1993. – Vol. 66, pt. 2. – P. 167–183.
  12. Савенышева, С.С. Пренатальная привязанность: понятие, структура и детерминанты/С.С. Савенышева// *Мир науки, культуры и образования.* – 2017. – № 1. – С. 243–248.
  13. Заманаева, Ю.В. Тишина после родов и продолжение жизни/Ю.В. Заманаева, А.В. Михайлов. – М.: StatusPraesens, 2023. – 168 с.
  14. Профилактика отказов от новорожденных детей в системе родовспоможения Свердловской области: метод. пособие/авт.-сост. М.М. Ицкович, Т.Г. Ярославцева, Н.Д. Хакимова. – Екатеринбург: Ажур, 2019. – 72 с.
  15. Ли Кори, Ж. Мамина нелюбовь. Как исцелить скрытые раны от несчастливого детства/Жасмин Ли Кори; пер. с англ. С. Богданова. – М.: Эксмо, 2023. – 480 с.
  16. Пархомович, В.Б. Психология семьи ребенка с особенностями психофизического развития: практ. пособие/В.Б. Пархомович. – Минск: Речь, 2022. – 188 с.
  17. Михайлов, А.В. Психологический портрет беременных при различных осложнениях многоплодной беременности/А.В. Михайлов, Ю.В. Заманаева// *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2021. – Т. 70, № 6. – С. 49–62.
  18. Oxford textbook of psychiatry/M. Gelder [et al.]. – 3rd ed. – Oxford: Oxford University Press, 1996. – 944 p.
  19. Заманаева, Ю.В. Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности/Ю.В. Заманаева// *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология.* – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 303–322.
  20. Савенышева, С.С. Перевод и адаптация методики «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (MAAS)/С.С. Савенышева, В.О. Аникина, М.Е. Блох// *Консультативная психология и психотерапия.* – 2022. – Т. 30, № 3. – С. 92–111.
  21. Psychometric evaluation and refinement of the prenatal attachment inventory/J.F. Pallant, H.M. Haines, I. Hildingsson [et al.]// *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* – 2014. – Vol. 32, № 2. – P. 112–125.
  22. Савенышева, С.С. Влияние состояния и отношения к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований/С.С. Савенышева// *Мир науки.* – 2018. – Т. 6, № 1. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/14PSMN118.pdf> (дата обращения 04.11.2024).
  23. Знаменская, И.И. Привязанность матери к плоду: факторы формирования и практическое применение конструкта/И.И. Знаменская, Т.Г. Ярославцева// *Психологический журнал.* – 2022. – Т. 43, № 2. – С. 72–83.
  24. Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology/E. Petri, L. Palagini, O. Bacci [et al.]// *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* – 2018. – Vol. 31, № 23. – P. 3153–3159.
  25. Бохан, Т.Г. Формирование привязанности к ребенку в период беременности и после родов у женщин-участниц программы ЭКО/Т.Г. Бохан, А.В. Силаева// *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.* – 2021. – № 6. – С. 401–408.
  26. The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy/S.R. Magee, M.H. Bublitz, C. Orazine [et al.]// *Maternal and Child Health Journal.* – 2014. – Vol. 18, № 4. – P. 1017–1022.
  27. The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women/J.L. Alhusen, D. Gross, M. J. Hayat [et al.]// *Research in Nursing & Health.* – 2012. – Vol. 35, № 2. – P. 112–120.
  28. Associations between maternal-foetal attachment and infant developmental outcomes: a systematic review/G. Branjerdporn, P. Meredith, J. Strong, J. Garcia// *Maternal and Child Health Journal.* – 2017. – Vol. 21, № 3. – P. 540–553.
  29. Cannella, B. Meta-analyses of predictors of health practices in pregnant women/B. Cannella, A. Yarcheski, N. Mahon// *Western Journal of Nursing Research.* – 2018. – Vol. 40, № 3. – P. 425–446.