

Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности

Ю. В. Заманаева

Родильный дом № 17,
Российская Федерация, 192174, Санкт-Петербург, ул. Леснозаводская, 4

Для цитирования: Заманаева Ю. В. Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 3. С. 303–322. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.307>

Описана авторская психодиагностическая методика «Пренатальный контакт», позволяющая определить качество психологического контакта беременной женщины с будущим ребенком (детьми) на поздних сроках беременности и многоплодной беременности. Проанализированы отечественные и зарубежные исследования, а также вербальные психодиагностические методики, посвященные переживаниям женщины в период беременности. В процессе клинической работы выявлена значимость шевелений ребенка в переживаниях женщины на поздних сроках беременности. Дано определение пренатального контакта как когнитивной, аффективной и поведенческой активности женщины, направленной на установление связи с будущим ребенком и взаимодействие с ним. Высказано предположение о том, что в процессе налаживания этого контакта начинают развиваться материнские качества, которые в дальнейшем будут влиять на качество взаимодействия матери с младенцем и в итоге на качество привязанности ребенка к матери, а именно чувствительность и отзывчивость к сигналам ребенка, принятие ребенка, эмоциональная вовлеченность в контакт с ним. Представлены результаты статистической обработки проведенного в родильном доме исследования 168 беременных женщин, вынашивающих одноплодную (99 женщин) и многоплодную (69 женщин) беременность, на сроке от 24 до 41 недели, в возрасте от 23 до 43 лет, имеющих разный пренатальный анамнез. Шкалы методики проверены на надежность. Предложены следующие названия шкал: «Взаимодействие с ребенком (детьми)», «Чувствительность к шевелениям ребенка (детей)», «Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку (детям)». Подробно рассмотрена каждая шкала, описаны проявления того или иного результата в клинической психологической практике, описаны возможности использования данной информации для оказания психологической помощи беременным женщинам.

Ключевые слова: пренатальный опыт, переживания в период беременности на поздних сроках, шевеления плода, представления о ребенке (детях), материнские качества.

Введение

За последние десять лет стали активно проводиться исследования в области перинатальной психологии, в частности касающиеся психологии беременности. Это особенно актуально в связи с тем, что женские консультации и родильные

дома теперь имеют в своем штате психолога. Для клинических психологов, работающих обычно с большим потоком пациенток и часто в режиме экстренной психологической помощи, важны не только содержательные результаты научных исследований, но и психодиагностические методики, позволяющие выявить ключевые проблемы в психологическом состоянии беременной женщины.

Многолетний опыт работы психологом в родильном доме позволяет утверждать, что ядром переживаний женщины, связанных с предстоящим материнством на поздних сроках беременности, является эмоциональный, когнитивный и телесный контакт беременной женщины с ребенком (или детьми) через его (их) шевеления. Именно этот психологический контакт будущей мамы и ее ребенка в первую очередь оказывается под ударом при возникновении жизненных стрессовых ситуаций, осложнениях беременности и риске преждевременных родов, потере одного плода в многоплодной беременности и продолжении вынашивания второго. С целью более детального исследования этого явления и была создана методика «Пренатальный контакт». Однако, прежде чем описывать характеристики методики и полученные с ее помощью результаты, хотелось бы внести концептуальную ясность в исследуемый феномен.

Перечень явлений, описывающих переживания женщины в период беременности, чрезвычайно многообразен: готовность к предстоящему материнству [1–4], функционирование психологического компонента гестационной доминанты [5], подготовка мамы к рождению [6], пренатальная привязанность [7–10].

Безусловно, такое понятийное разнообразие связано со сложностью исследуемой психической реальности — переживаний женщины, ожидающей ребенка (или детей). Не вдаваясь в подробный анализ соотношения этих понятий, заметим, что переживание женщины, ожидающей ребенка, обладает несколькими базовыми характеристиками. Во-первых, традиционные общепсихологические характеристики: когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Когнитивный — отношение к плоду как к отдельному существу, как к ребенку, представления и фантазии о нем, о себе как будущей матери; аффективный — эмпатическая, эмоциональная связь с плодом, весь спектр эмоций по поводу вынашивания и предстоящего материнства; поведенческий — ответ на движения плода и попытки взаимодействовать с ним, забота о своем здоровье в течение беременности, подготовка к появлению ребенка в доме. Во-вторых, предмет переживаний женщины является и будущий ребенок, и она сама — то, как она ощущает свою роль будущей матери. И наконец, в-третьих, временная характеристика: имеем ли мы дело с ожиданиями и мечтами о будущем ребенке (детях) или с актуальными представлениями женщины о ребенке, реализуемыми в контакте с ним через его шевеления.

Из всех характеристик мы сосредоточились на актуальном контакте женщины с будущим ребенком и соответственно на том актуальном образе, который она формирует в своем воображении.

Значимость психического и телесного контакта будущей мамы с малышом была описана еще в книге Томаса Верни «Тайный мир ребенка до рождения» [11], что повлекло за собой пристальное внимание психологов к пренатальному общению будущей мамы и ребенка. Также эта тема присутствовала в гаптономических исследованиях Франсуазы Дольто, практике обучения беременных женщин общению с будущим ребенком через реакцию на его шевеления, инициирование его

движений [12]. В отечественных исследованиях, посвященных формированию привязанности в период беременности [10] показано, что отношение женщины к шевелению ребенка является показателем желанности ребенка, ведь шевеление ребенка — это как будто его заявление — «я есть, я живой, я двигаюсь, я активный». И эмоциональная реакция будущей мамы на единственный пока возможный реальный физический контакт — это принятие ребенка как такового, его активных проявлений. В современном исследовании, выполненном в Швеции Мари-Кристин Мальм, чрезвычайно подробно описаны реакции беременных на шевеления плода во втором и третьем триместре беременности, различные характеристики движений, их интенсивность, продолжительность, характер (тип) и, что самое важное, доказана прямая и достоверная связь между чувствительностью женщин к шевелениям ребенка и показателями пренатальной привязанности [13].

Проанализировав вышеописанные работы и сопоставив это с нашими собственными клиническими наблюдениями, мы пришли к выводу, что психодиагностическая методика, направленная на выявление особенностей пренатального взаимодействия с ребенком, должна содержать вопросы по следующим особенностям: физические и психологические реакции беременной женщины на шевеления ребенка, интерпретация шевелений, умение дифференцировать разные виды шевелений, желание донести до ребенка свои чувства или мысли и способы реализации этого, особенности общения с ребенком в разных состояниях женщины, представления о характере ребенка и о нем в целом, представления о том, как себя чувствует ребенок сейчас. Для ситуации многоплодной беременности также важно знать, как беременная женщина интерпретирует внутриутробное взаимодействие между детьми, отличает ли шевеления каждого ребенка. Кроме того, для нас важно было, чтобы методика обладала терапевтическим эффектом, чтобы в процессе заполнения анкеты женщина структурировала свой опыт, повышала уровень осознанности в отношении некоторых переживаний.

В качестве рабочего определения было принято следующее: под **пренатальным контактом** мы понимаем когнитивную, аффективную и поведенческую активность женщины, направленную на установление связи с будущим ребенком и взаимодействие с ним. Безусловно, природа этого контакта субъективна: мы имеем дело только с интерпретациями женщины того, как и почему реагирует ребенок теми или иными шевелениями. С нашей точки зрения, именно в этом взаимодействии начинают развиваться материнские качества, которые в дальнейшем (после родов) будут влиять на качество взаимодействия матери с младенцем и в итоге на качество привязанности ребенка к матери.

Многолетние зарубежные и отечественные исследования в области психологии привязанности выявили ряд материнских качеств, которые обеспечивают формирование привязанности ребенка к матери по надежному типу. Среди них чувствительность и отзывчивость матери к сигналам младенца, желание реагировать на эмоциональном уровне, предсказуемость реакций, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие, психологическая доступность матери [14; 15].

В процессе формирования пренатального контакта, по нашему мнению, начинают проявляться такие материнские качества, как чувствительность и отзывчивость к сигналам ребенка, принятие ребенка, эмоциональная вовлеченность в контакт с ним.

Материнская **чувствительность** выражается в попытках на физическом уровне ощутить и описать характер шевелений ребенка: от ощущений легких движений до ощущения активных и разнообразных шевелений. Будущие мамы учатся отличать силу шевелений, характер (толчки, повороты, прикосновения), циклы шевеления, пытаются понять, как себя чувствует ребенок, что могут означать те или иные шевеления, при многоплодии будущая мама пытается различить шевеления детей.

Отзывчивость развивается через отклик на шевеления ребенка: как своеобразное приветствие — «я тебя чувствую, я помню, что ты здесь», как попытка откликнуться на потребности ребенка — лечь удобнее («ему неудобно, поэтому он толкается»), поест («он голодный, поэтому пинает меня»), что-то сказать или погладить его через живот, чтобы успокоить, если была тревожная ситуация или переживания.

Принятие ребенка реализуется через проявление радости от его активности, понимание того, что у ребенка есть свои потребности и ощущения, что он обладает своими индивидуальными особенностями. Также принятие реализуется через желание женщины донести до ребенка свои чувства, через психологическое включение его в семью: будущая мама рассказывает ребенку, как его ждут, привлекает отца ребенка для контакта с ним через прикосновение к животу, разговор.

Эмоциональная вовлеченность в контакт с ребенком — сквозная характеристика, проявляющаяся как общий эмоциональный фон вынашивания, радость от ощущения ребенка внутри, от его активности, эмоциональная реакция на его активность.

Некоторые беременные женщины очень активно общаются со своими будущими детьми и вслух, и мысленно, поглаживая живот и откликаясь на шевеления ребенка. Некоторые сообщают о том, что они «не могут разговаривать с животом», но при этом хорошо чувствуют ребенка и подробно описывают его шевеления, стараются вести себя бережно и заботливо по отношению к ребенку, напрямую с ним не общаясь. Для того чтобы изучить индивидуальные особенности контакта беременной женщины с будущим ребенком или детьми, и была создана предлагаемая методика.

Процедура создания методики и исследования ее возможностей

Цели — сконструировать психодиагностическую методику, сгруппировать вопросы в шкалы, проверить их надежность, проанализировать качественную информацию, полученную из развернутых ответов.

Этапы работы:

1. Изучение отечественных и зарубежных исследований, связанных с переживаниями женщины в период беременности, темой пренатального взаимодействия через шевеления. Были проанализированы опросные психодиагностические методики, в которых присутствовали вопросы о реакциях женщины на шевеления плода, ее представления о будущем ребенке. В частности, методики И. В. Добрякова [5], Дж. Кондона [7], М. Мюллера [8].
2. Анализ клинического опыта: основных болезненных вопросов и переживаний, с которыми обращались пациентки, причин позитивных изменений, найденных ресурсов в процессе психологической работы. В результате та-

кой работы было выдвинуто предположение о том, что реакция на шевеления ребенка, ощущение эмоционального и физического контакта с ним является ключевым переживанием на поздних сроках беременности.

3. Формулировка понятия «пренатальный контакт» и основных требований к предполагаемой методике его диагностики: простота, небольшое время для заполнения анкеты, важность открытых вопросов, позволяющих отследить индивидуальное наполнение переживаний женщины.
4. Разработка методики в ходе клинической работы в родильном доме. Психологическая работа проводилась в плановом порядке с разными категориями пациенток и по актуальному состоянию, и по анамнезу. Все вопросы, воспроизведенные позднее в методике, задавались пациенткам, когда это было уместно и необходимо для проведения психологической работы с ними, ответы и реакции фиксировались, выбирались наиболее информативные вопросы, подбирались наиболее понятные и точные формулировки.
5. Создание текста методики в двух вариантах: для одноплодной и для многоплодной беременности.
6. Проведение исследования, в ходе которого пациенткам предлагалось заполнить бланки методики (см. Приложение).
7. Статистическая обработка, проверка надежности методики, исследование психодиагностических возможностей.

Исследовательскую выборку составили 168 женщин, находившихся в родильном доме на разных сроках беременности — от 24 до 41 недели, в возрасте от 23 до 43 лет, 99 женщин, вынашивающих одноплодную беременность, и 69 женщин, вынашивающих многоплодную беременность (дихориальные и монохориальные двойни). Для 70 женщин это первая беременность, в анамнезе у 21 женщины перинатальные утраты, 39 женщин имеют детей, 38 женщин имеют и детей, и перинатальные утраты (внематочная беременность, аборт, замершая беременность, прерывание беременности, антенатальная гибель плода после 22 недель). Пребывание в родильном доме обусловлено разными причинами: как осложнениями в процессе течения беременности, так и подготовкой к родам при нормальном течении беременности. В дальнейших публикациях будут отражены результаты сравнительного анализа пренатального опыта женщин с разными ситуациями в беременности.

Методика состоит из двух частей. Первая часть включает 8 вопросов (9 — для многоплодной беременности), предполагающих количественную оценку частоты описанных явлений и развернутые ответы на эти вопросы. В качестве оценочной шкалы была взята шкала частоты появлений той или иной формы контакта: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда». Это позволило нам получить, с одной стороны, информацию о качестве контакта, его характеристиках, а с другой — о степени его интенсивности. Вторая часть методики включает 8 открытых вопросов, предполагающих только развернутый ответ.

Для статистической обработки использовался пакет SPSS Statistics. Методы статистической обработки: корреляционный анализ, факторный анализ, дисперсионный однофакторный анализ. Статистическая обработка проводилась отдельно на выборках одноплодной и многоплодной беременности.

Также была проведена проверка влияния на результаты методики таких факторов, как возраст, срок беременности и анамнез женщины. Наличие связи между возрастом и сроком беременности проверялось с помощью корреляционного анализа. Для определения влияния анамнеза вся выборка была разделена на 4 группы: 1 — первородящие; 2 — пациентки, у которых есть дети; 3 — пациентки без детей, но имеющие в своем опыте перинатальные утраты; 4 — пациентки, у которых есть дети и опыт перинатальных утрат. Была проведена проверка на значимость различий в показателях этих групп по всем вопросам и итоговым шкалам методики.

Результаты

Итоговая цель методики сформулирована следующим образом: диагностика пренатального контакта — конкретных проявлений взаимодействия женщины и ее будущего ребенка в количественном измерении и качественном наполнении.

С целью поиска возможных шкал, в которые группируются вопросы методики, был проведен факторный анализ отдельно по двум выборкам. По результатам проведенного факторного анализа на выборке одноплодной и многоплодной беременности были получены схожие результаты. Все данные оказались сгруппированы в три компонента. Метод выделения факторов: метод главных компонент. Метод вращения: варимакс с нормализацией Кайзера. В одноплодной выборке три фактора объясняют 71,57 % дисперсии (вращение сошлось за пять итераций), в многоплодной — 70,47 % (вращение сошлось за четыре итерации). Результаты представлены в таблицах 1, 2. Состав факторов идентичен. Имеются лишь незначительные расхождения: вопрос 7 в выборке многоплодных частично также входит в фактор вместе с 5 и 6, тогда как в одноплодной выборке пересечений не наблюдается. Кроме того, в многоплодной выборке был вопрос 9, касающийся представлений о взаимодействии детей между собой, он вошел в один фактор с вопросами 1, 7 и 8.

В итоге мы предлагаем такую структуру шкал: «Взаимодействие с ребенком», «Чувствительность к шевелениям ребенка», «Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку». Для варианта многоплодной беременности: «Взаимодействие с детьми», «Чувствительность к шевелениям детей», «Интенсивность “эмоциональных посланий” детям».

Восемь открытых вопросов были распределены в соответствии с тем, ответы на какие вопросы из количественной части методики они дополняли. Распределение вопросов по шкалам представлено в виде ключей в приложении.

Показатели надежности шкал оказались достаточно высокими. Описательные статистики и показатели надежности по одноплодной и многоплодной выборке приведены в таблицах 3, 5. Проведенная в рамках исследования надежности статистика пунктов шкал по отношению к суммарному баллу шкалы представлена в таблицах 4 и 6.

Значимые связи между возрастом и показателями методики были обнаружены только в одноплодной выборке по шкале «Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку» по вопросу «Если мне нужно вызвать ребенка на контакт, сделать так, чтобы он пошевелился, я знаю, как это сделать»: корреляция прямая, 0,209 ($p < 0,05$).

Таблица 1. Повернутая матрица компонентов на одноплодной выборке (переменная *m* — вопрос из методики с соответствующим порядковым номером)

	Компонент		
	1	2	3
m-3	0,876		
m-2	0,790		
m-4	0,656		
m-8		0,841	
m-7		0,712	
m-1		0,639	
m-6			0,880
m-5			0,839

Таблица 2. Повернутая матрица компонентов на многоплодной выборке (переменная *m* — вопрос из методики с соответствующим порядковым номером)

	Компонент		
	1	2	3
m-8	0,851		
m-1	0,810		
m-9	0,716		
m-7	0,612		0,549
m-2		0,879	
m-3		0,861	
m-4		0,844	
m-5			0,788
m-6			0,734

Таблица 3. Описательные статистики и надежность шкал (вариант для одноплодной беременности)

Шкала	Среднее	Ст. отклонение	Ст. ошибка	95 % доверительный интервал для среднего значения		min	max	Альфа Кронбаха
				нижняя граница	верхняя граница			
Взаимодействие	7,81	2,403	0,239	7,34	8,29	3	12	0,692
Интенсивность «эмоциональных посланий»	5,51	1,879	0,187	5,14	5,89	2	8	0,767

Таблица 4. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу
(вариант для одноплодной беременности) (переменная *m* — вопрос из методики
с соответствующим порядковым номером)

	Шкалировать среднее при исключении пункта	Шкалировать дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогом	Альфа Кронбаха при исключении пункта
m-1	4,97	2,555	0,486	0,626
m-7	5,42	2,327	0,550	0,544
m-8	5,49	2,293	0,489	0,627
m-2	5,18	1,745	0,634	0,654
m-3	5,48	1,686	0,594	0,693
m-4	5,44	1,602	0,577	0,716
m-5	2,74	0,901	0,622	
m-6	2,88	0,915	0,622	

Таблица 5. Описательные статистики и надежность шкал
(вариант для многоплодной беременности)

Шкала	Среднее	Ст. отклонение	Ст. ошибка	95 % доверительный интервал для среднего значения		min	max	Альфа Кронбаха
				нижняя граница	верхняя граница			
Взаимодействие	10,30	3,566	0,429	9,45	11,16	4	16	0,815
Чувствительность	8,46	2,758	0,332	7,8	9,13	3	12	0,823
Интенсивность «эмоциональных посланий»	5,83	1,571	0,189	5,45	6,20	2	8	0,586

Таблица 6. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу
(вариант для многоплодной беременности) (переменная *m* — вопрос из методики
с соответствующим порядковым номером)

	Шкалировать среднее при исключении пункта	Шкалировать дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогом	Альфа Кронбаха при исключении пункта
m-1	7,35	7,441	0,562	0,799
m-7	7,82	6,882	0,628	0,770
m-8	7,88	6,224	0,716	0,727

	Шкалировать среднее при исключении пункта	Шкалировать дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогом	Альфа Кронбаха при исключении пункта
m-9	7,96	6,773	0,634	0,767
m-2	5,54	3,158	0,661	0,774
m-3	5,77	2,947	0,723	0,712
m-4	5,86	2,957	0,655	0,782
m-5	2,90	0,791	0,415	
m-6	3,13	0,786	0,415	

Значимые связи между сроком беременности и показателями методики были обнаружены только в многоплодной выборке по одному вопросу «Я чувствую, что у каждого из моих детей есть свой характер»: корреляция прямая, 0,283 ($p < 0,05$).

Значимых различий по фактору анамнеза не обнаружено. Однако мы обратили внимание на стабильную тенденцию, которая присутствует как в одноплодной, так и в многоплодной выборках. В группе пациенток, у которых был опыт перинатальных утрат и нет детей, показатели шкалы «Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку/детям» и «Взаимодействие с ребенком/детьми» и в одноплодной, и в многоплодной выборках имеют значения ниже средних и более низкие по сравнению с пациентками с другим анамнезом.

Обсуждение результатов

Полученные после статистической обработки результаты позволяют прийти к выводу о пригодности предложенной методики для диагностики пренатального контакта женщины с будущим ребенком. Мы предлагаем описание и интерпретацию той информации, которую можно получить из ответов на вопросы методики.

«Взаимодействие с ребенком/детьми». Шкала характеризует общее качество и интенсивность контакта, эмоциональную вовлеченность женщины в этот контакт, развернутые ответы позволяют выявить принятие женщиной будущего ребенка. В шкалу вошли вопросы, связанные с восприятием ребенка как обладающего своим характером, индивидуальностью и воспринимаемым как «партнер по взаимодействию», а также вопросы, связанные с описанием самого процесса взаимодействия. Обращаем еще раз внимание, что речь идет о представлениях женщины об этом процессе, так как объективно реакций ребенка мы зафиксировать не можем.

Те женщины, которые кроме количественных оценок дали развернутые ответы по этой шкале (48 % в одноплодной выборке), описали характеристики ребенка через активность его шевелений, у 58 % женщин они располагаются в спектре от «спокойный, тихий, покладистый» до «шустрый», «активный», «темпераментный», «сильный», «энергичный».

Мы обратили внимание, что 13 % женщин использовали описания, характеризующие вполне определенные личностные особенности: «настойчивый», «целеустремленный», «независимый», «принципиальный», «волевой». С нашей точки зрения, это может быть связано с излишними ожиданиями от ребенка, а именно с тем, что он изначально способен преодолевать трудности. В высказываниях женщин с таким взглядом и после родов нередко можно услышать: «Я разговариваю с ним как со взрослым», «Он же мальчик, будущий мужчина — никаких сюсюканий».

При описании характера ребенка или его внешности имеет смысл обратить внимание на ответы «не знаю», «не задумывалась», «особенно не представляю» (8 % пациенток дали такой ответ). Как было сказано выше, оказалось, что низкий уровень баллов по этой шкале чаще всего встречается в группе пациенток, у которых был опыт перинатальных утрат и нет детей. Этот факт согласуется с нашими клиническими наблюдениями: такие пациентки осознанно или бессознательно стараются защититься от новой привязанности и риска новой утраты и потому не включаются во взаимодействие, стараются не мечтать о ребенке, не представлять себе его, часто говорят «будем радоваться, когда родится». При проведении психологической работы, направленной на завершение опыта утраты, пренатальный контакт будущей мамы с ребенком, эмоционально-теплое отношение к нему налаживаются в полном объеме.

Интерпретация характера ребенка как «вредного», «упрямого», «строптивого», «требовательного», «непослушного» (31 % пациенток использовали такие описания) также должна привлечь внимание психолога, особенно в тех случаях, когда это сочетается с описанием неприятных ощущений от шевелений. В таких ситуациях контакт с ребенком часто складывается преимущественно из реакции будущей мамы или папы на шевеления ребенка как попыток «его успокоить, чтобы не тревожил маму». Проводимая психологическая работа, при согласии на нее пациентки, может быть направлена на принятие ребенка, выявление и коррекцию противоречивых чувств по отношению к нему.

При описании ребенка также часто встречаются описания «похож на...» — саму женщину, отца ребенка, старшего ребенка. Пока мы не обладаем достаточными данными для уверенных интерпретаций, но предполагаем, что такие формулировки связаны с психологическим включением ребенка в семью, концентрацией на ощущении «это *наш* ребенок», разумеется, с долей проекции на него черт характера — своих, отца ребенка, а иногда и старших детей.

Вопрос о том, как себя в целом чувствует будущий ребенок, в подавляющем большинстве случаев вызывает позитивные ответы: «хорошо», «комфортно», «спокойно». Стоит обратить внимание на ответы: «не знаю, не задумывалась об этом», «не очень хорошо, у меня сложная беременность». За ними может скрываться глубокое переживание женщиной «ненадежности» ее тела — матки — для ребенка.

Если максимальные баллы по шкале сочетаются с чрезмерно подробным описанием характера ребенка и его внешнего вида, нередко с использованием восторженной лексики — это также является поводом для внимания психолога. Подобная эйфория и развернутые ожидания от ребенка, с одной стороны, нормальные проявления феномена «идеального ребенка». С другой стороны, чрезмерные ожидания от малыша могут обернуться разочарованием после родов, так как внешний вид новорожденного и его поведение могут резко отличаться от «веселого улыбчи-

вого младенца с пухлыми щечками». По нашим наблюдениям, такое явление характерно для женщин с инфантильным поведением и нередко становится причиной негативных эмоциональных послеродовых явлений, требующих психологической коррекции.

Вопрос о действиях женщины, когда она чувствует беспокойство ребенка, показывает, во-первых, ее чувствительность к его состоянию — отслеживает ли она, что что-то изменилось в его активности, шевелениях, осознает ли, что сама встревожена и это влияет на ребенка. Во-вторых, ответы на этот вопрос показывают наличие определенной компетентности: знает ли будущая мама, как можно успокоить малыша, или не чувствует, теряется. Надо сказать, что разнообразия ответов здесь гораздо меньше, чем в предыдущих вопросах. В большинстве женщины используют такие способы успокоения ребенка, как «поговорить», «погладить по животу», «выровнять дыхание», «пройтись, спокойно подышать».

Показателем чувствительности будущей мамы также является ответ на вопрос о том, может ли будущая мама вызвать ребенка на контакт. Замечает ли она, на что ребенок реагирует активизацией шевелений: на ее голос или голос отца ребенка, на ее пение, на смену положения тела, на поглаживания или постукивания живота, на сладкую еду, музыку и т. п.

В варианте для многоплодной беременности характеры детей чаще всего описываются в сравнительной форме. Это характерное явление для многоплодной беременности («один более спокойный, второй более активный», «большой и маленький», непоседливый — сдержанный, «мамин» — «папин»), продолжающееся и после родов. Критерием без сравнений остается только пол детей. В однополых двойнях сравнения по активности, весу, состоянию здоровья и положению в матке неизбежны. С нашей точки зрения, если ведется психологическая работа, имеет смысл обращать внимание на индивидуальные характеристики каждого ребенка, наличие имени у каждого из детей — это снижает постоянный «сравнительный» характер общения с детьми. Мы считаем, что такое внимание скорее к различиям в характере и активности детей, связано для будущей мамы с необходимостью контролировать состояние обоих детей и хорошо чувствовать каждого из них.

В варианте для многоплодной беременности также присутствует вопрос о том, каким для будущей мамы кажется взаимодействие детей внутри матки: «подползают друг другу», «все время рядом лежат», «как-то общаются», «поддерживают друг друга», «толкаются», «перестукиваются». Важным для психологической практики является то, каким образом будущая мама описывает взаимодействие между детьми при наличии осложнений в процессе вынашивания, например когда имеет место диссоциация в развитии плодов, фето-фетальный трансфузионный синдром. В таких ситуациях женщина может интерпретировать взаимодействие детей оценочно — с позиций «силы» и «слабости»: «лежит сверху, сильно давит на маленького», «не дает места», «забирает питание». В такой ситуации важно обратить внимание на медицинские аспекты происходящего, отсутствие личностной вовлеченности и ответственности детей в эту проблему. Вместе с тем мы встречали и глубоко терапевтические интерпретации будущей мамы при сложностях вынашивания: «они поддерживают друг друга», «они — команда».

В многоплодной беременности вообще, с нашей точки зрения, надо не забывать, что психологически женщина вынашивает двух детей и двойню в целом. Для

нее есть «один ребенок», «второй ребенок» и «дети». И контакт может быть как индивидуальный, так и общий.

«Чувствительность к шевелениям ребенка/детей». В эту шкалу входят вопросы общего отношения женщины к шевелениям ребенка (вспомним, что на глубинном уровне реакция на шевеления связана с принятием ребенка), 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. Статистически мы получаем информацию о том, насколько часто будущая мама замечает те или иные изменения в шевелениях. Ответы на развернутые вопросы дают нам возможность определить, с какими факторами женщина связывает эти изменения.

Сроки, когда женщины впервые ощущают присутствие ребенка внутри, в данной выборке колеблются от 13 до 24 недели в одноплодной беременности и от 16 до 22 недель при многоплодной беременности. Реакция на первые шевеления ребенка у всех женщин позитивная: «радость», «тепло», «ощущение чуда», «привет из глубины». Помимо этого, встречается и чувство облегчения. Оно присуще женщинам, у которых был опыт пренатальных утрат, риск прерывания беременности на раннем сроке, сложные ситуации в многоплодной беременности на ранних сроках (в том числе гибель одного плода). Шевеления в таких ситуациях — физическое подтверждение того, что с ребенком (или детьми) все благополучно и теперь есть «обратная связь» и возможность контакта.

На вопрос, как воспринимаются шевеления на физическом и психологическом уровне, ответы разнообразны. С нашей точки зрения, не стоит излишне «психологизировать» ответы о физически болезненных ощущениях от шевелений. Ведь речь идет о поздних сроках беременности, когда ребенок уже достаточно большой и места для свободных движений становится немного. Ощущения женщины также могут зависеть и от положения плода в матке, особенно если их двое: ножки ребенка действительно могут упираться во внутренние органы матери, и болезненность ощущений не связана с тем, как она относится к ребенку. Если на психологическом уровне женщина отвечает, что радуется шевелениям, что для нее они подтверждение благополучия ребенка и его активности, — значит ее реакция на ребенка (детей) позитивна. Кроме того, если женщины описывают, что делают для уменьшения дискомфорта — меняют позу, гладят живот — это значит, что они знают, как уменьшить физический дискомфорт и не пытаются перенести ответственность за это на ребенка, уговаривая его «не бить маму».

Встречались следующие факторы, которые, по мнению будущих мам, влияют на шевеления ребенка: время суток, еда (чувство голода женщины и состояние после еды), положение тела, психоэмоциональное состояние, внешние звуки (музыка, бытовая техника), реакция на прикосновение и голос отца, реакция на диагностические процедуры (УЗИ, КТГ).

Шевеления, различающиеся по силе, женщины описывают как «слабые», «легкие», «плавные», «сильные», «болезненные», «напористые», «резкие».

Продолжительность шевелений описывается как «короткие», «одноразовые», «редкие», «внезапные», «длительные», «продолжительные».

По характеру шевеления описаны как «толчки», «пинки», «перекаты», «давление», «ползание», «вытягивание», «выпячивание частей тела».

На данном этапе исследований мы не видим специального психологического наполнения в самих описаниях шевелений, важен сам факт того, что женщина чувствует их различие по разным критериям. Отметим, что в некоторых ситуациях именно через наблюдение за характером шевелений и факторами, которые влияют на его изменения, можно помочь женщине «включиться» в контакт с ребенком.

Мы хотели бы обратить внимание на такую характеристику шевелений ребенка, как «агрессивные», «грубые», «сильно бьет меня», «гиперактивные». Такое описание по нашему опыту может быть проявлением неприятия ребенка, переживаний, связанных с ощущением собственной «несвободы», зависимости всей жизни, в том числе и физической, от присутствия ребенка.

Для многоплодной беременности количественная оценка шевелений по силе, интенсивности, продолжительности и типу касается прежде всего различий между детьми. Общие описания шевелений схожи с описаниями в одноплодной беременности, но при многоплодии они присутствуют в сравнительном контексте: «сильнее — слабее», «активные — спокойные», «более интенсивные — менее интенсивные». Есть несколько факторов, с которыми объективно могут быть связаны различия в шевелениях детей: вес, положение в матке, состояние здоровья каждого ребенка. В таких ситуациях встречаются сравнения шевелений «большого» и «маленького» ребенка, «здорового» и «слабенького». На этот факт имеет смысл обратить внимание, так как женщины отмечают часто смещение внимания в сторону малыша с особенностями развития, им кажется, что он в большей степени нуждается в поддержке и разговорах, чем «здоровый» малыш.

«Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку/детям». Эта шкала описывает общий эмоциональный фон вынашивания: те чувства, которые будущая мама транслирует непосредственно ребенку, то, как она выстраивает контакт с ребенком в разных эмоциональных состояниях, ее эмоциональную вовлеченность.

В «эмоциональных посланиях» будущей мамы ребенку при контакте через живот преобладают общие переживания: «любовь», «забота», «нежность», «ласка», «тепло», «привязанность», «радость от ожидания» — идея, что ребенок желанный и его появления очень ждут в семье, пожелания ему родиться здоровым.

При разговоре вслух с ребенком темы становятся более разнообразными: женщины обращаются к ребенку в волнительной ситуации, чтобы его успокоить, рассказывают о том, что происходит вокруг, как его ждут и готовятся к его появлению.

Эта шкала оказалась чувствительной к ситуациям осложнений в беременности, как в одноплодной, так и в многоплодной. Мы увидели, что среди тех, кто давал ответы на развернутые вопросы, есть несколько вариантов. Первый: ребенку (детям) активно передают идею безопасности и материнской защиты — «я говорю ему, что защищаю его», «рассказываю им, что все будет хорошо, и мы справимся», «пытаюсь рассказать, как мы все ее любим, переживаем и ждем». Второй: женщина может просить ребенка «повлиять на ситуацию» — не появляться на свет раньше времени (при риске преждевременных родов), перевернуться в правильное положение (если, например, имеет место тазовое прилегание), уговаривать скорее родиться при перенашивании. Третий: направлен на то, чтобы активизировать «ресурсы» самого ребенка (детей) — «говорю им, что они сильные и смогут выжить оба», «говорю, что он со всем справится, он волевой». С нашей точки зрения, конструктивным является вариант трансляции ребенку

того, что родители его ждут и защищают, без попыток переложить на него ответственность за то, чтобы справиться с возникшими трудностями. При психологической работе в ситуации осложненной беременности важно сосредоточиться на том, что может сама будущая мама, в чем ее личная сила, ее ресурсы в совладании со сложившейся ситуацией.

Открытые вопросы направлены на выяснение того, чувствует ли будущая мама, что активность ребенка меняется в зависимости от ее эмоций и каким образом. Еще два вопроса раскрывают особенности общения с малышом и в волнительной ситуации, и в спокойном состоянии. В спокойном состоянии встречаются классические варианты времяпровождения: поговорить, послушать музыку, погладить живот, попеть песенки, почитать. При волнении большинство женщин стараются погладить живот, поговорить с ребенком, успокоить его. Имеет смысл обратить внимание на тех, кто говорит о блокировании контакта с ребенком при негативных эмоциях. Основной аргумент — желание таким образом защитить ребенка от своих эмоций. Если имеет место тревожная ситуация вынашивания (по медицинским или личным причинам), такое эмоциональное дистанцирование от ребенка может стать затяжным. Это наблюдение подтверждает и факт более низких значений по этой шкале у женщин с опытом пренатальных утрат: они стараются минимизировать общение с ребенком, буквально «не привязываться» к нему и соответственно не воспринимать его как адресата «эмоциональных посланий».

Позднее мы обнаружили крайне интересный факт при исследовании многоплодной беременности (о результатах этих исследований на многоплодной выборке будет написана отдельная статья). При сравнении группы «нормально вынашивающих» двойню с группой женщин, у которых произошла антенатальная гибель одного ребенка после 22 недель беременности, были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по этой шкале. Ее уровень оказался значимо выше у женщин с произошедшей в этой беременности потерей. Ответы на развернутые вопросы по этой шкале также оказались более подробными и многословными. С нашей точки зрения, это связано с намеренным желанием женщины поддержать своего малыша, передать ему чувство защищенности и любви близких.

По данной шкале по вопросу «Если мне нужно вызвать ребенка на контакт, я знаю, как это сделать» была обнаружена единственная значимая прямая корреляция с возрастом женщины и только в одноплодной выборке. Возможно, это связано с тем, что наступившая в более позднем возрасте беременность является более значимой. Она может быть повторной и более осознанной, может наступить после долгого периода бесплодия, и потому она очень желанна. По этой причине женщины прислушиваются к шевелениям ребенка, активно пытаются понять закономерности их появления, более внимательны к своему эмоциональному состоянию и реакциям ребенка на него.

Значимые связи между сроком беременности и показателями методики были обнаружены только у многоплодной выборки по одному вопросу «Я чувствую, что у каждого из моих детей есть свой характер» — корреляция прямая. Данный результат объясним, так как с увеличением срока беременности у женщины появляется все больше реального опыта контакта с будущими детьми, ультразвуковые исследования дают возможность даже увидеть внешность будущих детей, мечты

и фантазии по поводу будущего родительства также становятся все более оформленными и определенными.

Предлагаемая методика пригодна и для проведения исследований при распечатке на бланках и для проведения структурированного интервью в процессе психологической работы.

Выводы

Описанная методика дает возможность получить структурированную информацию о пренатальном контакте с ребенком, выявить возможные сложности в налаживании такого контакта, внутренние ресурсы будущей матери, пути психологической помощи ей. Мы продолжаем исследования, связанные с пренатальным опытом женщины в одноплодной и многоплодной беременности, в частности в связи с различными осложнениями беременности. Также мы планируем проведение исследования прогностических возможностей методики. Надеемся в скором времени поделиться ими с коллегами.

Литература

1. Копыл О. А., Баженова О. В., Баз Л. Л. Выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1994. № 5. С. 15–28.
2. Мецерькова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
3. Исенина Е. И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери // Журнал практического психолога. 2003. № 4–5. С. 49–63.
4. Филиппова Г. Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии. М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 62–65.
5. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010.
6. Stern D. N., Bruschiweiler-Stern N. The Birth of a Mother. New York: Basic Books, 1998.
7. Condon J. T. The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of a Questionnaire Instrument // British Journal of Medical Psychology. 1993. Vol. 66. P. 167–183.
8. Muller M. E. The Development of the Prenatal Attachment Inventory // Western Journal of Nursing Research. 1993. № 15. P. 199–215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>.
9. Doan H. M., Zimmerman A. Prenatal Attachment: a Developmental Model // International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. 2008. Vol. 20, no. 1–2. P. 20–28.
10. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 7. С. 38–47.
11. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения. М.: Аква, 1994.
12. Дольто К. На путях рождения: о гаптономическом сопровождении человека. Ижевск: ERGO, 2008.
13. Malm M.-C. Fetal Movements in late Pregnancy. Categorisation, Self-assessment and Prenatal Attachment in Relation to Women's Experiences. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1171. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 2016.
14. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003.
15. Плешкова Н. Л. Развитие теории и системы классификации отношений привязанности у детей // Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / под ред. Р. Ж. Мухамедрахимова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С. 220–239.

Статья поступила в редакцию 11 мая 2020 г.;
рекомендована в печать 11 июня 2020 г.

Контактная информация:

Заманаева Юлия Владимировна — канд. психол. наук; jzamanaeva@mail.ru

Psychodiagnostic method “Prenatal contact”: Structure and psychodiagnostic opportunities

J. V. Zamanaeva

Maternity Clinic N 17,
4, Lesnozavodskaya ul., St. Petersburg, 192174, Russian Federation

For citation: Zamanaeva J. V. Psychodiagnostic method “Prenatal contact”: Structure and psychodiagnostic opportunities. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, issue 3, pp. 303–322. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.307> (In Russian)

The article presents the author’s psychodiagnostics method “Prenatal contact”. The method can determine the quality of psychological contact between a pregnant woman and her unborn child (children) in the late stages of single and multiple pregnancies. The stages of the method’s creation are described in the article. Russian and foreign studies, as well as verbal psychodiagnostic techniques, devoted to a woman’s experiences during pregnancy are analysed. In the process of clinical work, the significance of a child’s movements for women in late pregnancy was revealed. Prenatal contact was defined as cognitive, affective, and behavioural activity of women for the purpose of establishing a connection with the unborn child and interaction with him. It is suggested that in the process of establishing this contact, maternal qualities begin to develop. These qualities will further influence the quality of interaction between the mother and the infant and, as a result, the quality of the child’s attachment to the mother. There is sensitivity and responsiveness to the child’s signals, acceptance of the child, and emotional involvement by being in contact with him. The results of statistical evaluation in a study of 168 pregnant women with one foetus (99 women) and multiple (69 women), with a gestation period of 24 to 41 weeks, aged 23 to 43 years and having different prenatal history are presented. The test’s scales were checked for their reliability. The following names of scales are suggested: “Interaction with the child (children)”, “Sensitivity to the movements of the child (children)”, and “Intensity of emotional messages to the child (children)”. A detailed description of each scale is provided, the manifestations of a particular result in clinical psychological practice are described, and the possibilities of using this information to provide psychological assistance to pregnant women are outlined.

Keywords: prenatal experience, late pregnancy experience, movements of foetus, imagination of child (children), maternal characteristics.

References

1. Kopyl O. A., Bazhenova O. V., Baz L. L. Extraction of Factors and Conditions of Psychological Risk for Growth of Child. *Sinaps*, 1994, no. 5, pp. 15–28. (In Russian)
2. Meshcheryakova S. Yu. Psychological Preparedness for Motherhood. *Voprosy psikhologii*, 2000, no. 5, pp. 18–27. (In Russian)
3. Isenina E. I. About Some Concepts of Ontogenesis of Mother’s Characteristics. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*, 2003, no. 4–5, pp. 49–63. (In Russian)
4. Filippova G. G. Psychological Preparedness for Motherhood. *Khrestomatiia po perinatal’noi psikhologii*. Moscow, URAO, 2005, pp. 62–65. (In Russian)
5. Dobryakov I. V. *Perinatal Psychology*. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. (In Russian)
6. Stern D. N., Bruschiweiler-Stern N. *The Birth of a Mother*. New York, Basic Books, 1998.
7. Condon J. T. The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of a Questionnaire Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1993, vol. 66, pp. 167–183.
8. Muller M. E. The Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 1993, no. 15, pp. 199–215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>.
9. Doan H. M., Zimmerman A. Prenatal Attachment: a Developmental Model. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2008, vol. 20, no. 1–2, pp. 20–28.

10. Brutman V.I., Radionova M. S. Development of Mothers' Attachment for Her Child During Pregnancy. *Voprosy psikhologii*, 1997, no. 7, pp. 38–47.
11. Verny T. *The Secret Life of the Unborn Child*. Rus. ed. Moscow, Aqua Publ., 1994. (In Russian)
12. Dolto C. *On the Ways of the Birth: About Haptonomic Maintenance of Human*. Izhevsk, ERGO Publ., 2008. (In Russian)
13. Malm M.-C. Fetal Movements in Late Pregnancy. Categorisation, Self-assessment and Prenatal Attachment in Relation to Women's Experiences. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 1171. Uppsala, Acta Universitatis Upsaliensis, 2016.
14. Mukhamedrakhimov R. Zh. *The Mother and Baby: Psychological Interaction*. St. Petersburg, St. Petersburg University Press, 2003. (In Russian)
15. Pleshkova N. L. Development of Theory and Classification System of Children's Attachment. *Emocii i otnosheniia cheloveka na rannih etapah razvitiia*. Ed. R. Zh. Mukhamedrakhimov. St. Petersburg, St. Petersburg University Press, 2008, pp. 220–239. (In Russian)

Received: May 11, 2020

Accepted: June 11, 2020

Author's information:

Julia V. Zamanaeva — PhD in Psychology; jzamanaeva@mail.ru

Приложение

Анкета «Пренатальный контакт» для одноплодной беременности.

Пожалуйста, отметьте вариант, наиболее точно описывающий ваши ощущения на протяжении последних двух недель.

		Почти никогда	Иногда, время от времени	Часто	Почти всегда
1.	Я чувствую, что у моего ребенка есть свой характер	1	2	3	4
	<i>Какой?</i>				
2.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по силе, интенсивности	1	2	3	4
	<i>Какие они? С чем это связано?</i>				
3.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по продолжительности	1	2	3	4
	<i>Какие они? С чем это связано?</i>				
4.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по типу, характеру	1	2	3	4
	<i>Какие они? С чем это связано?</i>				
5.	Когда я хочу передать ребенку мои чувства, мысли, я пытаюсь прикоснуться к нему через живот.	1	2	3	4
	<i>Какие чувства и мысли в основном?</i>				
6.	Когда я хочу донести до ребенка, что я чувствую, думаю, я разговариваю с ним.	1	2	3	4
	<i>Что именно чувствуете и говорите?</i>				
7.	Если я чувствую, что ребенок беспокоится, я знаю, что нужно сделать, чтобы его успокоить.	1	2	3	4
	<i>Что конкретно?</i>				
8.	Если мне нужно вызвать ребенка на контакт, сделать так, чтобы он пошевелился, я знаю, как это сделать.	1	2	3	4
	<i>Как?</i>				

- 1А. Каким вы представляете своего ребенка? Какой он в вашем воображении?
 2А. Когда ребенок начал шевелиться? Как это было, что вы почувствовали?
 3А. Как вы воспринимаете шевеления ребенка (физически, психологически)?
 4А. Как вы можете описать шевеления вашего ребенка, когда находитесь в разном состоянии (спокойны, волнуетесь, радуетесь)?
 5А. Как ребенок реагирует на ваши эмоции?
 6А. Как происходит ваше общение с ребенком, когда вы волнуетесь?
 7А. Как происходит ваше общение с ребенком, когда вы находитесь в спокойном состоянии?
 8А. Как в целом себя чувствует ребенок внутри вас?

Ключ:

Взаимодействие: 1, 7, 8; 1А, 8А.

Чувствительность: 2, 3, 4; 2А, 3А, 4А.

Интенсивность «эмоциональных посланий»: 5, 6; 5А, 6А, 7А.

Анкета «Пренатальный контакт». Вариант для многоплодной беременности.

Пожалуйста, отметьте вариант, наиболее точно описывающий ваши ощущения на протяжении последних двух недель.

		Почти никогда	Иногда, время от времени	Часто	Почти всегда
1.	Я чувствую, что у каждого из моих детей свой характер	1	2	3	4
	<i>Какой?</i>				
2.	Шевеления, движения моих детей отличаются по силе, интенсивности	1	2	3	4
	<i>Какие они у каждого малыша?</i>				
3.	Шевеления, движения моих детей отличаются по продолжительности	1	2	3	4
	<i>Какие они у каждого малыша?</i>				
4.	Шевеления, движения моих детей отличаются по типу, характеру	1	2	3	4
	<i>Какие они у каждого малыша?</i>				
5.	Когда я хочу передать детям мои чувства, мысли, я пытаюсь прикоснуться к ним через живот	1	2	3	4
	<i>Какие чувства и мысли чаще всего?</i>				
6.	Когда я хочу донести до детей, что я чувствую, думаю, я разговариваю с ними	1	2	3	4
	<i>Какие чувства и мысли чаще всего?</i>				
7.	Если я чувствую, что один из детей или все они беспокойны, я знаю, что нужно сделать, чтобы их успокоить	1	2	3	4

		Почти никогда	Иногда, время от времени	Часто	Почти всегда
	<i>Что именно вы делаете?</i>				
8.	Если мне нужно вызвать детей на контакт, сделать так, чтобы они пошевелились, я знаю, как это сделать.	1	2	3	4
	<i>Как именно?</i>				
9.	Мне кажется, что мои дети как-то общаются между собой	1	2	3	4
	<i>Как именно?</i>				

1А. Как вы представляете своих детей? Какие они в вашем воображении?

2А. Когда дети начали шевелиться, как это было, что вы почувствовали?

3А. Как различаются шевеления каждого ребенка по силе, продолжительности, интенсивности? С чем это может быть связано?

4А. Как вы можете описать шевеления каждого ребенка, когда находитесь в разном состоянии (спокойны, волнуетесь, радуетесь)?

5А. Как дети реагируют на ваши эмоции?

6А. Как происходит ваше общение с детьми, когда вы волнуетесь?

7А. Как происходит ваше общение с детьми, когда вы находитесь в спокойном состоянии?

8А. Как дети в целом чувствуют себя сейчас?

Ключ:

Взаимодействие: 1, 7, 8, 9 (при многоплодии); 1А, 8А.

Чувствительность: 2, 3, 4; 2А, 3А, 4А.

Интенсивность «эмоциональных посланий»: 5, 6; 5А, 6А, 7А.