

ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ DEVELOPMENTAL DISORDERS RESEARCH

Научная статья | Original paper

Факторы риска социальной дезадаптации женщин при индуцированной беременности и рождении ребенка с заболеванием

И.А. Золотова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация
✉ iazolotova@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Особенности адаптационного процесса в раннем послеродовом периоде у женщин при наступлении беременности посредством вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при рождении здорового ребенка или младенца с заболеванием являются мало изученными. **Цель.** Описать факторы риска социальной дезадаптации на раннем этапе принятия роли матери при отягощенном репродуктивном анамнезе. **Гипотеза.** Адаптационные возможности женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе в раннем послеродовом периоде зависят от актуального психоэмоционального состояния. Они определяются отношением к новорожденному, значимым близким и социальному окружению, а также поддерживаются внешними ресурсами, такими как социальная поддержка. **Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 152 женщины. Основная группа — 72 женщины с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе. В 32% случаев беременность завершилась рождением ребенка с заболеванием. Контрольная группа (условная норма) включала 80 женщин. Использованные методики: клинический опросник невротических состояний, русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия», адаптированная версия методики «Тест отношений беременной». Статистические методы обработки: корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена), множественный пошаговый регрессионный анализ, факторный анализ и сравнительный непараметрический статистический U-критерий Манна-Уитни. **Результаты.** Выявлены факторы риска дезадаптации. В группе женщин с индуцированной беременностью при рождении здорового ребенка наибольшее влияние на переносимую «Шкала астении» оказывают переменные «Тревожность» ($b^* = -0,68$), «Шкала невротической депрессии» ($b^* = 0,73$), «Шкала тревоги» ($b^* = 0,41$). При рождении ребенка с заболеванием — переменные «Шкала вегетативных нарушений» ($b^* = 0,47$), «Непринятие своего диагноза» ($b^* = -0,28$), «Тревожность» ($b^* = -0,48$) и «Беспомощность в связи с бесплодием» ($b^* = 0,65$). **Выводы.** Диагностика и коррекция факторов риска играют ключевую роль в прогнозировании успешной социальной адаптации женщин в раннем послеродовом периоде.

Ключевые слова: отягощенный репродуктивный анамнез, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), новорожденный с заболеванием, астения, тревога, невротическая депрессия, факторы риска социальной адаптации.

Для цитирования: Золотова, И.А. (2025). Факторы риска социальной дезадаптации женщин при индуцированной беременности и рождении ребенка с заболеванием. *Аутизм и нарушения развития*, 23(4), 5–14. <https://doi.org/10.17759/autdd.2025230401>

Risk factors for social maladaptation in women with assisted pregnancy and the birth of a child with a medical condition

I.A. Zolotova ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

✉ iazolotova@mail.ru

Abstract

Context and relevance. Features of adaptation in the early postpartum period among women who conceived via assisted reproductive technologies (ART), following the birth of a healthy child or an infant with a medical condition, remain insufficiently studied. **Objective.** To describe risk factors for social maladaptation at the early stage of accepting the maternal role in women with a complicated reproductive history. **Hypothesis.** Adaptive capacities of women with a history of impaired reproductive function in the early postpartum period depend on their current psycho-emotional state. They are shaped by attitudes toward the newborn, significant others, and the broader social environment, and are supported by external resources, including social support. **Methods and materials.** The study included 152 women. The main group comprised 72 women with a history of impaired reproductive function; in 32% of cases, pregnancy resulted in the birth of a child with a medical condition. The control group (conditionally healthy) included 80 women. The following instruments were used: the Clinical Questionnaire for Neurotic States; the Russian-language version of the SCREENIVF screening questionnaire ("Assessment of women's psycho-emotional state during infertility treatment"); and an adapted version of the Test of the Pregnant Woman's Attitudes (please ensure the official English name of the method). Statistical analyses included Spearman's rank correlation, multiple stepwise regression, factor analysis, and the Mann–Whitney U test. **Results.** Risk factors for maladaptation were identified. In women with assisted pregnancy who gave birth to a healthy child, the strongest predictors of the Asthenia Scale were Anxiety ($b^* = -0.68$), Neurotic Depression Scale ($b^* = 0.73$), and Anxiety Scale ($b^* = 0.41$). When a child with a medical condition was born, the strongest predictors were Autonomic Disorders Scale ($b^* = 0.47$), non-acceptance of one's diagnosis ($b^* = -0.28$), Anxiety ($b^* = -0.48$), and Helplessness related to infertility ($b^* = 0.65$). **Conclusions.** Assessing and addressing risk factors plays a key role in predicting successful social adaptation in women during the early postpartum period.

Keywords: complicated reproductive history, in vitro fertilization (IVF), assisted reproductive technologies (ART), newborn with a medical condition, asthenia, anxiety, neurotic depression, risk factors for social adaptation

For citation: Zolotova, I.A. (2025). Risk factors for social maladjustment of women during induced pregnancy and the birth of a child with a disease. *Autism and Developmental Disorders*, 23(4), 5–14. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/autdd.2025230401>

Введение

Вопросам социальной адаптации в общем понимании посвящено большое количество исследований. В.А. Ядов, описывая процесс адаптации личности, утверждал, что «ведущим качеством, обеспечивающим высокую продуктивность поведения, является степень вовлеченности субъекта в соответствующую деятельность». (Ядов, 2013, с. 223). С точки зрения гедонистического направления, адаптационный процесс направлен на возвращение «к исходному уровню счастья после изменения жизненных обстоятельств» и является абсолютным (Lucas, 2007, с. 75). Американские исследователи ставят под сомнение абсолютную адаптацию к любому жизненному событию, утверждая, что: «существуют значительные индивидуальные различия в степени адаптации людей и «адаптация не является неизбежной» (Lucas, 2007, с. 75). Lykken D.T. с соавторами описали взаимосвязь между процессами адаптации и субъективным восприятием ситуации в

соответствии с качественной составляющей жизни человека (Lykken et al., 2006). Отечественные ученые рассматривают «процесс адаптации как динамический процесс приспособления организма (как системы) к изменившимся условиям» (Исаева, 2008, с. 40). Принимая новую ситуацию, субъект направляет свою активность на изменение условий реальности (которые нарушили привычное равновесие) или на возможность «устанавливать оптимальные отношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять актуальные потребности личности» (Исаева, 2008, с. 40). Адаптационный потенциал женщины в контексте готовности к материнству на протяжении всего гестационного периода активно изучается с точки зрения как физиологических, так и психологических составляющих, являясь предметом междисциплинарных исследований (Василенко, Дремина, 2020; Алиева и др., 2023). Уделяется внимание женскому здоровью с позиции клинической перинатальной психологии (Weise, Hajek, Gross, 2024; Hedlund et al., 2024). Опи-

саны условия дезадаптивного отношения к беременности с учетом опыта материнства (Дремина, 2022). Акцентируется внимание на рисках развития посттравматического стрессового расстройства после родов (Carter et al., 2020; Handelzalts et al., 2022; Якупова и др., 2023; Horsch et al., 2024).

Однако информации об особенностях адаптационного процесса в раннем послеродовом периоде у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе как при рождении здорового, так и при рождении младенца с заболеванием, в настоящее время недостаточно, что и определяет актуальность настоящего исследования. Кроме того, исследователи указывают на ограничение «узкоспециализированных методов изучения психоэмоциональных расстройств у женщин во время беременности и после родов» (Алиева и др., 2023, с. 42).

С нашей точки зрения, адаптационные возможности женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе при наступлении беременности посредством ВРТ (независимо от здоровья ребенка) зависят от их актуального психоэмоционального состояния. Эти возможности определяются отношением к новорожденному, значимым близким и социальному окружению, а также поддерживаются внешними ресурсами, прежде всего в социальной среде.

Цель исследования: описать факторы риска социальной дезадаптации на раннем этапе принятия роли матери (в раннем послеродовом периоде) у женщин при отягощенном репродуктивном анамнезе и индуцированной беременности.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования были использованы методики:

1. Клинический опросник невротических состояний; применялся в соответствии с нормами, указанными авторами при описании методики: высокие баллы отражают уровень здоровья. Неустойчивый уровень здоровья соответствует результатам в интервале от +1,28 до –1,28, болезненный характер невротических проявлений соответствует результатам в интервале меньше –1,28 (Яхин, Менделевич, 1998);

2. Адаптированная версия методики «Тест отношений беременной»; позволяет выявить преобладающие типы отношений, в том числе отношение к новорожденному с заболеванием, диагностированным в неонатальном периоде, а также описать особенности отношений к значимым близким и постороннему окружению в раннем послеродовом периоде (Добряков, 2015; Золотова, 2024а);

3. Русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия» в адаптации Е.В. Соловьевой; применялась с целью выявления общих признаков психоэмоциональной деза-

даптации и специфических переживаний, связанных с бесплодием и его преодолением. Данная методика использовалась исключительно для респонденток основной группы, беременность у которых наступила благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям (Соловьева, 2018).

Для обработки полученных результатов применялись статистические методы обработки: корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена), множественный пошаговый регрессионный анализ, факторный анализ и сравнительный непараметрический статистический U-критерий Манна-Уитни.

Исследование проводилось на базе организаций родовспоможения на 5–7 день послеродового периода при условии заполнения женщинами информированного добровольного согласия. Выборка составила 152 человека. Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет. Основная группа была представлена женщинами с индуцированной беременностью в количестве 72 человек в возрасте от 27 до 43 лет (средний возраст – 34,5 года). У 32% представительниц основной группы родился ребенок с заболеванием в периоде новорожденности. В контрольную группу вошли женщины с сохранной репродуктивной функцией в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 30 лет) в количестве 80 человек (условная норма). Их беременность наступила естественным путем и завершилась рождением здоровых детей.

Результаты

1. В результате проведенного исследования при использовании сравнительного непараметрического статистического U-критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия по шкалам «тревога», «вегетативные нарушения», «обсессивно-фобические нарушения», «астения» и «невротическая депрессия» Клинического опросника невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича в основной и контрольной группах женщин (табл. 1).

2. В результате корреляционного анализа переменных методики «Тест отношений беременной» в модификации и переменных скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия» в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе и индуцированной беременностью описаны взаимосвязи на высоком уровне значимости между тревожным отношением к своей беременности и к новорожденному с «тревожностью» ($r=0,79$; $p\leq 0,001$) и «недостатком социальной поддержки» ($r=0,79$; $p\leq 0,001$). Тревожный тип отношения посторонних положительно коррелирует с «беспомощностью в связи с бесплодием» ($r=0,80$; $p\leq 0,001$).

3. При анализе методом множественной пошаговой регрессии для зависимой переменной «шкала

Таблица 1 / Table 1

Выраженность невротических состояний у женщин с разным состоянием репродуктивной функции
The severity of neurotic processes in women with different states of reproductive function

	Средние значения / Average values		U	Z	Уровень значимости p p-value / Significance level p-value
	Женщины с нарушенной репродуктивной функцией / Women with impaired reproductive function	Женщины с сохранной репродуктивной функцией / Women with intact reproductive function			
Шкала тревоги / Anxiety Scale	2,55	5,57	424	–3,61	0,0003***
Шкала вегетативных нарушений / Autonomic Disorders Scale	6,39	9,65	486	–3,01	0,003**
Шкала обсессивно-фобических нарушений / Obsessive-Phobic Disorders Scale	2,08	3,98	512	–2,76	0,006**
Шкала астении / Asthenia Scale	3,22	5,84	541	–2,48	0,013*
Шкала невротической депрессии / Neurotic Depression Scale	2,86	4,57	561	–2,29	0,022*

Примечания: * — различия на уровне значимости $p \leq 0,05$; ** — различия на уровне значимости $p \leq 0,01$; *** — различия на уровне значимости $p \leq 0,001$

Notes: * — differences at the significance level $p \leq 0.05$; ** — differences at the significance level $p \leq 0.01$; *** — differences at the significance level $p \leq 0.001$

тревоги» в группе женщин с индуцированной беременностью были получены результаты, отражающие влияние переменных: «непринятие своего диагноза» ($b^* = -0,54$), «недостаток социальной поддержки» ($b^* = 0,43$) и «гипогестогнозическое отношение близких» ($b^* = 0,29$).

На переменную «шкала невротической депрессии» в той же группе женщин наибольшее влияние оказывает переменная «тревожность» ($b^* = -0,58$). Невротическая депрессия у пациенток, прибегнувших к процедуре экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), преимущественно обоснована присутствием у них чувства неопределенности, ожидания негативных событий, неконтролируемым беспокойством и часто — необоснованной нервозностью.

Отличные результаты были получены при анализе методом множественной пошаговой регрессии для зависимой переменной «шкала астении» в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе и индуцированной беременностью при рождении здорового ребенка ($N = 50$) и при рождении ребенка с заболеванием ($N = 22$). В группе женщин ($N = 50$) наибольшее влияние на переменную «Шкала астении» оказывают переменные «Тревожность» ($b^* = -0,68$), «Шкала невротической депрессии» ($b^* = 0,73$), «Шкала тревоги» ($b^* = 0,41$), «Тревожное отношение посторонних» ($b^* = 0,70$), «Гипогестогнозическое отношение близких» ($b^* = 0,70$), «Эйфорическое отношение к беременности и ребенку» ($b^* = 0,70$), «Гипогестогнозическое отношение посторонних» ($b^* = 0,70$).

На переменную «Шкала астении» у женщин при рождении ребенка с заболеванием ($N = 22$) наибольшее влияние оказывают совершенно другие перемен-

ные «Шкала вегетативных нарушений» ($b^* = 0,47$), «Непринятие своего диагноза» ($b^* = -0,28$), «Тревожность» ($b^* = -0,48$) и «Беспомощность в связи с бесплодием» ($b^* = 0,65$).

4. На последнем этапе был проведен **факторный анализ методом главных компонент с применением вращения Varimax** для выявления некоторых ненаблюдаемых и прямо не измеряемых величин, связанных между собой и позволяющих определить основные характеристики определенных факторов, таких как «адаптивность» и «ситуативная тревожность», характерных для представительниц контрольной группы (условная норма).

В основной группе женщин с индуцированной беременностью при рождении здорового младенца были выявлены два фактора: «Идеализация материнской роли» и «Повышенная фрустрация». В факторе «Повышенная фрустрация» задействованы четыре переменные: «Тревожный тип ПКГД» ($r = 0,70$), «Тревожность» ($r = 0,78$), «Недостаток социальной поддержки» ($r = 0,67$), «Беспомощность в связи с бесплодием» ($r = 0,77$). Ведущей переменной является «Тревожность». Фактор «Идеализация материнской роли», включающий совокупность шкал: «Эйфорическое отношение к себе-матери» ($r = 0,78$), «Эйфорическое отношение к ребенку» ($r = 0,63$), «Эйфорическое отношение к близким и посторонним» ($r = 0,49$), объясняет некую идеализацию новой социальной роли матери. Женщине представляется, что самое трудное она уже преодолела — беременность состоялась.

В группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, беременность которых завер-

Таблица 2 / Table 2

Результаты факторного анализа у женщин с сохранной репродуктивной функцией
Results of factor analysis in women with preserved reproductive function

Фактор 1 «Адаптивность» / Factor 1 «Responsibility»	Фактор 2 «Ситуативная тревожность» / Factor 2 «Situational Anxiety»
Отношение к образу жизни: Оптимальное ($r=0,67$) / Attitude to lifestyle: Optimal ($r=0,67$)	Отношение к предстоящим родам: Тревожное ($r=0,88$) / Attitude towards the upcoming birth: Anxious ($r=0,88$)
Отношение к грудному вскармливанию: Оптимальное ($r=0,52$) / Attitude to breastfeeding: Optimal ($r=0,52$)	Отношение к своему ребенку: Тревожное ($r=0,77$) / Attitude towards your child: Anxious ($r=0,77$)
Отношение к предстоящим родам: Гипогестогнозическое ($r=-0,78$) / Attitude to the upcoming birth: Hypogestognostic ($r=-0,78$)	Отношение к беременности: Тревожное ($r=0,75$) / Attitude to pregnancy: Anxious ($r=0,75$)
Отношение к беременности: Гипогестогнозическое ($r=-0,96$) / Attitude to pregnancy: Hypogestognostic ($r=-0,96$)	
Отношение к своему ребенку: Гипогестогнозическое ($r=-0,96$) / Attitude towards your child: Hypogestognostic ($r=-0,96$)	

пились рождением ребенка с заболеванием, был обнаружен такой же фактор, как и описанный выше, а именно «Повышенная фрустрация». Однако в этой группе выявляется и новый фактор, отражающий ресурсное состояние, где оказались задействованы четыре переменные: «Эйфорический тип ПКГД» ($r=0,74$), «Тревожность» ($r=-0,69$), «Недостаток социальной поддержки» ($r=-0,83$) и «Беспомощность в связи с бесплодием» ($r=-0,74$). Переменная «Недостаток социальной поддержки» в данном факторе является ведущей.

Обсуждение результатов

Представленные результаты исследования убедительно указывают на то, что социальная адаптация женщин в раннем послеродовом периоде с отягощенным репродуктивным анамнезом и индуцированной беременностью как при рождении здорового младенца, так и при рождении ребенка с заболеванием, может быть детерминирована актуальным психоэмоциональным состоянием, обусловлена особенностями отношения к беременности, к новорожденному, к близким значимым и посторонним и поддерживаться внешними ресурсами со стороны социального окружения.

1. Значимые различия показателей по шкалам «тревога» ($U=424$, $p\leq 0,0003$), «вегетативные нарушения» ($U=486$, $p\leq 0,003$), «обсессивно-фобические нарушения» ($U=512$, $p\leq 0,006$), «астения» ($U=541$, $p\leq 0,013$) и «невротическая депрессия» ($U=261$, $p\leq 0,022$) у женщин, беременность которых наступила посредством ЭКО, указывают на их нестабильное эмоциональное состояние. Болезненный характер выявляемых расстройств (меньше $-1,28$) диагностирован у 19% женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе по показателю «тревога» и у 32% зафиксирован неустойчивый уровень здоровья в интервале от $+1,28$ до $-1,28$. 13% женщин транс-

лируют болезненный характер выявляемых расстройств по показателю «обсессивно-фобических нарушений» и у 66% женщин зафиксированы изменения по «истерическому типу реагирования», против 12,5% женщин без нарушения репродуктивной функции в анамнезе. Наши результаты подтверждают данные обзора качественных и количественных исследований зарубежных ученых, проспективно или ретроспективно изучавших тревожность и ее аспекты во время беременности и установивших, что поведенческие последствия тревожности, связанной с беременностью, затрагивают лишь некоторых женщин и могут служить важными индикаторами тяжести состояния, затрудняющими социальную адаптацию (Baugampour et al., 2015; Thiel et al., 2020). Ученые, проводившие исследование на когорте из провинции Западный Кейп, ЮАР, и другие исследователи, работающие в этом направлении, установили связь между сопутствующей пренатальной депрессией у матери и хронической тревожностью с последующим социально-эмоциональным и когнитивным развитием ребенка, что косвенно подтверждает значимость рассматриваемой нами проблемы успешной социальной адаптации матери в раннем послеродовом периоде (Shuffrey et al., 2022; Wu et al., 2022; Wu, De Asis-Cruz, Limperopoulos et al., 2024; Weiner et al., 2024; Hill TL. et al., 2025).

2. Социальная адаптация к новой жизненной ситуации при рождении ребенка с заболеванием предполагает мобилизацию «ресурсов через механизм когнитивного оценивания трудной жизненной ситуации и оценку своих возможностей — «Я в ситуации»» (Холодная, Хазова, 2017, с. 13), что обеспечивается как ее внутренними ресурсами, так и внешними ресурсами в виде социальной поддержки. В числе внутренних ресурсов мы рассматриваем стабильное эмоциональное состояние, способствующее адекватному оцениванию ситуации. При анализе ретроспективных анамнестических данных нами установлено, что женщины с

нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе испытывают беспокойство и выраженную тревогу «которую сложно описать» с момента наступления беременности после вступления в протокол ЭКО, «которую сложно описать» и переживают из-за отсутствия поддержки и понимания со стороны окружающих. Они находятся в нервном напряжении в течение всей беременности и показывают высокие показатели по шкалам «тревога» и «невротическая депрессия» в раннем послеродовом периоде. В результате корреляционного анализа нами установлена прямая взаимосвязь на высоком уровне значимости между тревожным отношением к своей беременности и «недостатком социальной поддержки» ($r=0,79$; $p\leq 0,001$). На высоком уровне значимости наблюдается прямая корреляция между тревожным типом отношения посторонних и «беспомощностью в связи с бесплодием» ($r=0,80$). Женщины считают, что бесплодие «управляет их жизнью», им сложно преодолеть репродуктивные проблемы, и даже при наступлении беременности и рождении ребенка они испытывают дискомфорт, если окружающие проявляют интерес, поскольку такой интерес напоминает им о беременности и родах, давших им ценой преодоления психологических проблем, связанных с бесплодием. Это негативно отражается на их социальной адаптации. В связи с этим западные ученые также обращают внимание на проблему адаптации. «Предполагается, что перинатальная социальная поддержка матери способствует социально-эмоциональному развитию потомства, однако проспективное изучение этой взаимосвязи проводилось лишь в немногих исследованиях» (Schuijers et al., 2024, с. 1033).

3. Метод множественной пошаговой регрессии для зависимой переменной «шкала тревоги» в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией показал, что низкий уровень тревоги детерминирован малой заинтересованностью женщин относительно восприятия близкими людьми ее беременности и стабильным эмоциональным состоянием. Вероятно, тревога пациенток, прибегнувших к процедуре ЭКО, в наибольшей степени детерминирована недостатком либо полным отсутствием социальной поддержки и неспособностью самих женщин адекватно реагировать на имеющийся диагноз. После рождения ребенка с заболеванием женщины продолжают фрустрировать по поводу своей репродуктивной несостоятельности, они склонны к избеганию контактов даже с медицинским персоналом. Воспринимаемая женщинами и оказываемая социумом поддержка должна быть направлена на уменьшение невротических проявлений и выступать стабилизирующим фактором психоэмоционального состояния.

Для зависимой переменной «шкала астении» выявлены разные детерминанты в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией и индуцированной беременностью при рождении здорового

младенца и при рождении ребенка с заболеванием. Низкий уровень астении у женщин основной группы при рождении здорового новорожденного в наибольшей степени детерминирован низким уровнем проявлений симптомов невротических состояний и тревоги. «Неоптимальное отношение к новорожденному взаимосвязано с особенностями невротических состояний матери» (Золотова, Хазова, 2025, с. 49). Женщины также спокойно реагируют на отношение к ним со стороны близких, но тревожное отношение к посторонним у них все же присутствует.

Результаты множественной пошаговой регрессии для переменной «Шкала астении», полученные в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием, детерминированы вегетативными нарушениями, неспособностью адекватно реагировать на имеющийся диагноз, высоким уровнем проявлений тревожности, связанной с неопределенностью состояния ребенка, а также переживанием глубокого чувства беспомощности и потери контроля над происходящим. «Принятие ситуации проходит через эмоциональное реагирование (неудовлетворенность, страдание)» (Золотова, 2024b, с. 73). Наличие вегетативных нарушений является следствием длительного пребывания в стрессовой ситуации. «Астенические эмоции, к которым обычно относят печаль, тоску, уныние и т. д., снижают поведенческую активность и энергетический потенциал» (Славутская, Славутский 2013, с. 48). При комплексном медико-психологическом сопровождении женщины и ее близких значимых возможно снизить астеновегетативные нарушения и скорректировать адаптационный ресурс.

4. Результаты факторного анализа у женщин с сохранной репродуктивной функцией допускают следующую интерпретацию. Первый фактор «Адаптивность» описывает взаимосвязь таких признаков как «Оптимальное отношение к образу жизни», «Оптимальное отношение к грудному вскармливанию» и указывает на обратную зависимость по признакам «Гипогестогнозическое отношение к родам», «Гипогестогнозическое отношение к беременности» и «Гипогестогнозическое отношение к ребенку». Это говорит о том, что женщина оптимально настроена, адаптирована и проявляет зрелую позицию в освоении роли матери и выполнении материнских обязанностей.

Второй фактор «Ситуативная тревожность» рассматривался в следующих аспектах: «Тревожное отношение к предстоящим родам», «Тревожное отношение к своему ребенку» и «Тревожное отношение к беременности». По результатам исследования, женщинам из контрольной группы не присуще такое невротическое состояние как тревога, и по большинству представленных шкал методики «Тест отношений беременной — ТОВ(б)» у них выделяется оптимальный тип отношения. Таким образом, фак-

Заключение

тор «Ситуативная тревожность» может обозначать проявление волнения, страха и тревоги у женщин лишь в некоторых жизненных ситуациях. Проявление таких эмоций иногда нормально, благодаря им женщина больше обращает внимания на свое здоровье и здоровье ребенка, больше узнает о правильном течении беременности, о том, как должны проходить роды, начинает больше беречь себя и заботиться о своем состоянии, следовать рекомендациям специалистов, что согласуется с мнением отечественных ученых (Филиппова, 2023).

В первом факторе «Идеализация материнской роли» в основной группе женщин с индуцированной беременностью отражена взаимосвязь показателей «Эйфорическое отношение к себе-матери» ($r=0,78$), «Эйфорическое отношение к ребенку» ($r=0,63$), «Эйфорическое отношение к близким и посторонним» ($r=0,49$). С одной стороны, восхищение тем, что женщина, пройдя все трудности, стала матерью, оправдано. Идеализируя ситуацию, женщины проявляют неготовность к трудностям и неопределенным ситуациям, связанным с материнством. Требуют повышенного внимания и склонны к делегированию ответственности. Если их ожидания не оправдываются, отмечается эмоциональное реагирование по «истерическому типу» (что наблюдалось у 66% женщин), что показывает социальную дезадаптацию. «Высокие показатели выраженности невротических состояний у этих женщин в виде тревоги и истерического типа реагирования, инициированных переживанием последствий психологической травмы, обусловлено дефицитом позитивных эмоций, недостаточным контролем ситуации и неопределенностью будущего ребенка» (Золотова, 2024b, с. 75). Отечественные ученые обращают внимание на то, что «особенности рефлексивности, такие как умение осознавать свои мотивы, цели, эмоциональное состояние, формируют определенный стиль поведения» (Василенко, 2020, с. 61).

Второй фактор «Повышенная фрустрация» напрямую демонстрирует проблемы социальной адаптации. В нем отражена прямая взаимосвязь четырех признаков: «Тревожный тип ПКГД» ($r=0,70$), «Тревожность» ($r=0,78$), «Недостаток социальной поддержки» ($r=0,67$), «Беспомощность в связи с бесплодием» ($r=0,77$).

Группу женщин, посредством ВРТ родивших детей с заболеванием, отличает фактор «ресурсное состояние», отражающий обратную связь между «Тревожностью» ($r = -0,69$), «Недостатком социальной поддержки» ($r = -0,83$), «Беспомощностью в связи с бесплодием» ($r = -0,74$) и «Эйфорическим типом ПКГД» ($r = 0,74$). Социальная поддержка, снижая уровень тревоги, увеличивает ресурсы женщины не только во время лечения бесплодия, но и служит необходимым условием для успешной социальной адаптации к новой жизненной ситуации при рождении ребенка с заболеванием.

1. В результате исследования описаны факторы риска социальной дезадаптации на раннем этапе принятия роли матери при отягощенном репродуктивном анамнезе. В числе внутренних ресурсов, способствующих своевременной социальной адаптации женщин в раннем послеродовом периоде, мы рассматриваем стабильное эмоциональное состояние, без симптомов невротизации и астенических проявлений, оптимальное отношение к новорожденному, значимым близким и социальному окружению. Социальная поддержка представляет собой внешний ресурс, улучшающий адаптацию женщин на стадии принятия роли матери как в ситуации нормативных родов, так и при завершении беременности, наступившей посредством ЭКО.

2. С помощью корреляционного и регрессионного анализа выявлены взаимосвязи между измененным эмоциональным состоянием, отношением к своей беременности, новорожденному, значимым близким и социальному окружению у женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе и индуцированной беременностью. Особого внимания заслуживает субъективное восприятие женщинами недостаточности социальной поддержки во время лечения бесплодия и в период протекания беременности, что обуславливает наличие постоянной тревоги и приводит к нарушению психоэмоционального статуса.

3. Установлена различная детерминация астенического состояния у женщин, беременность которых состоялась с помощью репродуктивных технологий при рождении здорового ребенка и при рождении новорожденного с заболеванием. В ситуации выявленной патологии новорожденного причинно-следственная связь представлена симптомокомплексом соматических проявлений в виде вегетативных нарушений и психологических триггеров: непринятие своего диагноза, выраженная тревожность и беспомощность в связи с бесплодием в анамнезе. Рождение ребенка с заболеванием усиливает астеническое состояние.

4. Результаты факторного анализа убедительно продемонстрировали возможность поддержания «ресурсного состояния» и адаптационных возможностей у женщин в раннем послеродовом периоде посредством коррекции невротических состояний при индивидуальном психолого-социальном сопровождении женщины с привлечением близких значимых с целью снижения эмоциональных переживаний и с акцентом на принятии перспектив развития ребенка. Своевременное выявление факторов риска социальной дезадаптации на раннем этапе принятия роли матери при отягощенном репродуктивном анамнезе (индуцированной беременности) и рождении здорового младенца или ребенка с заболеванием является одной из основных задач в работе клинического (перинатального) психолога. ■

Список источников / References

1. Алиева, А.Д., Тарасова, А.Ю., Палиева, Н.В., Петров, Ю.А. (2023). Психологическая диагностика готовности женщины к родам. *Главврач Юга России*, 2(88), 38–43. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-diagnostika-gotovnosti-zhenschiny-k-rodamhttps://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/4978/kommunikativnaya_knopka_blinova_hilkevich-sayt.pdf (дата обращения: 11.07.2025)
Alieva, A.D., Tarasova, A.Yu., Palieva, N.V., Petrov, Yu.A. (2023). Psychological diagnostics of a woman's readiness for childbirth. *Chief Physician of the South of Russia*, 2(88), 38–43. (In Russ.). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-diagnostika-gotovnosti-zhenschiny-k-rodamhttps://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/4978/kommunikativnaya_knopka_blinova_hilkevich-sayt. (viewed: 11.07.2025)
2. Блюм, А.И., Василенко, Т.Д. (2024). Личностные факторы адаптивного переживания ситуации неопределенности. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*, 4(47), 345–354. <https://doi.org/10.23888/humJ2024124345-354>
Blum, A.I., Vasilenko, T.D. (2024). Personal factors of adaptive experience of a situation of uncertainty. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*, 4(47), 345–354. (In Russ.). <https://doi.org/10.23888/humJ2024124345-354>
3. Василенко, Т.Д., Дремина, Т.Ф. (2020). Анализ взаимосвязей индивидуально-психологических особенностей беременных женщин и показателей психологической адаптации к беременности. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 1(11), 57–65. <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.1.005>
Vasilenko, T.D., Dremina, T.F. (2020). Analysis of the relationships between individual psychological characteristics of pregnant women and indicators of psychological adaptation to pregnancy. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, 1(11), 57–65. (In Russ.). <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.1.005>
4. Добряков, И.В. (2015). *Перинатальная психология*. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер.
Dobryakov, I.V. (2015). *Perinatal Psychology*. 2nd ed. St. Petersburg: Piter. (In Russ.).
5. Дремина Т.Ф. (2022). Психологическая адаптация к беременности у женщин с разным опытом материнства: Автореф. дис. ... кандидата психологических наук: 5.3.6 клиническая психология. Курский государственный медицинский университет
Dremina T.F. (2022). Psychological adaptation to pregnancy in women with different motherhood experiences: Abstract of a candidate of psychological sciences dissertation: 5.3.6 clinical psychology. Kursk State Medical University. (In Russ.).
6. Золотова, И.А. (2024). Выраженность невротических состояний женщин в ситуации «отягощенного» материнства. *Аутизм и нарушения развития*, 22(1), 45–51. <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>
Zolotova, I.A. (2024). Severity of neurotic states of women in the situation of “burdened” motherhood. *Autism and developmental disorders*, 22(1), 45–51. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>
7. Золотова, И.А. (2024). Особенности клинко-психологического консультирования женщин с учетом их психоэмоционального состояния при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, 3(124), 71–78. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3\(124\)-71-78](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78)
Zolotova, I.A. (2024). Features of clinical and psychological counseling of women taking into account their psychoemotional state at the birth of a child with a disease in the neonatal period. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, 3(124), 71–78. (In Russ.). [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3\(124\)-71-78](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78)
8. Золотова, И.А., Хазова, С.А. (2025). Особенности диадических отношений в системе «мать—дítě» на этапе принятия роли матери как фактор риска дизонтогенеза детей раннего возраста. *Клиническая и специальная психология*, 14(2), 39–54. <https://doi.org/10.17759/cpse.2025140203>
Zolotova, I.A., Khazova, S.A. (2025). Features of dyadic relationships in the mother-child system at the stage of accepting the maternal role as a risk factor for dysontogenesis in young children. *Clinical and Special Psychology*, 14(2), 39–54. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2025140203>
9. Исаева, Э.Р. (2008). Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к изучению копинга и психологической защиты. *Вестник СПбГУ, серия 12 «Психология»*, 2. СПб.: Изд-во СПбГУ.
Isaeva, E.R. (2008). Mechanisms of psychological adaptation of personality: modern approaches to the study of coping and psychological protection. *Herald of Saint-Petersburg State University, series 12 “Psychology”*, 2. Saint Petersburg: St. Petersburg State University Publ. (In Russ.).
10. Славутская, Е.В., Славутский, Л.А. (2013). Факторный анализ взаимосвязи индивидуально-психологических и личностных характеристик младших подростков с уровнем школьной дезадаптации. *Экспериментальная психология*, 6(4), 40–51. URL: https://psyjournals.ru/journals/exppsy/archive/2013_n4/66474 (дата обращения: 23.07.2025)
Slavutskaya, E.V., Slavutsky, L.A. (2013). Factor analysis of the relationship between individual psychological and personal characteristics of younger adolescents and the level of school maladjustment. *Experimental Psychology*, 6(4), 40–51. (In Russ.). URL: https://psyjournals.ru/journals/exppsy/archive/2013_n4/66474 (viewed: 23.07.2025)
11. Филиппова, Г.Г. (2023). Репродуктивный компонент возрастной идентичности и феномен «отложенного материнства». *Медицинская психология в России: сетевой науч. журн.*, 15(2), 12–26. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.07.2025)
Filippova, G.G. (2023). Reproductive component of age identity and the phenomenon of “delayed motherhood”. *Medical Psychology in Russia: online scientific journal*, 15(2), 12–26. (In Russ.). URL: <http://mprj.ru> (viewed: 10.07.2025)
12. Холодная, М.А., Хазова, С.А. (2017). Феномен концептуализации как основа продуктивности интеллектуальной деятельности и совладающего поведения. *Психологический журнал*, 38(5), 5–17. <https://doi.org/10.7868/S0205959217050014>

- Kholodnaya, M.A., Khazova, S.A. (2017). The Phenomenon of Conceptualization as the Basis for the Productivity of Intellectual Activity and Coping Behavior. *Psychological Journal*, 38(5), 5–17. (In Russ.). <https://doi.org/10.7868/S0205959217050014>
13. Ядов, В.А. (2013). *Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция*. 2-е изд. М.: ЦСПиМ.
Yadov, V.A. (2013). *Self-regulation and forecasting of social behavior of the individual: Dispositional concept*. 2nd ed. Moscow: TsSPiM. (In Russ.).
 14. Якупова, В.А., Аникеева, М.А., Суарес, А.Д. (2023). Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований. *Клиническая и специальная психология*, 12(2), 70–93. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120204>
Yakupova, V.A., Anikeeva, M.A., Suarez, A.D. (2023). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a review of studies. *Clinical and Special Psychology*, 12(2), 70–93. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120204>
 15. Яхин, К.К., Менделевич, Д.М. (1998). Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. В: В.С. Сомов (Ред.), *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство* (с. 123–134). Москва: МЕДпресс.
Yakhin, K.K., Mendelevich, D.M. (1998). Clinical questionnaire for detection and assessment of neurotic states. In: V.S. Somov (Ed.), *Clinical and medical psychology: Practical guide* (pp. 123–134). Moscow: MEDpress. (In Russ.).
 16. Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D.A., Benzies, K., MacQueen, G., Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Research*, 55, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
 17. Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., Chang, Y.-S. (2020). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 49(4), 616–627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>
 18. Handelzalts, J.E., Levy, S., Ayers, S., Krissi, H., Peled, Y. (2022). Two are better than one? The impact of lay birth companions on childbirth experiences and PTSD. *Arch Womens Ment Health*, 25(4), 797–805. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01243-7>
 19. Hedlund, Å., Kristofferzon, M.L., Boman, E., Nieuwenhuijsen, K., Nilsson, A. (2024). Women's health and psychological well-being in the return-to-work process after long-term sick leave for common mental disorders: women's and first-line managers' perspectives. *BMC Public Health*, 24(1), Article 2834. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20350-x>
 20. Hill, T.L., Na, X., Bellando, J., Glasier, C.M., Ou, X. (2025). Functional Connectivity to the Amygdala in the Neonate Is Impacted by the Maternal Anxiety Level During Pregnancy. *Journal Neuroimaging*, 35(1), Article 70004. <https://doi.org/10.1111/jon.70004>
 21. Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., Lator, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am Journal Obstet Gynecol*, 230(3S), 1116–1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
 22. Lucas, R.E. (2007). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Do major life events change happiness levels? *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 75–79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00479.x>
 23. Lykken, D.T. (2007). Comment on Diener, Lucas, and Scollon (2006). “Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being”. *American Psychologist*, 62(6), 611–612. <https://doi.org/10.1037/0003-066X62.6.611>
 24. Schuijers, M., Greenwood, C.J., McIntosh, J.E., Youssef, G., Letcher, P., Macdonald, J.A., Spry, E., Le Bas, G., Teague, S., Biden, E., Elliott, E., Allsop, S., Burns, L., Olsson, C.A., Hutchinson, D.M. (2024). Maternal perinatal social support and infant social-emotional problems and competencies: a longitudinal cross-cohort replication study. *Arch Womens Ment Health*, 27(6), 1033–1041. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01473-x>
 25. Shuffrey, L.C., Sania, A., Brito, N.H., Potter, M., Springer, P., Lucchini, M., Rayport, Y.K., Du Plessis, C., Odendaal, H.J., Fifer, W.P. (2022). Association of maternal depression and anxiety with toddler social-emotional and cognitive development in South Africa: a prospective cohort study. *BMJ Journal* 12(4), Article e058135. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058135>
 26. Thiel, F., Iffland, L., Drozd, F., Haga, S.M., Martini, J., Weidner, K., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. (2020). Specific relations of dimensional anxiety and manifest anxiety disorders during pregnancy with difficult early infant temperament: a longitudinal cohort study. *Arch Womens Ment Health*, 23(4), 535–546. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01015-w>
 27. Thiel, F., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. (2021). The Impact of Perinatal Life Stress on Infant Temperament and Child Development: A 2-Year Follow-Up Cohort Study. *Journal Dev Behav Pediatr*, 42(4), 299–306. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000887>
 28. Weiner, S., Wu, Y., Kapse, K., Vozar, T., Cheng, J.J., Murnick, J., Henderson, D., Teramoto, H., Limperopoulos, C., Andescavage, N. (2024). Prenatal Maternal Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic and Newborn Brain Development. *JAMA Netw Open*, 7(6), Article e2417924. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17924>
 29. Weise, C., Hajek Gross, C. (2024). Why We Need a Stronger Focus on Women's Health in Clinical Psychology and Psychological Treatment. *Clinical Psychology in Europe*, 6(3), Article e15683. <https://doi.org/10.32872/cpe.15683>
 30. Wu, Y., Espinosa, K.M., Barnett, S.D., Kapse, A., Quistorff, J.L., Lopez, C., Andescavage, N., Pradhan, S., Lu, Y.C., Kapse, K., Henderson, D., Vezina, G., Wessel, D., du Plessis, A.J., Limperopoulos, C. (2022). Association of Elevated Maternal Psychological Distress, Altered Fetal Brain, and Offspring Cognitive and Social-Emotional Outcomes at 18 Months. *JAMA Netw Open*, 5(4), Article e229244. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9244>
 31. Wu, Y., De Asis-Cruz, J., Limperopoulos, C. (2024). Brain structural and functional outcomes in the offspring of women experiencing psychological distress during pregnancy. *Mol Psychiatry*, 29(7), 2223–2240. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02449-0>

Информация об авторах

Ирина Александровна Золотова, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и педагогики, Ярославский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ЯГМУ), Ярославль, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5041-0082>, e-mail: iazolotova@mail.ru

Information about the authors

Irina A. Zolotova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology and Education, Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5041-0082>, e-mail: iazolotova@mail.ru

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The author declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 49 от 30.09.2021 г.)

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Local Ethics Committee of the Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation (Report No. 49 of 09/30/2021).

Поступила в редакцию 25.07.2025

Поступила после рецензирования 30.09.2025

Принята к публикации 05.10.2025

Опубликована 30.12.2025

Received 2025.07.25

Revised 2025.09.30

Accepted 2025.10.05

Published 2025.12.30