

Научная статья | Original paper

## Актуальность ранней диагностики невротических состояний у женщин с различным репродуктивным анамнезом при рождении ребенка с заболеванием

И.А. Золотова ✉

Ярославский государственный медицинский университет,  
Ярославль, Российская Федерация  
✉ [iazolotova@mail.ru](mailto:iazolotova@mail.ru)

### Резюме

**Контекст и актуальность.** В результате анализа научных работ выявлена недостаточная разработанность проблемы, касающейся особенностей эмоциональной сферы женщин при рождении ребенка с заболеванием. **Цель.** Ранняя диагностика особенностей отношения к новорожденному, специфики психоэмоционального статуса и субъективных представлений женщин о наличии или дефиците социальной поддержки при рождении здорового младенца или ребенка с заболеванием. **Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 100 женщин. Из них 40% находились в отделении патологии новорожденных по причине нестабильного состояния их детей, а 60% — в послеродовом отделении на совместном пребывании с ребенком. Исследование проводилось на 4—7-й день после родов. В качестве психодиагностического инструментария были использованы «Клинический опросник невротических состояний» К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, методика «Тест отношений беременной» И.В. Добряковой в модификации И.А. Золотовой, а также русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия» в адаптации Е.В. Соловьевой. **Результаты.** У женщин при рождении ребенка с заболеванием выявлен болезненный характер невротических проявлений по шкалам «Астения» и «Обсессивно-фобические нарушения». На основе выраженности показателей по шкалам «Тревожность», «Недостаток социальной поддержки», «Беспомощность в связи с бесплодием» опросника SCREENIVF выделены два фактора («Повышенная фрустрация» и «Ресурсное состояние»), описывающих особенности эмоционального состояния

женщин. Обнаружена прямая корреляция между показателями, характерными для болезненных проявлений по шкале «Астения» с оптимальным отношением к новорожденному. **Выводы.** Ранняя диагностика особенностей психоэмоционального статуса и уровня невротизации женщины, а также выявление особенностей материнского отношения к ребенку с патологией и роли социальной поддержки способствуют созданию более эффективных индивидуальных программ психологического сопровождения, а также применению методов абилитации и реабилитации.

**Ключевые слова:** астения, обсессивно-фобические нарушения, социальная поддержка, нарушенная репродуктивная функция, ЭКО, новорожденный с заболеванием

**Для цитирования:** Золотова, И.А. (2026). Актуальность ранней диагностики невротических состояний у женщин с различным репродуктивным анамнезом при рождении ребенка с заболеванием. *Консультативная психология и психотерапия*, 34(2), 164—185. <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340208>

## The relevance of early diagnosis of neurotic conditions in women with different reproductive histories at the birth of a child with a disease

I.A. Zolotova ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

✉ [iazolotova@mail.ru](mailto:iazolotova@mail.ru)

### Abstract

**Context and relevance.** As a result of the analysis of scientific works, it was revealed that the problem of the peculiarities of the emotional sphere of a woman at the birth of a child with a disease has not been sufficiently studied. **Objective.** Early diagnosis of the characteristics of the attitude towards the newborn, the specifics of the psycho-emotional status and subjective perception of women, the presence/deficiency of social support at the birth of a healthy baby or a child with a disease. **Methods and materials.** The study involved 100 women. 40% of the representatives were in the neonatal pathology department due to the unstable condition of their children. 60% of women were in the postpartum department on a joint stay with the child. The study was carried out on the 4th — 7th day after childbirth. As a psychodiagnostic algorithm, the clinical questionnaire of neurotic states by K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich [Yakhin], the method “Pregnancy Relationship Test” by I.V. Dobryakov modified by I.A. Zolotova, the Russian version of the SCREENIVF screening questionnaire “Diagnosis of the psycho-emotional state

of women during infertility treatment” adapted by E.V. Solovieva were used. **Results.** In women who give birth to a child with the disease, a painful nature of neurotic manifestations, was revealed on the scales of “asthenia” and “obsessive-phobic disorders”. The prevailing factors “Increased frustration” and “Resource state”, are described, conditioned by the variables: “Anxious type of PCMD”, “Anxiety”, “Lack of social support”, “Helplessness due to infertility”. A direct correlation was found between the indicators characteristic of painful manifestations on the asthenia scale and the optimal attitude towards the newborn. **Conclusions.** Early diagnosis of a woman’s psychoemotional status and neuroticism, as well as identifying the specifics of a mother’s relationship with a child with a pathology and understanding the importance of social support, contribute to the creation of more effective individual psychological support programs and the application of habilitation and rehabilitation methods.

**Keywords:** asthenia, obsessive-phobic disorders, social support, impaired reproductive function, IVF, newborn with disease

**For citation:** Zolotova, I.A. (2026). The relevance of early diagnosis of neurotic conditions in women with different reproductive histories at the birth of a child with a disease. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 34(2), 164—185. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340208>

## Введение

Рождение ребенка в тяжелом состоянии является одной из самых трудных жизненных ситуаций для матери. Диагностика и установление причины неблагополучия новорожденного проводятся в раннем неонатальном периоде и могут стать причиной нарушения психоэмоционального состояния женщины. Ситуация неопределенности зачастую сохраняется длительное время. В этот чувствительный период принятия роли матери происходит замена образа «здорового новорожденного» на образ «ребенка с патологией».

Зарубежные психологи отмечают повышенный риск психологического стресса у родителей детей с малым сроком гестации. Недоношенные дети и их родители сталкиваются с уникальными проблемами: младенцы переживают разлуку с родителями, подвергаются неудобным медицинским процедурам и имеют повышенную биологическую уязвимость, а родители испытывают трудности при принятии роли опекуна и находятся под высоким риском развития психологического стресса (Hartzell G., 2023; Aagaard H., 2015).

Ранее отечественными учеными были проведены исследования динамики эмоциональных состояний и качества жизни женщин в после-

родовом периоде (Горьковая, Коргожа, 2018). Также изучались нарушения психического здоровья женщин, связанные с пандемией COVID-19 (Аникина и др., 2024). Кроме того, описаны особенности эмоционального состояния матерей детей первого года жизни, родившихся до срока и имеющих выраженные структурные внутричерепные изменения в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) различной степени тяжести (Андрущенко, Мухамедрахимов, Крюков, 2024). Проводились исследования уровня выраженности невротических состояний у женщин в ситуации «отягощенного» материнства (Золотова, 2024). Г.Г. Филиппова поднимает вопрос репродуктивной идентичности и эмоционального выгорания матерей при использовании донорских программ вспомогательных репродуктивных технологий (Филиппова, 2025).

Несмотря на возрастающий интерес со стороны психологического научного сообщества к данной проблематике, исследования психоэмоционального состояния женщин с нарушенной и сохранной репродуктивной функцией при рождении ребенка в результате срочных родов (на 37—41 неделе гестации) остаются недостаточными. Малоизученным остается вопрос ранней диагностики нарушения эмоционального состояния матери, проявляющегося в виде различных уровней невротических состояний, которые отражаются на отношении к новорожденному и ее поведении. Эти изменения могут быть как потенциально адаптивными, так и неадаптивными и служить предвестниками возможных послеродовых депрессивных состояний.

Учитывая практическую значимость и актуальность ранней диагностики нарушений эмоционального состояния у женщин с различным репродуктивным анамнезом на этапе принятия роли матери, была поставлена задача: разработать диагностический инструментарий, позволяющий исследовать особенности отношения к новорожденному, специфику психоэмоционального статуса и субъективное восприятие женщин относительно наличия или дефицитарности социальной поддержки при рождении как здорового младенца, так и ребенка с заболеванием.

## Материалы и методы

Исследование проводилось в течение 2 лет, на 4—7-й день после родов. В исследовании приняли участие 100 респонденток, подписавших информированное добровольное согласие. Были сформированы группы сравнения.

Первая группа — женщины с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, у которых беременность наступила с помощью ЭКО и завершилась рождением ребенка с заболеванием. Возраст участников — от 26 до 41 года (средний возраст — 35 лет), всего 40 человек.

Вторая группа — женщины с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, индуцированной беременностью, завершившейся рождением здорового ребенка. Возраст — от 27 до 43 лет (средний возраст — 35 лет), всего 20 человек.

Третья (контрольная) группа — женщины с сохранной репродуктивной функцией, у которых беременность завершилась рождением здорового ребенка. Возраст — от 18 до 42 лет (средний возраст 30 лет), всего 40 человек (условная норма).

Женщины с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе и индуцированной беременностью, завершившейся рождением ребенка с заболеванием (первая группа), находились вместе со своими детьми в отделении патологии новорожденных и/или в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. У детей были выявлены следующие диагнозы: синдром дыхательного расстройства у новорожденного (P22.0); врожденная пневмония неуточненная (P23.9); инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (P39.9); неонатальная желтуха, неуточненная (P59.9); трудности грудного вскармливания (P92.5).

Для решения поставленной задачи, а именно — ранней диагностики изменения эмоционального состояния и определения выраженности невротических состояний, были использованы следующие *психодиагностические инструменты*: «Клинический опросник невротических состояний» К.К. Яхина, Д.М. Менделевича (Яхин, 1998), методика «Тест отношений матери» И.А. Золотовой (модификационная версия методики «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова (Добряков, 2015; Золотова, 2026), русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия» в адаптации Е.В. Соловьевой (Соловьева, 2021).

Согласно результатам нашего исследования, в 86% случаев наступление беременности у женщин с репродуктивными проблемами в анамнезе происходит в результате неоднократного участия в протоколе ЭКО. Будущая мама, будучи фрустрированной и уже пережившей опыт перинатальных потерь, испытывает тревогу по поводу благополучного завершения беременности. Данное обстоятельство обосновывает использование нами скринингового опросника SCREENIVF «Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия» для проведения ретроспективного

анализа эмоционального состояния женщины во время прохождения последнего протокола ЭКО. Субъективное мнение женщины о своем психоэмоциональном состоянии до наступления беременности позволило выявить и описать факторы риска, которые могли отразиться на эмоциональном состоянии во время беременности и в раннем послеродовом периоде. К ним относятся: чувство тревоги, недостаток социальной поддержки, беспомощность в связи с бесплодием и непринятие своего диагноза.

Методика «Тест отношений матери» (ТОМ) была использована нами для анализа взаимосвязей характеристик психологического компонента материнской доминанты (ПКМД)<sup>1</sup> в системе «мать—дитя» с невротическими состояниями женщины в раннем послеродовом периоде при рождении ребенка с заболеванием (Золотова, 2026).

С целью анализа полученных результатов использовались следующие *статистические методы* обработки данных: корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена), факторный анализ и непараметрический статистический U-критерий Манна—Уитни.

## Результаты

**Особенности и выраженность невротических состояний у матерей.** При сравнении выраженности невротических состояний («Клинический опросник невротических состояний» К.К. Яхина и Д.М. Менделевича) в объединенной группе женщин с индуцированной беременностью и контрольной группе выявлены значимые различия по шкалам «Тревога», «Вегетативные нарушения», «Обсессивно-фобические нарушения», «Астения» и «Невротическая депрессия» (табл. 1). Необходимо отметить, что в соответствии с нормативными данными, описанными авторами методики, высокие баллы отражают высокий уровень здоровья.

Для получения уточняющей информации о влиянии репродуктивного возраста на проявление невротических состояний у женщин, беременность которых наступила посредством ЭКО, дополнительно были сформированы две группы: группа женщин с нарушенной репродуктив-

---

<sup>1</sup> Материнская доминанта включает физиологический компонент и психологический компонент. Психологический компонент определяется психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка (Добряков, 2015).

Таблица 1 / Table 1  
**Выраженность невротических состояний в группах женщин с разным  
состоянием репродуктивной функции (n = 100)**  
**Severity of neurotic states in groups of women with different states of  
reproductive function (n = 100)**

| Шкалы «Клинического<br>опросника невротических<br>состояний» / The scales<br>of the Clinical Questionnaire<br>of Neurotic States | Средние значения<br>показателей по шкалам<br>методики / Average<br>values of indicators on<br>the scales of the method |                                                                                                   | U   | Z     | Уровень значимости,<br>p-value / Significance level, p-value |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  | Женщины с нарушенной<br>репродуктивной функцией /<br>Women with impaired<br>reproductive function                      | Женщины с сохранной<br>репродуктивной функцией /<br>Women with preserved<br>reproductive function |     |       |                                                              |
| Шкала тревоги / Anxiety scale                                                                                                    | 2,55                                                                                                                   | 5,57                                                                                              | 424 | −3,61 | 0,0003***                                                    |
| Шкала вегетативных наруше-<br>ний / Autonomic Disorders Scale                                                                    | 6,39                                                                                                                   | 9,65                                                                                              | 486 | −3,01 | 0,003**                                                      |
| Шкала обсессивно-фобиче-<br>ских нарушений / Obsessive-<br>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 депрес-<br>сии / Neurotic Depression Scale                                                                   | 2,86                                                                                                                   | 4,57                                                                                              | 561 | −2,29 | 0,022*                                                       |

*Примечание:* «\*» — различия на уровне значимости  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — различия на уровне значимости  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — различия на уровне значимости  $p \leq 0,001$ .

*Note:* «\*» — differences in the level of significance  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — differences in the level of significance  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — differences in the level of significance of  $p \leq 0,001$ .

ной функцией в среднем репродуктивном возрасте ( $M \pm SD$ , min—max, лет):  $30,5 \pm 4,7$  (26—34); и группа женщин с нарушенной репродуктивной функцией в позднем репродуктивном возрасте ( $M \pm SD$ , min—max, лет):  $39,5 \pm 4,3$  (35—43).

Результаты анализа переменных методики «Клинический опросник невротических состояний» в этих двух группах отражены в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

**Выраженность невротических состояний в группах женщин  
с нарушенной репродуктивной функции в анамнезе в разном  
репродуктивном возрасте (n = 60)**

**Severity of neurotic states in groups of women with impaired reproductive  
function at different reproductive ages (n = 60)**

| Шкалы «Клинического<br>опросника невротических<br>состояний» / The scales<br>of the Clinical Questionnaire<br>of Neurotic States | Средние значения показателей<br>по шкалам методики / Average<br>values of indicators on the scales<br>of the method                                                                        |                                                                                                                                                                                             | U   | Z    | Уровень значимости, p-value /<br>Significance level, p-value |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  | Женщины с нарушенной репродуктивной<br>функцией в позднем репродуктивном<br>возрасте (35—43 года) / Women with<br>impaired reproductive function in late<br>reproductive age (35—43 years) | Женщины с нарушенной репродуктивной<br>функцией в среднем репродуктивном<br>возрасте (26—34 года) / Women with<br>impaired reproductive function in early<br>reproductive age (26—34 years) |     |      |                                                              |
| Шкала обсессивно-фобиче-<br>ских нарушений / Obsessive-<br>Phobic Disorders Scale                                                | 1,60                                                                                                                                                                                       | 2,54                                                                                                                                                                                        | 122 | 2,08 | 0,037*                                                       |
| Шкала вегетативных нару-<br>шений / Autonomic Disorders<br>Scale                                                                 | 5,54                                                                                                                                                                                       | 7,23                                                                                                                                                                                        | 104 | 2,57 | 0,01**                                                       |

Примечание: в таблице показаны результаты только по шкалам, по которым по-  
лучены статистически значимые различия; «\*» — различия на уровне значимо-  
сти  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — различия на уровне значимости  $p \leq 0,01$ .

Note: The table shows the results only for the scales on which statistically significant  
differences were found; «\*» — differences at the significance level  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — dif-  
ferences at the significance level  $p \leq 0,01$ .

По шкалам «Вегетативные нарушения» и «Обсессивно-фобические нарушения» у женщин более позднего репродуктивного возраста наблюдаются более низкие показатели, что указывает на неустойчивый уровень здоровья.

Различный уровень выраженности невротических состояний отмечается у женщин с индуцированной беременностью, как при рождении здорового ребенка, так и при рождении новорожденного с заболеванием в неонатальном периоде. Наличие заболевания у новорожденного отражается на уровне невротизации матери в раннем послеродовом периоде (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

**Выраженность невротических состояний в группах женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе при рождении здорового ребенка и при рождении новорожденного с заболеванием (n = 60)**  
**Severity of neurotic states in groups of women with impaired reproductive function in anamnesis at the birth of a healthy child and a newborn with the disease (n = 60)**

| Шкалы «Клинического опросника невротических состояний» / The scales of the Clinical Questionnaire of Neurotic States | Средние значения показателей по шкалам методики / Average values of indicators on the scales of the method |                                  | U   | Z     | Уровень значимости p p-value / Significance level p p-value |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|-------|-------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | Первая группа / The first group                                                                            | Вторая группа / The second group |     |       |                                                             |
| Шкала истерического типа реагирования / Hysterical Response Type Scale                                               | 2,93                                                                                                       | 4,6                              | 102 | −2,62 | 0,09**                                                      |
| Шкала астении / Asthenia scale                                                                                       | 1,56                                                                                                       | 4,88                             | 115 | −2,29 | 0,022**                                                     |

*Примечание:* в таблице показаны результаты только по шкалам, по которым получены статистически значимые различия; «\*\*» — различия на уровне значимости  $p \leq 0,01$ .  
*Note:* The table shows the results only for the scales on which statistically significant differences were found; «\*\*» — differences in the level of significance  $p \leq 0,01$ .

Значимые результаты наблюдаются по шкалам «Истерический тип реагирования» и «Астения» ( $p \leq 0,01$ ): соответствующие показатели ниже у женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием, что свидетельствует о неустойчивом состоянии здоровья и болезненном характере невротических проявлений.

Согласно данным полуструктурированного интервью, таким пациенткам характерны ощущения сдавливания в груди, стесненного дыхания, нехватки воздуха, возникающие при волнениях, а также ранимость и мнительность. Указанные симптомы, по словам самих женщин, появились на фоне обостренных переживаний в раннем послеродовом периоде, связанных со здоровьем новорожденного. В некоторых случаях женщины были изолированы от ребенка из-за его нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, например при проведении аппаратной искусственной вентиляции легких.

**Характеристики психологического компонента материнской доминанты (ПКМД) в системе «мать—дитя» и их взаимосвязь с невротическими состояниями женщины в раннем послеродовом периоде.** При анализе данных, полученных по результатам методики «Тест отношений матери» (Золотова, 2026), установлено, что показатели по фактору «Тревожное отношение к своему ребенку» выше у женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием, по сравнению с контрольной группой женщин с сохранной репродуктивной функцией при рождении здорового новорожденного ( $U = 120$ ;  $p = 0,0315^*$ ). Это является логичным и ожидаемым результатом.

Между женщинами с индуцированной беременностью, завершившейся рождением ребенка с заболеванием (первая группа) и здорового младенца (вторая группа), различия по общему показателю «Тревожный тип психологического компонента материнской доминанты (ПКМД)» оказались не существенными, но по показателю «Эйфорический тип ПКМД» результаты оказались выше у женщин позднего репродуктивного возраста из второй группы:  $U = 126$ ;  $p = 0,048^*$ .

Результаты корреляционного анализа показателей методики «Тест отношений матери» и «Клинического опросника невротических состояний» К.К. Яхина и Д.М. Менделевича в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией представлены в табл. 4.

Таблица 4 / Table 4

**Результаты корреляционного анализа выраженности  
невротических состояний и характеристик ПКМД в группах женщин  
с нарушенной репродуктивной функции в анамнезе при рождении  
здорового ребенка и новорожденного с заболеванием (n = 60)**  
**Results of correlation analysis of neurotic states and features of PCHD  
in groups of women with impaired reproductive function in anamnesis at the  
birth of a healthy child and a newborn with the disease (n = 60)**

| Шкалы «Клинического опросника<br>невротических состояний» /<br>The scales of the Clinical<br>Questionnaire of Neurotic States | Характеристики психологического<br>компонента материнской доминанты<br>Characteristics of the psychological<br>component of maternal dominance |                                                                                 |                                                                          |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                               | Первая группа /<br>The first group                                                                                                             |                                                                                 | Вторая группа /<br>The second group                                      |                                                                                 |
|                                                                                                                               | Тревожное отношение к<br>ребенку / Anxious attitude<br>towards the child                                                                       | Эйфорическое<br>отношение к ребенку /<br>Euphoric attitude towards<br>the child | Тревожное отношение к<br>ребенку / Anxious attitude<br>towards the child | Эйфорическое<br>отношение к ребенку /<br>Euphoric attitude towards<br>the child |
| Шкала вегетативных нарушений /<br>Autonomic Disorders Scale                                                                   | 0,52***                                                                                                                                        |                                                                                 | 0,32*                                                                    |                                                                                 |
| Шкала обсессивно-фобических<br>нарушений / Obsessive-Phobic<br>Disorders Scale                                                |                                                                                                                                                | 0,46**                                                                          |                                                                          | 0,53***                                                                         |
| Шкала астении / Asthenia scale                                                                                                | 0,54***                                                                                                                                        |                                                                                 | 0,42**                                                                   |                                                                                 |

*Примечание:* в таблице показаны результаты только по шкалам, по которым получены статистически значимые корреляции; «\*» — корреляция на уровне значимости  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — корреляция на уровне значимости  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — корреляция на уровне значимости  $p \leq 0,001$ .

*Note:* the table shows the results only for the scales with statistically significant correlations; «\*» — correlation at the significance level  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — correlation at the significance level  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — correlation at the significance level  $p \leq 0,001$ .

**Результаты методики «Диагностика психоэмоционального состояния  
женщин во время лечения бесплодия» (SCREENIVF) у женщин с нарушени-**

**ем репродуктивной функции.** Продолжая анализ статистических данных, стоит обратить внимание на положительные корреляции между тревожным отношением женщин с нарушением репродуктивной функции к новорожденному и к себе ( $r = 0,79$ ;  $p \leq 0,001$ ), а также между тревожным отношением женщин с нарушением репродуктивной функции к новорожденному и недостатком социальной поддержки ( $r = 0,79$ ;  $p \leq 0,001$ ). Эйфорическое отношение к себе-матери взаимосвязано с параметром неприятия своего диагноза ( $r = 0,62$ ;  $p \leq 0,01$ ).

На последнем этапе был проведен факторный анализ в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Результаты отражены в табл. 5.

Фактор «Повышенная фрустрация» выявлен в раннем послеродовом периоде у женщин с нарушением репродуктивной функции, как при рождении ребенка с заболеванием, так и при рождении здорового младенца. В данном факторе задействованы четыре переменные: «тревожный тип ПКМД» ( $r = 0,70$ ), «тревожность» ( $r = 0,78$ ), «недостаток социальной поддержки» ( $r = 0,67$ ), «беспомощность в связи с бесплодием» ( $r = 0,77$ ). Ведущей переменной является «тревожность».

Таблица 5 / Table 5

**Результаты факторного анализа исследуемых переменных в группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией**

**Results of factor analysis for the studied variables in the group of women with impaired reproductive function**

| Переменные / Variables                                  | Фактор «Ресурсное состояние», характерный для женщин при рождении ребенка с заболеванием / The «Resource State» factor, characteristic of women at the birth of a child with a disease | Фактор «Повышенная фрустрация», характерный для женщин, при наступлении беременности посредством ЭКО/ The «Increased Frustration» factor, characteristic of women, when pregnancy occurs through IVF |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Тревожный ПКМД / Alarming PKMD                          | 0,74***                                                                                                                                                                                | 0,70***                                                                                                                                                                                              |
| Тревожность/ Anxiety                                    | −0,69                                                                                                                                                                                  | 0,78***                                                                                                                                                                                              |
| Недостаток социальной поддержки/ Lack of social support | −0,83***                                                                                                                                                                               | 0,67***                                                                                                                                                                                              |

| Переменные / Variables                                               | Фактор «Ресурсное состояние», характерный для женщин при рождении ребенка с заболеванием / The «Resource State» factor, characteristic of women at the birth of a child with a disease | Фактор «Повышенная фрустрация», характерный для женщин, при наступлении беременности посредством ЭКО/ The «Increased Frustration» factor, characteristic of women, when pregnancy occurs through IVF |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Беспомощность в связи с бесплодием / Helplessness due to infertility | −0,74***                                                                                                                                                                               | 0,77***                                                                                                                                                                                              |
| <i>Expl. Var</i>                                                     | 3,811                                                                                                                                                                                  | 3,237                                                                                                                                                                                                |
| <i>Prp. Totl</i>                                                     | 0,224                                                                                                                                                                                  | 0,190                                                                                                                                                                                                |

*Примечание:* ПКМД — психологический компонент материнской доминанты; «\*» — корреляции на уровне значимости  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — корреляции на уровне значимости  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — корреляции на уровне значимости  $p \leq 0,001$ .

*Note:* PKMD — psychological component of maternal dominanta; «\*» — correlation at significance level  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» — correlation at significance level  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» — correlation at significance level  $p \leq 0,001$ .

В группе женщин с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием, выделен фактор «Ресурсное состояние», в который входят четыре переменные: «эйфорический ПКМД» ( $r = 0,74$ ), «тревожность» ( $r = -0,69$ ), «недостаток социальной поддержки» ( $r = -0,83$ ) и «беспомощность в связи с бесплодием» ( $r = -0,74$ ). Переменная «недостаток социальной поддержки» является ведущей. Отрицательное значение переменных предполагает высокие показатели признака.

## Обсуждение результатов

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у женщин с историей нарушенной репродуктивной функции, завершивших беременность рождением ребенка с заболеванием, наблюдаются особенности эмоционального состояния, отличающиеся от таковых у женщин с нарушенной или сохранной репродуктивной функцией, родивших здорового малыша. Характерными для них являются невротические состо-

яния разного уровня выраженности. Нами был выявлен неустойчивый уровень здоровья (результаты от +1,28 до -1,28 баллов) по шкалам «Тревога», «Невротическая депрессия», «Вегетативные нарушения», а также болезненный характер невротических проявлений (меньше -1,28 баллов) по шкалам «Астения» и «Обсессивно-фобические нарушения», не являющиеся особенностью контрольной группы женщин.

Важно остановиться на интерпретации высокого показателя по шкале «Астения» у женщин с индуцированной беременностью при рождении ребенка с заболеванием. Ранний послеродовой период требует от матери ресурсного состояния в связи с принятием заболевания новорожденного, необходимостью сосредоточения на решении вопросов, связанных с состоянием младенца, на сохранении грудного вскармливания и в то же время — на поддержании своего функционального состояния.

В реальной ситуации у женщин, прошедших напряженный путь наступления беременности посредством ЭКО, длительно находящихся в условиях стационара и испытывающих постоянное переживание по поводу собственного психосоматического статуса, особенностей отношений с социальным окружением и переживания о здоровье малыша, отмечается склонность к перепадам настроения, рассеянности, апатии, что «...нарушает процесс адаптации и замедляет изменения в ролевом поведении» (Золотова, Хазова, 2023, с. 163). Аспект проблематики самореализации в роли матери объясняется недостаточностью ресурсов (Шипова, 2022). Развитие симптомов переутомления или астенизации организма происходит без высокой физической или умственной нагрузки и имеет тенденцию к усилению. Это подтверждает позицию отечественных психологов, сравнивающих рождение в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья с экстремальным стрессом, когда уровень стресса настолько высок, что может сопровождаться дезадаптационными процессами, затрагивающими сферы психического и физического здоровья (Сергиенко, Холмогорова, 2019, с. 10).

Важным результатом исследования стало выявление болезненного характера невротических проявлений по шкале «Обсессивно-фобические нарушения» у женщин старшего репродуктивного возраста (35—43 года), беременность которых наступила на фоне угасания (или резкой потери) гормональной функции яичников посредством неоднократного вступления в протокол ЭКО, т. е. в ситуации переживания опыта перинатальных потерь.

Зарубежные психологи, основываясь на результатах своих исследований, утверждают, что «...женщины, потерявшие беременность, под-

вержены более высокому риску развития тяжелого горя» (Yeshambel A., Alene T., Asmare G., 2021). Результаты нашего исследования не противостоят данному утверждению. Отличительной особенностью клинических симптомов по шкале обсессивно-фобических нарушений является наличие у женщины постоянных неподконтрольных, зачастую противоречивых мыслей и нелогичных действий. Таким пациенткам свойственно испытывать навязчивые идеи, вызывающие тревогу, беспокойство, ощущение, что «что-то должно случиться», а также сомнения в собственных решениях. Отношение к новорожденному у женщины эйфорическое, что подтверждает наличие положительной корреляции. Согласно данным клинического наблюдения, вовлеченность в процесс принятия новорожденного минимальна. Решения, связанные с лечением или уходом за младенцем, могут делегироваться лицам из дальнего окружения и оставаться скрытыми от близких и значимых людей. У женщин старшего репродуктивного возраста с проблемами репродукции также отмечают повышенную утомляемость, перепады настроения, обидчивость, слезливость, раздражительность и вспыльчивость.

Результаты представленного нами исследования расширяют знания об особенностях психологического компонента материнской доминанты в раннем послеродовом периоде, конкретизированного через отношение к ребенку и дополненного описанием взаимосвязи транслируемого отношения с невротическими состояниями женщины (Золотова, 2026). Результаты по общему показателю «Тревожный тип ПКМД» одинаково высоки у женщин с нарушениями репродуктивного анамнеза, независимо от показателей здоровья новорожденного ( $p \leq 0,01$ ), в основном за счет отношения к ребенку, к грудному вскармливанию и к себе как к матери. Высокий уровень тревожности мы объясняем актуализацией перинатальных проблем, связанных с особенностями адаптационного послеродового периода женщины и раннего неонатального периода младенца, а также трудностями грудного вскармливания. Нестабильное состояние ребенка и перевод в отделение патологии новорожденных усугубляют ситуацию. Согласно результатам полуструктурированного интервью, проявления тревоги у данной группы женщин наблюдались уже во время беременности. Ретроспективно женщины отмечают постоянное нервное напряжение по поводу течения беременности и ее исхода.

По показателю «Эйфорический тип ПКМД» результаты у группы женщин с индуцированной беременностью, завершившейся рождением здорового ребенка, оказались выше, чем у матерей, чьи новорожденные имели заболевание в раннем неонатальном периоде ( $p \leq 0,05$ ). В боль-

шинстве случаев это проявляется в определенном отношении к беременности, образу жизни, своему ребенку и к отношению мужа. У таких женщин обычно преобладает повышенный тон настроения, легковесность суждений и игнорирование возникающих проблем, недооценивание и непонимание своей новой роли. Особенно это характерно для женщин, длительно лечившихся от бесплодия. Основная цель достигнута, роды состоялись, возникающие вопросы и столкновения с неожиданными ситуациями сопровождаются неадекватными, часто амбивалентными эмоциональными реакциями. Эйфорическое отношение к ребенку находится в прямой корреляции с показателями по шкале «Обсессивно-фобические нарушения» ( $r = 0,53$ ;  $p \leq 0,001$ ). Тревожное отношение как к здоровому новорожденному, так и к младенцу с заболеванием у матерей с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе коррелирует с показателями, отражающими болезненный характер невротических проявлений по шкале «Вегетативные нарушения» ( $r = 0,51$ ;  $p \leq 0,001$ ). Нестабильное эмоциональное состояние в виде хронической тревоги приводит к изменениям в вегетативном статусе, которые можно рассматривать как первые психосоматические реакции организма. Открытием исследования стало установление прямых корреляций между показателями, характерными для болезненных проявлений по шкале «Астения», и оптимальным отношением к новорожденному ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,05$ ) у женщин при рождении ребенка с заболеванием. На практике оптимальное отношение к новорожденному ассоциируется с «благополучным состоянием» матери. Однако, чем тяжелее диагноз, тем больше ресурсов затрачивается на осознание и принятие его матерью. С одной стороны, женщина транслирует оптимальное отношение к новорожденному, с другой — такое отношение не исключает астенизации и вегетативных изменений.

Ранее отечественными учеными были представлены исследования, направленные на изучение взаимосвязей между типом отношения к беременности и родам с особенностями ранних дезадаптивных схем на поздних сроках гестации (Кузьмина, Прайзендорф, Логинова, 2022), а также в раннем послеродовом периоде (Moln r J., 2018), подтверждающие значительное прямое влияние неадаптивных схем на послеродовую тревожность.

Согласно результатам нашего исследования, показатели по шкалам «Тревожность», «Беспомощность в связи с бесплодием», «Непринятие своего диагноза» и «Недостаток социальной поддержки» (скрининговый опросник SCREENIVF), основанные на субъективной оценке женщинами своего эмоционального состояния при вступлении в протокол ЭКО,

были связаны с тревожным компонентом материнской доминанты на высоком уровне значимости. Женщины с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе склонны находиться в состоянии нервного напряжения с момента начала беременности. Описанные взаимосвязи нашли подтверждение в результатах факторного анализа. Первый фактор — «Повышенная фрустрация» — описывает особенности эмоционального состояния и поведения женщин с нарушенной репродуктивной функцией, которые забеременели с помощью ЭКО. Второй фактор — «Ресурсное состояние» — типичен для женщин с репродуктивными проблемами в анамнезе, родивших ребенка с заболеванием.

Чем выше уровень социальной поддержки, тем менее выражены состояние беспомощности и тревожности. Именно субъективное восприятие женщины в ранний послеродовой период относительно индивидуальной потребности в социальной поддержке и ее реальной доступности или дефицитарности определяет тактику помощи при реализации индивидуальной программы медико-психо-социального сопровождения матери и ребенка. Противоречивый и неоднозначный характер эмоциональных переживаний и поведенческого реагирования женщины может быть значительно снижен за счет внимания и поддержки близких, значимых лиц и социального окружения. Полученные нами научные данные соответствуют результатам исследований, проведенных учеными Южной Кореи, Финляндии и Великобритании, согласно которым «... социальная поддержка имеет значительные прямые эффекты, соответственно увеличивая и уменьшая родительский стресс и ролевое напряжение» (Swanson V., Hannula L., 2022) и «...является критически важным ресурсом, который предотвращает негативное влияние родительского стресса на депрессию у матерей детей с ограниченными возможностями» (Park G. A., Lee O. N., 2022). Мы делаем акцент на соответствии реализуемой социальной поддержки потребностям женщины.

## Заключение

1. Согласно субъективным представлениям женщин, с момента наступления беременности с помощью ЭКО они находились в состоянии тревоги, а многие из них испытывали ощущение беспомощности и недостатка социальной поддержки. При рождении ребенка с заболеванием в раннем послеродовом периоде женщина попадает в стрессовую ситуацию, обусловленную принятием диагноза новорожденного и усвоением

роли матери в условиях неопределенности. Уровень невротизации может возрастать до болезненных проявлений и выражаться в виде симптомов невротической депрессии, астенического синдрома, обсессивно-фобических симптомов, а также сопровождаться вегетативными расстройствами. Оптимальное отношение к новорожденному не исключает наличия невротических проявлений и астеновегетативных состояний.

2. Исследование показало важность и исключительную роль внимательного отношения со стороны социального окружения к эмоциональным, социальным и телесным потребностям женщин с разным репродуктивным анамнезом в послеродовом периоде, как при рождении здорового ребенка, так и новорожденного с заболеванием. Предложенный диагностический алгоритм на ранних этапах позволяет определить особенности отношения матери к новорожденному, уровень невротизации женщины и ее субъективные представления о наличии или дефиците социальной поддержки. Соответственно, он способствует решению задачи раннего выявления среди женщин группы риска — матерей с эмоциональной нестабильностью — для своевременной профилактики послеродовой депрессии. Особое значение имеет ранняя диагностика невротических состояний у женщин при рождении ребенка с заболеванием. Профилактические мероприятия, реализуемые в виде индивидуальной программы сопровождения, учитывающей особенности эмоционального состояния, направлены на повышение адаптационного потенциала женщины и сохранение ее физиологических и психических ресурсов на этапе принятия роли матери, в том числе при рождении новорожденного с патологией.

**К перспективам исследования** относится изучение эффективности внедрения ранней медико-психологической помощи женщинам с индуцированной беременностью при рождении ребенка с заболеванием в условиях стационарного лечения их детей.

**Ограничения.** Проведение психологической диагностики эмоционального состояния для динамической оценки в дородовом периоде среди женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с патологией, затруднено, поскольку данная ситуация может быть непредсказуемой. Это представляет собой ограничение исследования.

**Limitations.** Psychological diagnostics of the emotional state in the prenatal period among women whose pregnancy ended with the birth of a child with pathology is difficult, since this situation can be unpredictable. This is a limitation of this study.

### Список источников / References

1. Андрущенко, Н.В., Мухамедрахимов, Р., Крюков, Е.Ю. (2024). Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*, 32(2), 31—47. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320202>  
Andrushchenko N.V., Mukhamedrakhimov R., Kryukov E.Y. (2024). Emotional state of mothers of premature newborn children with intraventricular brain hemorrhages in the department of resuscitation and intensive care. *Counseling psychology and psychotherapy*, 32(2), 31—47. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320202>
2. Аникина, В.О., Савенышева, С.С., Блох, М.Е., Аринцина, И.А., Грандильевская, И.В. (2024). Стресс, связанный с пандемией COVID-19, у женщин в период беременности и после рождения ребенка. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*, 14(2), 294—304.  
Anikina, V.O., Savenysheva, S.S., Blokh, M.E., Arintsina, I.A., Grandilevskaya, I.V. (2024). Stress associated with the COVID-19 pandemic in women during pregnancy and after the birth of a child. *Psychology. Bulletin of St. Petersburg University. Psychology*, 14(2), 294—304. (In Russ.).
3. Горьковая, И.А., Коргожа М.А. (2018). Влияние течения беременности и качества жизни женщин на развитие послеродовой депрессии. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*, 7(25), 293—296.  
Gorkovaya, I.A., Korgozha, M.A. (2018). The influence of the course of pregnancy and the quality of life of women on the development of postpartum depression. *Azimuth of scientific research: pedagogy and psychology*, 7(25), 293—296. (In Russ.).
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. Золотова, И.А. (2024). Невротические состояния женщин и особенности отношения к новорожденному в ситуации «отягощенного» материнства. *Аутизм и нарушения развития*, 22(1), 45—51. <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>  
Zolotova, I.A. (2024). Neurotic states of women and characteristics of their attitude towards the newborn in the situation of “burdened” motherhood. *Autism and Developmental Disorders*, 22(1), 45—51. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>
6. Золотова, И.А. (2026). Методика «Тест отношений матери на этапе существования диады «мать-дитя»: апробация и валидизация на клинической выборке. *Медицинская психология в России*, 18(1), 56—68. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-1-56-68>  
Zolotova, I.A. (2026). The method “Test of maternal relationships at the stage of existence of the mother-child dyad”: testing and validation on a clinical sample. *Medical Psychology in Russia*, 18(1), 56—68. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2026-18-1-56-68>

7. Золотова, И.А. (2023). Ресурсы женщины в раннем послеродовом периоде, связанные с заболеванием новорожденного. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 14(2), 158—167. <https://doi.org/10.34883/PI.2023.14.2.005>  
Zolotova, I.A. (2023). Women's resources in the early postpartum period associated with the illness of the newborn. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, 14(2), 158—167. (In Russ.). <https://doi.org/10.34883/PI.2023.14.2.005>
8. Кузьмина, А.С., Прайзендорф, Е.С., Логинова, И.В. (2022). Ранние дезадаптивные схемы и тип отношения к беременности у женщин на позднем сроке гестации. *Клиническая и специальная психология*, 11(4), 114—137. <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110405>  
Kuzmina, A.S., Praizendorf, E.S., Loginova, I.V. (2022). Early maladaptive schemes and the type of attitude toward pregnancy in women at a late stage of gestation. *Clinical and Special Psychology*, 11(4), 114—137. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110405>
9. Сергиенко, А.И., Холмогорова, А.Б. (2019). Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. *Консультативная психология и психотерапия*, 27(2), 8—26. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270202>  
Sergienko, A.I., Kholmogorova, A.B. (2019). Posttraumatic growth and coping strategies of parents of children with disabilities. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 27(2), 8—26. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270202>
10. Соловьева, Е.В. (2021). Диагностика психоэмоционального состояния женщин во время лечения бесплодия. Русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF. *Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн*, 3, статья № 8.  
Solovyova, E.V. (2021). Diagnostics of the psycho-emotional state of women during the treatment of infertility. Russian-language version of the screening questionnaire SCREENIVF. *Applied psychology and psychoanalysis: electron. Scientific. Journ*, 3, article number 8. (In Russ.).
11. Филиппова, Г.Г. (2025). Перинатальная и репродуктивная психология: история и современные проблемы теории и практики. В: *Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика: сборник тезисов VIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием* (с. 167—168). Ярославль: ООО «Аверс Плюс»  
Filippova, G.G. (2025). Perinatal and reproductive psychology: history and current problems of theory and practice. In: *Medical (clinical) psychology: historical traditions and current practice: collection of abstracts of the VIII All-Russian scientific and practical conference with international participation* (pp. 167—168). Yaroslavl: ООО Avers Plus. (In Russ.).
12. Шипова, Н.С. (2022). *Самореализация в контексте типичного и атипичного развития*. Кострома: Костромской государственный университет.

- Shipova, N.S. (2022). *Self-realization in the context of typical and atypical development*. Kostroma: Kostroma State University. (In Russ.).
13. Яхин, К.К., Менделевич, Д.М. (1998). Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. В: *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство* (с. 545—552). Москва: МЕДпресс.  
Yakhin, K.K., Mendelevich, D.M. (1998). Clinical questionnaire for the detection and assessment of neurotic states. In: *Clinical and medical psychology: A practical guide* (pp. 545—552). Moscow: MEDpress. (In Russ.).
  14. Aagaard, H, Uhrenfeldt, L, Spliid, M, Fegran, L.(2015). Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.*, 13(10), 123—132. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2287>.
  15. Hartzell, G., Shaw, R.J., Givrad, S.(2023). Preterm infant mental health in the neonatal intensive care unit: A review of research on NICU parent-infant interactions and maternal sensitivity. *Infant Ment Health J*, 44(6), 837—856. <https://doi.org/10.1002/imhj.22086>
  16. Molnár, J. Kósa, K. Fekete, Z. et al. (2018). Postpartum anxiety and intrapsychic vulnerability reflected by early maladaptive schemas. *European Journal of Mental Health*, 13(1), 70—81. <https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.6>
  17. Park, G. A., Lee, O. N. (2022) The moderating effect of social support on parental stress and depression in mothers of children with disabilities. *Occupational Therapy International*, 1, article number 5162954. <https://doi.org/10.1155/2022/5162954>
  18. Swanson, V., Hannula, L. (2022). Parenting stress in the early years — a survey of the impact of breastfeeding and social support for women in Finland and the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), e699. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05010-5>
  19. Yeshambel, A, Alene, T, Asmare, G, Asnake, G, Anmut, W, Abebe, K, Birhan, B. (2023). Maternal coping mechanism and associated factors after perinatal loss in hospitals of Wolaita zone. *OBM Neurobiology*, 7(1), e154. <https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2301154>

### **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](mailto:iazolotova@mail.ru)

### **Information about the authors**

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

Золотова И.А. (2026)  
Актуальность ранней диагностики  
невротических состояний у женщин...  
Консультативная психология и психотерапия,  
34(2), 164—185.

Zolotova I.A. (2026)  
The relevance of early diagnosis of neurotic  
conditions in women with different...  
Counseling Psychology and Psychotherapy,  
34(2), 164—185.

---

***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» Минз-  
драва 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 13.10.2025

Received 2025.10.13

Поступила после рецензирования 27.01.2026

Revised 2026.01.27

Принята к публикации 11.03.2026

Accepted 2026.03.11

Опубликована 30.06.2026

Published 2026.06.30