

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | EMPIRICAL RESEARCH

Научная статья | Original paper

Субъективная репрезентация заболевания новорожденного женщинами в раннем послеродовом периоде

И.А. Золотова¹ ✉, Т.С. Бузина²

¹ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация

² Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

✉ iazolotova@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Своевременно сформированное представление у матери о заболевании новорожденного отражается на эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Однако в настоящее время отсутствует научно обоснованное содержательное описание феномена «субъективная репрезентация заболевания новорожденного» (СРЗН) со стороны матери в раннем послеродовом периоде. **Цель:** выявление возможных взаимосвязей между неадаптивным эмоциональным состоянием, уровнем понимания и личной включенностью в ситуацию рождения ребенка с заболеванием со стороны женщины. **Методы и материалы.** В исследовании участвовали женщины, родившие здоровых детей ($n = 32$) и детей с заболеванием ($n = 100$). Основная группа была выравнена по критерию «уровень угрозы витальным функциям ребенка». Применялись: метод клинической беседы; Семантический дифференциал жизненной ситуации (О.В. Александрова, И.Б. Дерманова); Клинический опросник невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич); методы статистической обработки эмпирических данных: У-критерий Манна–Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, факторный анализ. **Результаты.** Впервые описан феномен субъективной репрезентации заболевания новорожденного. Отражены этапы его формирования и особенности детерминации эмоционального, когнитивного и конативного компонентов. Установлены взаимосвязи между уровнем понимания, эмоциональным переживанием, личной включенностью в ситуацию рождения ребенка с заболеванием и неадаптивным эмоциональным статусом женщины. **Выводы.** Дифференцированный индивидуальный подход к медико-психологической поддержке женщины должен учитывать не только время постановки диагноза ребенку, но и этапы формирования субъективной

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

репрезентации заболевания новорожденного у матери, а также особенности ее психосоматического статуса.

Ключевые слова: субъективная репрезентация, заболевание новорожденного, эмоциональное состояние, тревога, астения, включенность в ситуацию, понимание ситуации

Для цитирования: Золотова, И.А. Бузина, Т.С. (2026). Субъективная репрезентация заболевания новорожденного женщинами в раннем послеродовом периоде. *Клиническая и специальная психология*, 15(2), 152-168. <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150208>

Subjective representation of newborn illness by women in the early postpartum period

I.A. Zolotova¹ ✉, T.S. Buzina²

¹ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

² Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

✉ iazolotova@mail.ru

Abstract

Context and relevance. A mother's timely understanding of her newborn's illness influences the effectiveness of treatment and rehabilitation measures. However, there is currently no scientifically substantiated, meaningful description of the phenomenon of "subjective representation of illness in the newborn" (SRNI) by the mother in the early postpartum period. **Objective:** to identify possible relationships between the mother's maladaptive emotional state, the level of understanding of the disease, and the woman's personal involvement in the situation of giving birth to a child with the disease. **Methods and materials.** The study included women who gave birth to healthy children (n = 32) and children with the disease (n = 100). The main group was matched according to the criterion "level of threat to the child's vital functions". The following methods were used: clinical interview method; Semantic differential of life situation (O.V. Aleksandrova, I.B. Dermanova); Clinical questionnaire of neurotic states (K.K. Yakhin, D.M. Mendelevich); methods of statistical processing of empirical data: Mann–Whitney U-test, Spearman's rank correlation coefficient, factor analysis. **Results.** The phenomenon of subjective representation of illness in newborns has been described for the first time. Stages of its development and specific determination of its emotional, cognitive, and conative components have been described. Relationships between the level of understanding, emotional experience, personal involvement in the situation of giving birth to a child with an illness and maladaptive emotional status of the woman have been established. **Conclusions.** A differentiated individual approach to medical and psychological support for a women should take into account not only time of diagnosis of the child, but also stages of formation of the subjective representation of

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

the newborn's illness in mother, as well as the characteristics of her psychosomatic status.

Keywords: subjective representation, newborn illness, emotional state, anxiety, asthenia, involvement in the situation, understanding of the situation

For citation: Zolotova, I.A., Buzina, T.S. (2026). Subjective representation of newborn illness by women in the early postpartum period. *Clinical Psychology and Special Education*, 15(2), 152-168. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2026150208>

Введение

Одним из приоритетных направлений перинатальной клинической психологии и репродуктивной медицины в условиях современности является профилактика заболеваемости детей на ранних этапах онтогенеза. В связи с этим изучаются средовые факторы риска дизонтогенеза, «среди которых особое место занимает эмоциональное состояние родителей» (Золотова, Хазова, 2025, с. 39). Научные труды отечественных психологов посвящаются исследованию психоэмоционального состояния женщины на всех этапах перинатального периода (Коргожа, 2017; Киселева, 2016; Leshchinskaia, Stojanova, Bokhan, 2021; Якупова, 2023). Исследователи обращают внимание на изменение эмоционального состояния матерей недоношенных детей со сроком гестации менее 36 недель (Hunter, 2021; Yates et al., 2022; Золотова, 2024; Андрущенко, Мухамедрахимов, Крюков, 2024). Введен термин «отягощенного» материнства, характерным признаком которого являются невротические состояния матери при рождении ребенка с заболеванием (Золотова, 2024, с. 47). Изучая связь нарушения психического и социального здоровья детей в раннем возрасте при усилении симптомов депрессии у их матерей в послеродовом периоде, зарубежные ученые аргументированно заявляют о глобальной распространенности психологических проблем и необходимости продолжения исследований данного аспекта проблематики (Kleine et al., 2020, 2022; Wohlers et al., 2023; Navon-Eyal, Taubman-Ben-Ari, 2025; Aziz et al., 2025). Развитие неблагоприятных психических состояний может приводить к нарушению механизмов преодоления стрессовых и кризисных ситуаций, к которым и относится ситуация рождения ребенка с заболеванием. Немаловажную роль в благоприятном исходе лечебных и реабилитационных мероприятий играет своевременно сформированное представление у матери о заболевании новорожденного: этиологии, клинических симптомах, необходимости проведения клинко-диагностических процедур, возможных перспективах дальнейшего развития ребенка и сопоставление сформированных репрезентаций с личной и семейной жизненной концепцией. В результате аналитического обзора научной отечественной и зарубежной литературы, в том числе исследований по схожей тематике за последние пять лет, мы пришли к выводу об отсутствии целостного, научно обоснованного структурированного содержания феномена «субъективная репрезентация заболевания новорожденного» (СРЗН) со стороны матери в раннем послеродовом периоде.

Согласно авторской позиции, основанной на результатах клинического и экспериментального методов, принятие (восприятие) женщинами в раннем послеродовом

периоде ситуации рождения ребенка с патологией и субъективная репрезентация заболевания новорожденного (СРЗН) проходят несколько этапов и обусловлены следующими причинами:

1. Первый этап соответствует раннему неонатальному периоду (преимущественно первые сутки после родов), когда женщине сообщают о том, что новорожденный требует наблюдения со стороны медицинского персонала и не может находиться на совместном пребывании с мамой по причине его нестабильного состояния. Женщина пока не знает точного диагноза ребенка, в большинстве случаев не понимает причины происходящего и сама пребывает в «эпицентре» гормональной послеродовой перестройки организма, что усиливает эмоциональную реакцию. Субъективная репрезентация заболевания новорожденного на этапе получения «первичной информации» редуцирована с доминированием эмоционального (чувственного) компонента, детерминированного совокупностью гормональных (физиологических) и психологических факторов.
2. Второй этап также приходится на неонатальный период, он соответствует начальной стадии принятия роли матери и начинается с формирования у женщины внутриличностного конфликта, который «обусловлен несоответствием (расхождением) сформированного во время беременности образа здорового новорожденного с образом младенца с заболеванием в реальной ситуации» (Золотова, Хазова, 2025, с. 46). Установочное отношение к новорожденному, сформированное в пренатальном периоде, может претерпевать изменения. Первичная ментальная репрезентация нозологического фактора патологии младенца на данной стадии занимает лидирующую позицию, несмотря на то что знания о самом заболевании и о прогнозе дальнейшего состояния являются не полными по причине незавершенного обследования новорожденного. Для женщин в этот период первичной ментальной репрезентации могут быть свойственны как аггравация симптомов, так и анозогнозические тенденции.
3. Третий этап формирования субъективной репрезентации заболевания новорожденного приходится на середину или конец неонатального периода — 14–28 дней после рождения ребенка. Диагноз уточнен, состояние младенца стабилизировалось, мама с ребенком готовится к выписке домой с рекомендациями неонатолога и имеет некоторую определенность в отношении дальнейших действий. Субъективная репрезентация заболевания новорожденного на завершающем этапе лечения в отделении патологии новорожденных дополняется третьим конативным компонентом в виде сформированного ментального представления о своих дальнейших действиях.

Однако знание о заболевании новорожденного, транслируемое неонатологом, и понимание диагноза матерью могут существенно отличаться. На протяжении всех трех периодов женщинам может быть свойственна амбивалентность чувств и эмоциональная дезадаптивность в форме невротических проявлений, что затрудняет субъективную репрезентацию заболевания новорожденного в соответствии с реальной ситуацией.

По причине неразработанности обозначенной нами проблемы, основной задачей нашего исследования стало изучение особенностей субъективной репрезентации заболевания новорожденного женщинами на 5–14-й день после родов (второй этап становления феномена).

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

Целью исследования является выявление возможных взаимосвязей между уровнем понимания, эмоциональным переживанием, личной включенностью в ситуацию рождения ребенка с заболеванием и неадаптивным эмоциональным состоянием матери.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе детской клинической больницы и учреждений родовспоможения центрального региона России. В исследовании участвовали две группы респондентов: основная группа — женщины, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности ($n = 100$); женщины, находящиеся в условно нормальной жизненной ситуации рождения здорового ребенка ($n = 32$), — контрольная группа. Представительницы основной группы с детьми были переведены из родильного дома в отделение патологии новорожденных другого лечебного учреждения для диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Участницы контрольной группы, представляющие условную норму, проходили исследование в день выписки из учреждений родовспоможения. Выборки выравнены по возрастной категории и социально-демографическим характеристикам. Основная группа была выравнена по критерию «уровень угрозы витальным функциям ребенка». Критерием исключения из исследования являлось нестабильное состояние новорожденного, пребывание матери и ребенка в отделении реанимации и диагностирование врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений у младенца (Q00–Q99) в пренатальном периоде.

В соответствие с целью исследования были использованы:

- 1) Клиническая беседа, направленная на установление комплаентных отношений, с учетом состояния женщины в раннем послеродовом периоде.
- 2) Методика «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (Александрова, Дерманова, 2017), ориентированная на изучение восприятия ситуации рождения ребенка женщинами, а также для характеристики эмоционального, когнитивного и конативного компонентов субъективной репрезентации заболевания новорожденного. В качестве основных смысловых осей эмоционального компонента СРЗН использовались диагностические параметры: «эмоциональное переживание ситуации» и «энергетический заряд» (табл. 1). Для исследования когнитивного компонента или первичной ментальной репрезентации заболевания новорожденного имели значения показатели по диагностическим параметрам: «уровень понимания и владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации». Для характеристики конативного компонента в виде ментального представления о своих дальнейших действиях и мотивационном векторе были использованы значения по диагностическим параметрам «личностная включенность» и «вера в преодолимость ситуации». Выявленные показатели позволяют характеризовать степень выраженности признака от существенно повышенного до существенно пониженного уровня.

Таблица 1 / Table 1

Диагностические параметры компонентов субъективной репрезентации заболевания новорожденного
Diagnostic parameters of the components of subjective representation of the disease in a newborn

	Эмоциональный компонент СРЗН / Emotional component of the SRNI	Когнитивный компонент СРЗН: первичная ментальная репрезентация заболевания новорожденного / Cognitive component of the SRNI: primary mental representation of the newborn's illness	Конативный компонент СРЗН: ментальное представление о своих дальнейших действиях / Conative component of the SRNI: mental representation of one's future actions
Семантический дифференциал жизненной ситуации (диагностические критерии) / Semantic differential of life situation (diagnostic criteria)	Эмоциональное переживание ситуации / Emotional experience of the situation	Уровень понимания и владение ситуацией / Level of understanding and control of the situation	Личностная включенность / Personal involvement
	Энергетический заряд / Energy charge	Разрешимость ситуации / Resolvability of the situation	Вера в преодолимость ситуации / Belief in the surmountability of the situation

- 3) Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин, Менделевич, 1998) был использован для оценки эмоционального состояния женщины и для ранжирования выявленных особенностей в диапазоне, соответствующем нормам, указанным авторами при описании методики:
 - уровень здоровья [более +1,28];
 - неустойчивый уровень здоровья [от +1,28 до -1,28];
 - болезненный характер невротических проявлений [менее -1,28].
- 4) Для подтверждения достоверности результатов были использованы статистические методы обработки: сравнительный анализ (U-критерий Манна–Уитни), а также корреляционный (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) и факторный анализ для установления связей между наблюдаемыми переменными.

Результаты

При анализе методики «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» по U-критерию Манна–Уитни описаны различия показателей между основной и контрольной группами по следующим признакам: «владение ситуацией», «эмоциональное переживание ситуации», «обыденность и повседневность ситуации», «разрешимость ситуации», «личная включенность и вера в преодолимость ситуации», «энергетический заряд ситуации» и «уровень понимания ситуации». Полученный результат представлен в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Результаты анализа переменных методики «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» в исследуемых группах
Results of the analysis of variables of the “Semantic differential of life situations” technique in the study groups

Переменные / Variables	Средние значения / Average values		U	Z	Уровень значимости, p / Significance level, p
	Основная группа / Main group	Контрольная группа / Control group			
Владение ситуацией / Mastery of the situation	4,08	5,06	177,5	-3,07	**
Эмоциональное переживание ситуации / Emotional experience of the situation	3,49	5,32	76	-4,86	***
Обыденность и повседневность ситуации / The everydayness and routine of the situation	3,86	5,41	94	-4,56	***
Разрешимость ситуации / Solvability of the situation /	3,94	5,29	90	-4,62	***
Личная включенность, вера в преодолимость ситуации / Personal involvement, belief in the surmountability of the situation	3,77	5,37	98	-4,49	***
Энергетический заряд ситуации / The energetic charge of the situation	3,45	4,99	104	-4,37	***
Уровень понимания ситуации / Level of understanding of the situation	3,22	4,99	69	-4,98	***

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

Note: «**» — differences at a significance level of $p < 0.01$; «***» — differences at a significance level of $p < 0.001$.

Средние значения показателей у группы женщин при рождении ребенка с заболеванием преимущественно соответствуют средней оценке, принятой за норму. Тогда как результаты, полученные в контрольной группе, указывают на повышенный уровень исследуемых факторов, что подтверждает различное восприятие женщинами ситуации рождения здорового ребенка и младенца с заболеванием ($p < 0,001$).

У матерей, беременность которых завершилась рождением здорового ребенка, описан более адаптивный психологический профиль. У них отмечается высокий уровень владения и управляемости ситуацией ($U = 177,5$; $p < 0,002$), высокий уровень понимания ситуации ($U = 69$; $p < 0,001$). Ситуация рождения здорового малыша характеризуется женщинами как «очевидная, понятная, и нормальная». Они демонстрируют высокий «энергетический заряд ситуации» ($U = 104$; $p < 0,001$), высокую личную включенность в ситуацию ($U = 98$; $p \leq p < 0,001$).

При проведении методики «Семантический дифференциал жизненных ситуаций» полученные данные были конкретизированы по встречаемости показателей, значительно отклоняющихся от определенной нормы в процентном эквиваленте выраженности признака у женщин основной и контрольной групп (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

Частота встречаемости показателей, значительно отклоняющихся от определенной нормы выраженности признака
The frequency of occurrence of indicators that deviate significantly from a certain norm of expression of a trait

Характеристики компонентов субъективной репрезентации заболевания новорожденного / Characteristics of the components of subjective representation of a newborn's illness	Основная группа (n = 100), % / Main group (n = 100), %	Контрольная группа (n = 32), % / Control group (n = 32), %
Эмоциональное переживание ситуации / Emotional experience of the situation		
соответствуют существенно пониженному уровню / correspond to a significantly reduced level	34%	0%
соответствуют существенно повышенному уровню / correspond to a significantly increased level	9%	53%
Энергетический заряд ситуации / The energetic charge of the situation		
соответствуют существенно пониженному уровню / correspond to a significantly reduced level	17%	0%
соответствуют существенно повышенному уровню / correspond to a significantly increased level	12%	65%
Уровень понимания и владение ситуацией / Level of understanding of the situation		
соответствуют существенно пониженному уровню / correspond to a significantly reduced level	21%	3%
соответствуют существенно повышенному уровню / correspond to a significantly increased level	6%	69%
Личная включенность и вера в преодолимость ситуации / Personal involvement, belief in the surmountability of the situation		
соответствуют существенно пониженному уровню / correspond to a significantly reduced level	21%	0%
соответствуют существенно повышенному уровню / correspond to a significantly increased level	9%	47%

Показатели, соответствующие существенно повышенному уровню, присутствуют у представительниц обеих групп, но в разном процентном соотношении. По диагностическому критерию «эмоциональное переживание ситуации» значения повышенного уровня зафиксированы у 9% представительниц основной группы и у 53% контрольной группы; по критерию диагностики «энергетический заряд ситуации» — у 12% женщин основной группы против 65% представительниц контрольной группы. Повышенный уровень по критерию «понимание ситуации» транслирует лишь 6% и по критерию «личная включенность» — 9% женщин при рождении ребенка с заболеванием, против 69% мам, выписанных из учреждения родовспоможения домой со здоровым младенцем. Внушает оптимизм тот факт, что при значениях, соответствующих повышенному уровню диагностических критериев методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации», у женщин обеих групп не фиксируются изменения психического статуса. У всех респонденток значения по шкалам «Клинический опросник невротических состояний» соответствовали уровню здоровья [более +1,28].

Данные были подтверждены результатами корреляционного анализа. Для женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности, установлена положительная корреляция между высокими показателями по признакам «владение ситуацией» и «разрешимость ситуации» с уровнем здоровья [более +1,28] по шкалам «тревога» ($r = 0,41$; $p < 0,05$), «невротическая депрессия» ($r = 0,51$; $p < 0,01$), «астения» ($r = 0,43$; $p < 0,05$), «истерический тип реагирования» ($r = 0,53$; $p < 0,01$), «обсессивно-фобические нарушения» ($r = 0,52$; $p < 0,01$) и по шкале «вегетативных нарушений» ($r = 0,57$; $p < 0,001$). Уравновешенное эмоциональное состояние позволяет женщине оптимально реагировать и своевременно сформировать представление о заболевании ребенка. Для женщин контрольной группы также установлена положительная корреляция между высокими показателями по признакам «владение ситуацией» с уровнем здоровья [более +1,28] по диагностическому признаку «астения» ($r = 0,47$; $p < 0,05$).

Отличительной особенностью женщин при рождении ребенка с заболеванием является наличие значительно отклоняющихся показателей в виде пониженного и существенно пониженного уровня интересующих нас параметров. Так, показатели, соответствующие существенно пониженному уровню по диагностическим критериям «эмоциональное переживание ситуации», «уровень понимания ситуации» и «личная включенность», выявлены у 34% женщин основной группы. У 17% женщин выявлен существенно пониженный уровень по параметру «энергетический заряд ситуации». Данные показатели сочетались с болезненным характером невротических проявлений [менее -1,28] по шкале «астения» у 45% женщин, у 36% женщин — по шкале «вегетативные нарушения» и у 64% — по шкале «невротическая депрессия». По результатам корреляционного анализа описаны положительные корреляции: 1) между низкими показателями по признаку «личная включенность, вера в преодолимость ситуации» и болезненным характером невротических проявлений [менее -1,28] по шкалам «астения» и «вегетативные нарушения» ($r = 0,45$; $p < 0,01$); 2) между существенно пониженным уровнем по параметру «владение ситуацией» и болезненным характером невротических проявлений по критерию «невротическая депрессия» ($r = 0,51$; $p < 0,01$), а также между низкими показателями по признакам «эмоциональный заряд» и «эмоциональное переживание» и болезненным характером невротических проявлений по критерию «невротическая депрессия» ($r = 0,39$; $p < 0,01$).

При анализе методики «Клинический опросник невротических состояний» К.К. Яхина и Д.М. Менделевича установлены различия показателей между основной и контрольной группами по диагностическим критериям «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «истерический тип реагирования», «обсессивно-фобические нарушения» и «вегетативные нарушения». Полученный результат представлен в таблице 4. Стоит отметить, что, согласно позиции авторов методики, высокие баллы отражают уровень здоровья.

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

Таблица 4 / Table 4

Результаты анализа переменных методики «Клинический опросник невротических состояний» по U-критерию Манна–Уитни в исследуемых группах
Results of the analysis of variables of the Clinical Questionnaire of Neurotic States method using the Mann–Whitney U-test in the study groups

Переменные / Variables	Средние значения / Average values		U	Z	Уровень значимости, p / Significance level, p
	Основная группа / Main group	Контрольная группа / Control group			
Шкала тревоги / Anxiety scale	-0,15	6,60	54,5	-5,23	***
Шкала невротической депрессии / Neurotic Depression Scale	0,71	5,48	102	-4,39	***
Шкала астении / Asthenia scale	0,20	6,90	87,5	-4,65	***
Шкала истерического типа реагирования / Hysterical Response Scale	1,68	4,90	179	-3,04	**
Шкала обсессивно-фобических нарушений / Obsessive-Phobic Disorders Scale	-0,61	4,64	90	-4,60	***
Шкала вегетативных нарушений / Autonomic Disorders Scale	1,70	11,38	79,5	-4,79	***

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

Note: «**» — differences at a significance level of $p < 0.01$; «***» — differences at a significance level of $p < 0.001$.

Результатом факторного анализа (см. табл. 5) методом главных компонент с применением вращения Varimax в основной группе женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием, стало описание фактора «Ментально-эмоциональная оценка заболевания новорожденного», объединившего пять взаимосвязанных переменных: «тревога» ($r = 0,72$), «эмоциональное переживание ситуации» ($r = 0,47$), «разрешимость ситуации» ($r = 0,53$), «личная включенность, вера в преодолимость ситуации» ($r = 0,71$), «уровень понимания ситуации» ($r = 0,56$). При этом ведущей переменной является «тревога».

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

Таблица 5 / Table 5

**Результаты факторного анализа по исследуемым переменным в группе женщин,
беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием**
**Results of factor analysis for the studied variables in a group of women whose pregnancy
resulted in the birth of a child with a disease**

Переменные / Variables	Ментально-эмоциональная оценка / Mental-emotional assessment
Шкала тревоги / Anxiety Scale	0,72
Шкала невротической депрессии / Neurotic Depression Scale	
Шкала астении / Asthenia scale	
Шкала истерического типа реагирования / Hysterical Response Scale	
Шкала обсессивно-фобических нарушений / Obsessive-Phobic Disorders Scale	
Эмоциональное переживание ситуации / Emotional experience of the situation	0,47
Разрешимость ситуации/ Solvability of the situation	0,53
Личная включенность, вера в преодолимость ситуации/ Personal involvement, belief in the surmountability of the situation	0,71
Уровень понимания ситуации / Level of understanding of the situation	0,56
Собственное значение / Eigenvalue	2,39
Доля объясненной дисперсии / Proportion of explained variance	0,15

Обсуждение результатов

При анализе результатов проведенного исследования были описаны симптомокомплексы, характерные для женщин при рождении ребенка с заболеванием и не являющиеся типичными для представительниц контрольной группы.

Симптомокомплекс 1: низкий уровень «личной включенности и веры в преодолимость ситуации» в сочетании с болезненным характером невротических проявлений [менее -1,28] по диагностическим критериям «астения» и «вегетативные нарушения». Измененный эмоциональный статус и астеновегетативные нарушения не позволяют матери быть осознанной и продуктивной на этапе диагностики и лечения ребенка, поскольку поддержание собственного функционального состояния требует значительных ресурсов.

Симптомокомплекс 2: существенно пониженный уровень по параметрам «энергетический заряд ситуации» и «эмоциональное реагирование» в сочетании с болезненным характером невротических проявлений по критерию диагностики «невротическая депрессия» объясняет амбивалентные проявления, характерные для представительниц основной группы:

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

отсутствие эмоций и состояние апатии, сменяющиеся раздражительностью и, одновременно, избегание обсуждения ситуаций, связанных со здоровьем новорожденного.

Симптомокомплекс 3: существенно пониженный уровень по параметру «владение ситуацией» в сочетании с болезненным характером невротических проявлений по диагностическому критерию «невротическая депрессия». Сосредоточенность женщины на тревожных мыслях по поводу будущего своего и ребенка в сочетании с астеновегетативными изменениями ограничивает возможность рефлексии относительно состояния и диагноза заболевания новорожденного.

Представленные симптомокомплексы оказывают влияние на формирование первичной ментальной репрезентации заболевания новорожденного (когнитивный компонент СРЗН) и на ментальное представление о своих дальнейших действиях (конативный компонент СРЗН) и затрудняют адаптацию женщины на этапе принятия роли матери. Мы также предполагаем, что конативный компонент субъективной репрезентации заболевания новорожденного в виде сформированного ментального представления о дальнейших действиях опосредован психосоматическим статусом женщины. Это частично объясняет поведение некоторых женщин, подписывающих отказ от совместного пребывания в стационаре с ребенком, мотивируя свои действия отсутствием грудного молока или другими причинами. Новорожденный остается в отделении патологии новорожденных, мама уходит домой. Формирование диады «мать-дитя» нарушается.

Согласно мнению зарубежных ученых, восприятие матерью заболевания ребенка обуславливает качество жизни детей (Sunderaraman, Zahodne, Manly, 2016). При исследовании 2605 матерей детей, рожденных глубоконедоношенными, т.е. требующими длительного лечения, европейские ученые установили психологические симптомы, негативно влияющие на долгосрочное эмоциональное благополучие женщины (Wohlers et al., 2023). Другие ученые также констатируют, что пациентки с симптомами посттравматического стресса после родов, при рождении ребенка с признаками недоношенности или с заболеванием по причине недоношенности могут быть более уязвимы, и рекомендуют дальнейшее наблюдение (Hunter, 2021; Yates et al., 2022).

Описанный фактор «Ментально-эмоциональная оценка заболевания новорожденного» с ведущим компонентом «тревога» подтверждает, что неадаптивное эмоциональное состояние матери взаимосвязано с уровнем понимания, эмоциональными переживаниями, личной включенностью в ситуацию рождения ребенка с заболеванием и оказывает влияние на формирование субъективной репрезентации заболевания новорожденного женщинами в раннем послеродовом периоде.

Согласно мнению авторитетных ученых, дальнейшее наблюдение за психоэмоциональным состоянием женщины является необходимым условием при лечении детей (Wohlers et al., 2023). Именно поэтому «постнатальная психосоциальная среда, включая психическое здоровье матери» продолжает оставаться в центре внимания множества современных исследований (Morris et al., 2021; Якупова, Аникеева, Суарэз, 2023).

Заключение

1. Впервые описан феномен субъективной репрезентации заболевания новорожденного. Отражены этапы формирования СРЗН женщинами в раннем послеродовом периоде и особенности детерминации эмоционального, когнитивного и конативного компонентов. Эмоциональный компонент детерминирован совокупностью гормональных (физиологических) факторов, обусловленных перестройкой организма, и психологических факторов, которые связаны с получением и ментальной «переработкой» первичной информации о состоянии ребенка в раннем послеродовом периоде.

Когнитивный компонент, или *первичная ментальная репрезентация нозологического фактора патологии младенца*, формируется преимущественно на этапе обследования ребенка (7–14 дней после родов) и взаимосвязан с особенностями эмоционального состояния матери.

Конативный компонент *в виде сформированного ментального представления о своих дальнейших действиях* максимально выражен к моменту выписки матери с ребенком из отделения патологии новорожденных.

2. Представленные симптомокомплексы, характерные для женщин при рождении ребенка с заболеванием, объясняют особенности поведения и могут быть использованы с диагностической целью. Субъективная репрезентация заболевания новорожденного зависит от эмоционального состояния матери в раннем послеродовом периоде, что подтверждают установленные взаимосвязи между уровнем понимания, эмоциональным переживанием, личной включенностью в ситуацию рождения ребенка с заболеванием и неадаптивным эмоциональным статусом.

3. Дифференцированный мультидисциплинарный подход к медико-психологической поддержке женщины должен учитывать не только время постановки диагноза ребенку, но и этапы формирования субъективной репрезентации заболевания новорожденного у матери, а также особенности ее психосоматического статуса. Своевременное и правильно сформированное знание матери о состоянии ребенка может значительно усилить эффект от лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ограничения. Существуют проблемы, связанные с изучением особенностей формирования первого этапа субъективной репрезентации заболевания новорожденного в связи с физиологическими особенностями и послеродовой перестройки женского организма. Также отмечается ограниченный доступ для формирования репрезентативной выборки, обусловленный санитарно-эпидемиологическими требованиями к оказанию стационарной помощи новорожденным детям. Перечисленные ограничения, с нашей точки зрения, подчеркивают уникальность выборки и значимость исследования.

Limitations. There are challenges associated with studying the developmental characteristics of the first stage of subjective representation of a newborn's illness, due to the physiological characteristics and postpartum changes of the female body. Also, limited access to a representative sample was noted due to sanitary and epidemiological requirements for inpatient care of newborns. These limitations, in our view, highlight the significance of the study and the uniqueness of the sample.

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

Список источников / References

1. Александрова, О.В., Дерманова, И.Б. (2018). Семантический дифференциал жизненной ситуации. *Консультативная психология и психотерапия*, 26(3), 127—145.
<https://doi.org/10.17759/cpp.2018260307>
Alexandrova, O.V., Dermanova, I.B. (2018). Semantic differential of a life situation. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 26(3), 127—145. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2018260307>
2. Андрущенко, Н.В., Мухамедрахимов, Р.Ж., Крюков, Е.Ю. (2024). Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями, находящихся на 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.Zh., Kryukov, E.Yu. (2024). Emotional state of mothers of premature newborns with intraventricular cerebral hemorrhages in the intensive care unit. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 32(2), 31—47. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320202>
3. Бохан, Т.Г., Терехина, О.В., Лещинская, С.Б., Шабаловская, М.В., Силаева, А.В. (2024). Родительские стратегии и психическое развитие детей с перинатальными рисками, рожденных с помощью ЭКО. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 15(3), 300—313. <https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.3.009>
Bokhan, T.G., Terekhina, O.V., Leshchinskaya, S.B., Shabalovskaya, M.V., Silaeva, A.V. (2024). Parental strategies and mental development of children with perinatal risks, born with the help of IVF. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*, 15(3), 300—313. (In Russ.).
<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.3.009>
4. Золотова, И.А., Хазова, С.А. (2025). Особенности диадических отношений в системе «мать-дитя» 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 relations in the mother-child system at the stage of accepting the role of mother as a risk factor for dysontogenesis in young children. *Clinical Psychology and Special Education*, 14(2), 39—54. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/cpse.2025140203>
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 features of attitude towards the newborn in the situation of “burdened” motherhood. *Autism and Developmental Disorders*, 22(1), 45—51.
<https://doi.org/10.17759/autdd.2024220106>
6. Коргожа, М.А. (2017). Динамика депрессивных проявлений у женщин в раннем и позднем послеродовом периодах. *Научное мнение*, 11, 40—46.
Korgozha, M.A. (2017). Dynamics of depressive manifestations in women in early and late postpartum periods. *Scientific Opinion*, 11, 40—46. (In Russ.).

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

7. Лещинская, С.Б., Стоянова, И.Я., Бохан, Т.Г. (2021). Взаимодействие родителей, их психическое здоровье и отношение к ребенку в контексте сильных и слабых сторон семей с репродуктивными проблемами здоровья. *Вестник психотерапии*, 78(83), 79—97.
Leshchinskaya, S.B., Stojanova, I.Ja., Bokhan, T.G. (2021). Interaction between parents, their mental health and attitude towards the child in the context of the strengths and weaknesses of families with reproductive health problems. *Bulletin of Psychotherapy*, 78(83), 79—97. (In Russ.).
8. Проничева, М.М. (2023). Обзор зарубежных исследований семейной модели здоровья и болезни. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*, 4(43), 377—387.
<https://doi.org/10.23888/humJ2023114377-387>
Pronicheva, M.M. (2023). Review of foreign studies of the family health and disease model. *Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development*, 4(43). (In Russ.).
<https://doi.org/10.23888/humJ2023114377-387>
9. Соловьева, Е.В. (2021). Диагностика психоэмоционального состояния женщин в процессе лечения бесплодия. Русскоязычная версия скринингового опросника SCREENIVF. *Прикладная психология и психоанализ*, 3, статья 8.
Solovyova, E.V. (2021). Diagnosis of psychoemotional status of women during infertility treatment. Russian-language version of SCREENIVF questionnaire. *Applied psychology and psychoanalysis*, 3, art. 8. (In Russ.).
10. Якупова, В.А., Аникеева, М.А., Суарэз, 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>
Yakubova, V.A., Anikeeva, M.A., Suarez, A.D. (2023). Postpartum posttraumatic stress disorder: a review of studies. *Clinical Psychology and Special Education*, 12(2), 70—93. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120204>
11. Яхин, К.К., Менделевич, Д.М. (1998). Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. В: Д.М. Менделевич, *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство* (с. 545—552). М.: МЕДпресс.
Yakhin, K.K., Mendelevich, D.M. (1998). A clinical questionnaire for the identification and assessment of neurotic conditions. In: D.M. Mendelevich, *Clinical and Medical Psychology: A Practical Guide* (p. 545—552). Moscow: MEDpress. (In Russ.).
12. Aziz, H.A., Yahya, H.D.B., Ang, W.W., Lau, Y. (2025). Global prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms in different trimesters of pregnancy: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 528—546.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.11.070>
13. Hunter, S.J. (2021). Considering mental health and neurodevelopmental outcomes for children born extremely preterm. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 63(8), art. 892.
<https://doi.org/10.1111/dmcn.14922>
14. Kleine, I., Falconer, S., Roth, S., Counsell, S.J., Redshaw, M., Kennea, N., Edwards, A.D., Nosarti, C. (2020). Early postnatal maternal trait anxiety is associated with the behavioural

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

outcomes of children born preterm. *Journal of Psychiatric Research*, 131(7), 160—168.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.010>

15. Kleine, I., Vamvakas, G., Lautarescu, A., Falconer, S., Chew, A., Counsell, S., Pickles, A., Edwards, D., Nosarti, C. (2022). Postnatal maternal depressive symptoms and behavioural outcomes in term-born and preterm-born toddlers: a longitudinal UK community cohort study. *BMJ Open*, 12(9), art. e058540. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058540>
16. Morris, A.R., Bora, S., Austin, N.C., Woodward, L.J. (2021). Mental health, neurodevelopmental, and family psychosocial profiles of children born very preterm at risk of an early-onset anxiety disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 63(8), 954—962. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14859>
17. Navon-Eyal, M., Taubman-Ben-Ari, O. (2025). Psychological well-being during pregnancy: The contribution of stress factors and maternal-fetal bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(1), 47—61. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2222143>
18. Sunderaraman, P., Zahodne, L.B., Manly, J.J. (2016). A commentary on ‘generally representative is representative of none: Pitfalls of IQ test standardization in multicultural settings’ by A.B. Shuttleworth-Edwards. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(7), 999—1005. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1211321>
19. Wohlers, L., Maier, R.F., Cuttini, M., Wilson, E., Benhammou, V., Lebeer, J., Laroche, S., Sarrechia, I., Petrou, S., Thiele, N., Zeitlin, J., Aubert, A.M. (2023). Maternal wellbeing five years after a very preterm delivery: Prevalence and influencing factors in a European cohort. *Children (Basel)*, 11(1), art. 61. <https://doi.org/10.3390/children11010061>
20. Yates, R., Anderson, P.J., Lee, K.J., Doyle, L.W., Cheong, J.L.Y., Pace, C.C., Spittle, A.J., Spencer-Smith, M., Treyvaud, K. (2022). Maternal mental health disorders following very preterm birth at 5 years post-birth. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(3), 327—336. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab101>

Информация об авторах

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

Татьяна Сергеевна Бузина, доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой общей психологии, Научно-образовательный институт социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Золотова И.А. Бузина Т.С. (2026).
Субъективная репрезентация заболевания
новорожденного женщинами в раннем послеродовом
периоде.
Клиническая и специальная психология, 15(2), 152-168.

Zolotova I.A., Buzina T.S. (2026).
Subjective representation of newborn illness
by women in the early postpartum period.
Clinical Psychology and Special Education, 15(2), 152-168.

Information about the authors

Irina A. Zolotova, Candidate of Science (Psychology), Associate Professor, Associate Professor of 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

Tatyana S. Buzina, Doctor of Science (Psychology), Associate Professor, Head of the Department of General Psychology, A.P. Chekhov Scientific Research Institute of Social, Humanitarian and Economic Sciences, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Вклад авторов

Золотова И.А. — идеи исследования; проведение эксперимента; сбор и анализ данных; аннотирование, написание и оформление рукописи; планирование исследования; контроль за проведением исследования.

Бузина Т.С. — применение статистических, математических и других методов для анализа данных; визуализация результатов исследования.

Оба автора приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Irina A. Zolotova — ideas; annotation, writing and design of the manuscript; conducting the experiment; data collection and analysis; planning of the research; control over the research.

Tatyana S. Buzina — application of statistical, mathematical and other methods for data analysis; visualization of research results.

Both authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 25.10.2025
Поступила после рецензирования 20.03.2026
Принята к публикации 20.03.2026
Опубликована 30.06.2026

Received 2025.06.26
Revised 2026.03.20
Accepted 2026.03.20
Published 2026.06.30