

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.891.6:616.8-009.17-055.26-053.31:364.628:364-785

Для цитирования: Золотова И.А. Особенности клинико-психологического консультирования женщин с учетом их психоэмоционального состояния при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 3 (124). С. 71-78. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3\(124\)-71-78](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78)

Особенности клинико-психологического консультирования женщин с учетом их психоэмоционального состояния при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности

Золотова И.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 150000, Ярославль, ул. Революционная, 5

РЕЗЮМЕ

Актуальность продиктована необходимостью улучшения организации медицинской и социально-психологической помощи женщине в раннем послеродовом периоде при рождении ребенка с заболеванием. Знание об особенностях отношения к новорожденному и об уровне выраженности невротических состояний позволяют получить максимальный эффект в процессе терапии. **Цель:** установить уровень личностной включенности женщины и понимание ею ситуации, связанной с заболеванием новорожденного, оценить уровень невротических состояний, описать полученные в ходе исследования корреляции с психологическим компонентом гестационной доминанты в системе отношений «мать-дитя». **Материал и методы.** 4-летнее исследование выполнено в отделениях патологии новорожденных детей на базе различных медицинских организаций Центрального региона России. В исследовании приняли участие женщины (n=326), имевшие детей с заболеванием в периоде новорожденности. Были сформированы две группы: основная (n=190, 58%) – с наличием опыта перинатальных потерь в анамнезе, контрольная (n=136, 42%) – с отсутствием опыта перинатальных потерь в анамнезе. Применялись психодиагностические опросники: Семантический дифференциал жизненной ситуации (Александрова О.В., Дерманова И.Б., 2018), адаптированная версия Теста отношений беременной (Добряков И.В., 2010), Клинический опросник невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978). **Результаты.** У женщин основной группы с опытом перинатальных потерь в анамнезе депрессивное отношение к новорожденному коррелирует с высокими показателями по шкале астения ($r=0,39$, $p<0,05$), эйфорическое отношение – с невротическими проявлениями по шкале обсессивно-фобических нарушений ($r=0,41$, $p<0,05$). В контрольной группе женщин установлены положительные корреляционные связи между шкалой позитивного ожидания от ситуации и 3 шкалами опросника оценки невротических состояний: истерический тип реагирования ($r=0,48$, $p<0,01$), невротическая депрессия ($r=0,51$, $p<0,001$), астения ($r=0,53$, $p<0,001$), а также между шкалой личной включенности с гипогестогнозическим отношением к близким ($r=0,44$, $p<0,01$) и тревожным отношением к посторонним ($r=0,40$, $p<0,01$). **Заключение.** По результатам исследования составлены психологические портреты женщин: 1) с опытом перинатальных потерь в анамнезе: тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты в отношении к новорожденному, эйфорическое отношение к себе, средний и низкий уровни включенности в ситуацию, высокие уровни тревоги, истерического типа реагирования и обсессивно-фобических нарушений, средний уровень проявления вегетативных нарушений, 2) без опыта перинатальных потерь в анамнезе: эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты в отношении новорожденного, средний уровень личной включенности, высокие уровни истерического типа реагирования и невротической депрессии, иногда симптомы астении, эйфорическое отношение к грудному вскармливанию. Выявление диагностически значимых особенностей переживания женщинами травматической ситуации, связанной с болезнью новорожденного, позволяет составить индивидуальную программу медико-психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде с акцентом на принятии перспективы болезни ребенка.

Ключевые слова: клинико-психологическое консультирование, психотерапевтический комплаенс, отношение к новорожденному, астения, вегетативные нарушения, невротическая депрессия, рождение ребенка с заболеванием.

ВВЕДЕНИЕ

Социально-психологическая и медицинская значимость проблемы наследственной и врожденной патологии новорожденных в современных условиях не утратила своей актуальности. Генезис заболеваний, встречающихся в периоде новорожденности, неоднороден, носит мультифакторный характер и часто обуславливает неожиданное столкновение женщины со стрессовой ситуацией. Лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны без психологического консультирования и психологического сопровождения женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Ретроспективное консультирование преследует свои задачи и направлено на стабилизацию актуального психоэмоционального состояния женщины. Оно не заменяет консультирование в раннем послеродовом периоде, когда женщина наиболее подвержена стрессовым факторам. Именно в этот момент наиболее востребованной является помощь со стороны клинического (перинатального) психолога профильными специалистами: неонатологам и акушерам-гинекологам.

Адекватно и аргументированно выстраивать конструктивный комплаенс с матерью больного ребенка представляется сложным для медицинского персонала по следующим причинам: во-первых, существуют различия в формировании отношения к новорожденному у женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием. Во-вторых, женщины демонстрируют различные уровни личностной включенности, разное понимание ситуации и веры в положительное разрешение ситуации, связанной с рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. В-третьих, в зависимости от уровня самоконтроля психоэмоциональное состояние женщин имеет особенности, часто достигая критических показателей невротизации, и не всегда правильно интерпретируется медицинским персоналом.

Выявление диагностически значимых особенностей переживания травматической ситуации, связанной с болезнью новорожденного, лежит в основе консультирования и определяет векторную направленность дальнейшей работы с женщиной. Выраженность стресса может поддерживаться и усугубляться разными причинами. По данным зарубежных исследователей, материнский стресс (maternal perinatal, antenatal stress) рассматривается сквозь призму тревожно-фобических расстройств, сопряженных с депрессивной симптоматикой, центрированных на страхе родов (fear of childbirth, FOC) [1].

С точки зрения отечественных исследователей, «неизменно высокий уровень депрессивных состояний у женщин сохраняется в течение послеродового периода в случаях, когда он объективно связан с более сложным восстановлением организма после родов» [2]. Исследования выраженности невротизации у женщин в раннем послеродовом периоде при рождении ребенка с заболеванием, имеющих опыт перинатальных потерь в анамнезе, в настоящее время являются дефицитными [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить уровень личностной включенности женщины и понимание ею ситуации, связанной с заболеванием новорожденного, оценить уровень невротических состояний и описать полученные в ходе исследования корреляции с психологическим компонентом гестационной доминанты в системе отношений «мать-дитя».

Т.е. мы предполагали в рамках исследования описать психологический портрет/профиль женщины, беременность которой завершилась рождением ребенка с заболеванием, и на основании доминирующего радикала личности выстроить продуктивный психотерапевтический комплаенс со стороны медицинского персонала и клинического (перинатального) психолога.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в отделениях патологии новорожденных детей на базе различных медицинских организаций Центрального региона РФ в течение 4 лет. В исследовании приняло участие 326 женщин. Основным критерием при формировании выборки являлось рождение ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Состояние детей на момент исследования расценивалось как тяжелое и средней степени тяжести. Были скомплектованы основная (n=190, 58%) и контрольная (n=136, 42%) группы. Отличительным признаком для их формирования явилось наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь в анамнезе [7]. У женщин основной группы количество перинатальных потерь распределилось следующим образом: 1 перинатальная потеря – 51%, 2 перинатальные потери – 28%, 3 потери и более – 21%.

Под перинатальной потерей мы понимаем любую ситуацию несостоявшейся беременности: прерывание беременности по медицинским показаниям, антенатальную гибель плода, летальность в неонатальном периоде. Внематочная беременность, неудача экстракорпорального оплодотворения, некурабельное бесплодие, выявление грубой патологии при обследовании и рождение ребенка-инвалида также являются опытом перинатальных потерь [8].

Для реализации поставленной цели был осуществлен подбор психодиагностических методов: 1) метод клинической беседы, 2) Семантический дифференциал жизненной ситуации для выявления когнитивных и эмоциональных компонентов субъективного восприятия особой жизненной ситуации в виде рождения ребенка с заболеванием (Александрова О.В., Дерманова И.Б., 2018) [4], 3) адаптированная версия Теста отношений беременной для диагностики нервно-психических нарушений у беременных на ранних этапах их развития (Добряков И.В., 2010) [5], 4) 6-шкальный Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич, 1998) [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты исследования обработаны методом корреляционного анализа по Спирмену. В конечном итоге было получено мно-

го корреляций, но мы сфокусировали внимание на особенностях отношения к новорожденному, понимании, субъективном переживании, включенности в травмирующую ситуацию и уровне выраженности невротических реакций, отличающих женщин основной и контрольной групп при рождении ребенка с заболеванием.

В основной группе женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе были обнаружены высокие показатели по 3 шкалам опросника Семантический дифференциал жизненной ситуации (личная включенность, эмоциональное переживание ситуации, вера в преодолимость ситуации) и по 3 шкалам Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (тревога, истерический тип реагирования и вегетативные нарушения).

Т а б л и ц а 1. Корреляционные связи в основной группе женщин между шкалами по опросникам Семантический дифференциал жизненной ситуации и Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний

Семантический дифференциал жизненной ситуации	Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний		
	Наименование шкалы психодиагностического тестирования по опроснику		
Эмоциональное переживание ситуации	Шкала тревоги	Шкала истерического типа реагирования	Шкала вегетативных нарушений
	0,51***	0,52***	0,49**
Личная включенность	0,27	0,41*	0,23
Вера в преодолимость ситуации	0,38*	0,26	0,51***

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Превалирует мнение, что беременность является нормативным стрессом, свойственным каждой паре, ожидающей появления ребенка, он предсказуем и ожидаем в контексте страха беременности и родов в целом [9]. Рождение ребенка с заболеванием в большинстве случаев оказывается для женщин неожиданным событием, за исключением диагностированных во время беременности врожденных пороков развития. По результатам клинической беседы и в соответствии с данными адаптированного теста отношений беременной И.В. Добрякова [5] выявлено, что женщины с опытом перинатальных потерь в анамнезе чаще транслируют тревожное отношение к новорожденному ($U=245,5$, $p < 0,01$), опасаясь повторения сопряженной с риском ситуации, с другой стороны – эйфорическое отношение к себе как матери ($U=245,5$, $p < 0,01$), что отражает надежды на «прекрасное, беззаботное» материнство. При рождении ребенка в тяжелом состоянии реальность «искажается». Принятие ситуации проходит через эмоциональное реагирование (неудовлетворенность, страдание). Чем выше уровень эмоционального переживания, тем выше выявленные показатели по 3 шкалам: тревога ($r=0,51$, $p < 0,001$), истерический тип реагирования ($r=0,52$,

$p < 0,001$), вегетативные нарушения ($r=0,51$, $p < 0,01$). Для женщин основной группы с опытом перинатальных потерь в анамнезе характерен как пограничный (от +1,28 до -1,28), так и болезненный характер выявляемых невротических состояний (менее -1,28).

Зафиксировано, что чем выше показатели по шкале вегетативных нарушений, тем ниже показатели по шкале личной включенности и выше показатели по шкале веры в преодолимость ситуации ($r=0,51$, $p < 0,001$). Отсутствие сбалансированной внутренней опоры, дефицит ресурсов для активной личной включенности и вовлеченности в ситуацию женщина необоснованно компенсирует ожиданиями положительного разрешения ситуации со стороны, оценивая ее «обыденной и повседневной» для медицинского персонала. Напротив, умеренная личная включенность и отсутствие веры в преодолимость ситуации связаны с высокими показателями по шкалам истерического типа реагирования и эмоционального переживания ситуации ($r=0,52$, $p < 0,001$), что сопровождается повышенной напряженностью, тревожностью, лабильностью настроения в связи с неудовлетворенностью материнских ожиданий и потребностей.

По данным литературы, появление тревожно-депрессивной симптоматики у женщин в послеродовой период взаимосвязано с типом психологического компонента гестационной доминанты [10]. Согласно полученным нами данным, эйфорическое отношение к ребенку у женщин с опытом перинатальных потерь в анамнезе коррелирует с невротическими проявлениями по шкале обсессивно-фобических нарушений ($r=0,41$, $p<0,05$) в виде проявлений нозофобии, сопровождающихся нарушениями сна, раздражительностью, утомляемостью, усталостью даже при минимальной нагрузке ухода за ребенком, иррациональной тревогой. Транслируемая вовне демонстративная радость маскирует «непродуктивность поведения». У женщины выстраивается собственный, не всегда правомерный сценарий того, как будут развиваться события, как должен вести себя медицинский персонал и близкое окружение. То, что не соответствует её представлениям, вызывает эмоциональную реакцию страха и стремление уйти от проблем реальной жизни.

Депрессивное отношение к новорожденному коррелирует с высокими показателями по шкале астении. Депрессивное состояние проявляется истощением психофизических и эмоционально-личностных ресурсов, снижением саморегуляции в ответ на восприятие стрессовой ситуации рож-

дения больного ребенка и клинически выражается астенодепрессивным состоянием ($r=0,39$, $p<0,05$). Сложно определить, что в этой ситуации является первичным. Можно предполагать, что депрессивное отношение к новорожденному является симптомом в структуре астенического синдрома. Однозначно можно утверждать, что в стрессовой ситуации рождения больного ребенка женщина не может остаться без квалифицированной помощи. При психологически диагностированной проблеме в раннем послеродовом периоде должна рассматриваться возможность консультирования психиатром (психотерапевтом).

В контрольной группе также установлены корреляционные связи. Женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь в анамнезе, как правило, ожидают благоприятный исход завершения родов, рождение ребенка с заболеванием чаще всего является для них неожиданным событием, нелепой случайностью, повергающей в кризис. По литературным источникам, женщина не готова к вероятности рождения больного ребенка, принятию данной ситуации, предстоящим изменениям в жизни, что отражается в формировании проявлений истерического типа реагирования, сменяющихся симптомами невротической депрессии [3].

Таблица 2. Корреляционные связи в контрольной группе женщин между шкалами по опросникам Семантический дифференциал жизненной ситуации и Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний

Семантический дифференциал жизненной ситуации	Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний		
	Наименование шкалы психодиагностического тестирования по опроснику		
Позитивное ожидание от ситуации	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования
	0,51***	0,53***	0,48**
Обыденность и повседневность ситуации	0,42**	0,47**	0,32*

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

В контрольной группе женщин, не имеющих опыта перинатальных потерь, установлены положительные корреляционные связи между шкалой позитивного ожидания от ситуации опросника Семантический дифференциал жизненной ситуации и 3 шкалами Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний: истерический тип реагирования ($r=0,48$, $p<0,01$), невротическая депрессия ($r=0,51$, $p<0,001$), астения ($r=0,53$, $p<0,001$). Полученные психодиагностические данные подтверждают наличие доверительной и оптимистичной установки к принятию медицинской помощи и готовность к психологическому сопровождению. По результатам клинической беседы, женщины склонны считать, что

для врачей ситуация, связанная с лечением ребенка, «привычная, обыденная, хорошо контролируемая», что укрепляет их уверенность в возможности позитивных результатов терапии ребенка, снижает уровень тревожных переживаний.

Установлена взаимосвязь между шкалой личной включенности с гипогестогнозическим отношением к близким ($r=0,44$, $p<0,01$) и тревожным отношением к посторонним ($r=0,40$, $p<0,01$). Чем выше уровень личной включенности и отчетливее осознание ситуации, связанной с заболеванием новорожденного, тем чаще женщины демонстрируют гипогестогнозическое отношение к близким и тревожное отношение к посторонним, что выражается перепадами настроения, раздражением,

требовательностью к окружающим. Доминирующими становятся мысли о преодолении ситуации неопределенности и угрозы, связанной с болезнью ребенка. Окружающие из числа значимых близких становятся безразличными якобы из-за их бездействия и безжалостности к чужому горю. Ситуацией не хочется делиться и с теми, кто не входит в круг близких, но мог бы помочь посмотреть на ситуацию со стороны и разрешить её. Угрожающая бессмысленность и безнадежность будущего усиливают тревожное состояние и снижают адаптационный потенциал личности. Чем чаще женщины без опыта перинатальных потерь в анамнезе демонстрируют эйфорическое отношение к грудному вскармливанию, тем эмоциональнее они переживают сложившуюся ситуацию ($r=0,31$, $p<0,05$) и тем чаще из-за высокой степени беспокойства у них снижается самоконтроль. Положительная установка на грудное кормление, осуществить которое невозможно из-за тяжелого состояния новорожденного, поддерживает симптомы невротической депрессии. Ранее показана связь между выраженностью стресса и установками на интенсивное родительство у матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, что косвенно подтверждает результаты собственного исследования [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по материалам исследования представлен психологический профиль женщин в ситуации рождения ребенка с заболеванием в двух группах: с опытом и без опыта перинатальных потерь в анамнезе. Актуальность исследования подтверждается статистическими данными, приведенными в зарубежных публикациях, аргументирующими, что примерно каждая пятая из беременных заканчивается перинатальной потерей [12, 13].

Женщины, имеющие опыт перинатальных потерь в анамнезе, преимущественно демонстрируют тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты в отношении к новорожденному, эйфорическое отношение к себе как идеализируемой фигуре матери, средний и низкий уровни включенности в ситуацию, высокие уровни тревоги, истерического типа реагирования и обсессивно-фобических нарушений, средний уровень проявления вегетативных нарушений. Высокие показатели выраженности невротических состояний у этих женщин в виде тревоги и истерического типа реагирования, инициированных переживанием последствий психологической травмы, обусловлен дефицитом позитивных эмоций, недостаточным контролем ситуации и неопределенностью будущего ребенка. Наличие вегетативных нарушений является следствием длительного пребывания в стрессовой ситуации.

Женщины, не имеющие опыта перинатальных потерь в анамнезе, в ситуации рождения ребенка с заболеванием чаще демонстрируют эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты в отношении новорожденного. У них выявляются средний уровень личной включенности, высокие уровни истерического типа реагирования и невротической депрессии, иногда присутствуют симптомы астении. Чем чаще эти женщины демонстрируют эйфорическое отношение к грудному вскармливанию, тем более эмоционально, но не всегда адекватно переживают сложившуюся ситуацию и предвидят её развитие в будущем, пытаясь найти продуктивный способ её изменения.

Выявление диагностически значимых особенностей переживания женщинами травматической ситуации, связанной с болезнью новорожденного, позволяет составить индивидуальную программу медико-психологического сопровождения в раннем послеродовом периоде с акцентом на принятии перспективы болезни ребенка. Показано, что социальная и психологическая поддержка может иметь значительные прямые эффекты, уменьшая стресс и ролевое напряжение женщины при реализации роли матери в семейной системе в раннем послеродовом периоде [14, 15].

Знание об отношении женщины к грудному вскармливанию и к новорожденному с учетом особенностей ее эмоционального переживания ситуации и уровня выраженности невротических состояний помогает при выстраивании продуктивного комплаенса с женщиной как врачу, так и среднему медицинскому персоналу. Клинический (перинатальный) психолог призван устранить возможные коммуникативные барьеры в адекватном восприятии ситуации и уменьшить уровень стресса женщины при рождении ребенка с заболеванием в раннем послеродовом периоде.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках прикладной НИР ГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России без привлечения внешнего финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Проведенное исследование соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА и одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 49 от 30.09.2021 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord.* 2016 Dec;44:80-91. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.007. Epub 2016 Oct 18. PMID: 27788373.
- Коргожа М.А. Динамика депрессивных проявлений у женщин в раннем и позднем послеродовых периодах. *Научное мнение.* 2017. № 11. С. 40-46. Korgozha MA. Dynamics of depressive manifestations in women in the early and late postpartum periods. *Scientific Opinion.* 2017;11:40-46 (in Russian).
- Золотова И.А. Исследование невротических состояний у женщин, беременность которых закончилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. *Поляковские чтения 2023. Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф. Полякова): Сборник материалов Всерос. научно-практ. конф. с международным участием. М.: МГППУ, 2023. С. 191-195. Zolotova IA. Study of neurotic states in women whose pregnancy ended in the birth of a child with a disease in the neonatal period. Polyakov readings 2023. The third Polyakov readings on clinical psychology (for the 95th anniversary of YuF Polyakov): Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation. Moscow: Moscow State University of Psychology and Education, 2023:191-195 (in Russian).*
- Александрова О.В., Дерманова И.Б. Семантический дифференциал жизненной ситуации. *Консультативная психология и психотерапия.* 2018. Т. 26 № 3. С. 127-145. Aleksandrova OV, Dermanova IB. Semantic differential of life situation. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2018;26(3):127-145. doi: 10.17759/cpp.2018260307 (in Russian).
- Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 347 с. Dobryakov IV. Perinatal Psychology. 2nd ed. St. Petersburg: Piter Publishing House, 2015:347 (in Russian).
- Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1998. С. 545-552. Yakhin KK, Mendeleovich DM. Clinical questionnaire for detection and assessment of neurotic states. Clinical and medical psychology: Practical Handbook. Moscow: MEDpress Publishing House, 1998:545-552 (in Russian).*
- Золотова И.А. Личностные и регуляторные ресурсы женщины в ситуации рождения ребенка с заболеванием в период новорожденности. *Личностные и регуляторные ресурсы человека в условиях социальных вызовов: Сб. материалов VII Междунар. научно-практ. конф. Ставрополь: СКФУ, 2023. С. 222-230. Zolotova IA. Personal and regulatory resources of a woman in a situation of giving birth to a child with a disease in the neonatal period. Personal and regulatory resources of a person in the context of social challenges: Collection of materials of the VII International scientific and practical conference. Stavropol: Publishing House of the North Caucasus Federal University, 2023:222-230 (in Russian).*
- Агаркова И.В. Клинико-психологический анализ влияния перинатальных потерь в прошлом на психическое течение беременности в настоящем. *Аллея Науки.* 2022. Т. 1, № 4 (67). С. 121-134. Agarkova IV. Clinical and psychological analysis of the influence of perinatal losses in the past on the mental course of pregnancy in the present. *Alley of Science.* 2022;1,4 (67):121-134 (in Russian).
- Одинцова О.Ю., Крюкова Т.Л., Барабошин А.Т. Пренатальный диадический стресс как контекст страха беременности и родов. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика.* 2020. Т. 26, № 2. С. 127-133. Odintsova OYu, Kryukova TL, Baraboshin AT. Prenatal dyadic stress as a context of fear of pregnancy and childbirth. *Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics.* 2020;26(2):127-133. doi: 10.34216/2073-1426-2020-26-2-127-133 (in Russian).
- Кузьмина А.С., Прайзендорф Е.С. Тревожно-депрессивная симптоматика в контексте типа отношения к беременности у женщин в послеродовый период. *Психолог.* 2023. № 3. С. 46-62. Kuzmina AS, Preisendorf ES. Anxiety-depressive symptoms in the context of the type of attitude towards pregnancy in women in the postpartum period. *Psychologist.* 2023;3:46-62. doi: 10.25136/2409-8701.2023.3.38268 (in Russian).
- Севастьянова У.Ю., Тихонова И.В. Установки на интенсивность родительства в контексте выраженности стресса родителей детей с ОВЗ. *Человек, субъект, личность: перспективы психологических исследований: Материалы Всерос. науч. конф., посвящ. 90-летию со дня рождения А.В. Брушлинского и 300-летию основания РАН. М.: Институт психологии РАН, 2023. С. 1219-1223. Sevast'yanova UYu, Tikhonova IV. Attitudes towards the intensity of parenting in the context of the severity of stress in parents of children with disabilities. Man, subject, personality: prospects for psychological research: Proceedings of the All-Russian scientific conference dedicated to the 90th anniversary of the birth of A.V. Brushlinsky and the 300th anniversary of the founding of the Russian Academy of Sciences. Moscow: Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, 2023:1219-1223 (in Russian).*
- Leon IG. Helping families cope with perinatal loss [Web resource]. *The Global Library of Women's Medicine.* November 2008. doi: 10.3843/GLOWM.10418.
- Hughes P, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003 Apr;15(2):107-11. doi: 10.1097/00001703-200304000-00004. PMID: 12634601.

14. Swanson V, Hannula L. 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 Childbirth*. 2022 Sep 10;22(1):699. doi: 10.1186/s12884-022-05010-5. PMID: 36088286; PMCID: PMC9463736.
15. Zhao M, Fu W, Ai J. The mediating role of social support in the relationship between parenting stress and resilience among Chinese parents of children with disability. *J Autism Dev Disord*. 2021 Oct;51(10):3412-3422. doi: 10.1007/s10803-020-04806-8. Epub 2021 Jan 1. PMID: 33386552.

Поступила в редакцию 19.04.2024
Утверждена к печати 09.09.2024

Золотова Ирина Александровна, неонатолог, клинический психолог, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2770-9166. ORCID iD 0009-0007-5041-0082. Author ID РИНЦ 1101615.

✉ Золотова Ирина Александровна, iazolotova@mail.ru

UDC 616.891.6:616.8-009.17-055.26-053.31:364.628:364-785

For citation: Zolotova I.A. Features of clinical and psychological counseling of women taking into account their psycho-emotional state at the birth of a child with a disease in the neonatal period. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 3 (124): 71-78. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3\(124\)-71-78](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78)

Features of clinical and psychological counseling of women taking into account their psycho-emotional state at the birth of a child with a disease in the neonatal period

Zolotova I.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Yaroslavl State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Revolutsionnaya Street 5, 150000, Yaroslavl, Russian Federation

ABSTRACT

The relevance is dictated by the need to improve the organization of medical and socio-psychological care for women in the early postpartum period when giving birth to a child with a disease. Knowledge of the characteristics of the attitude towards the newborn and the level of severity of neurotic states allows achieving the maximum effect in the therapy process. **Objective:** to establish the level of personal involvement of a woman and her understanding of the situation associated with the disease of a newborn, to assess the level of neurotic states, to describe the correlations obtained during the study with the psychological component of the gestational dominant in the "mother-child" relationship system. **Material and Methods.** A 4-year study was conducted in the departments of pathology of newborns at various medical organizations in the Central region of Russia. The study involved women (n=326) who had children with the disease in the neonatal period. Two groups were formed: the main group (n=190, 58%) – with a history of perinatal loss, the control group (n=136, 42%) – with no history of perinatal loss. Psychodiagnostic questionnaires were used: Semantic Differential of Life Situation (Aleksandrova O.V., Dermanova I.B., 2018), an adapted version of the Pregnant Woman's Relationship Test (Dobryakov I.V., 2010), and the Clinical Questionnaire of Neurotic States (Yakhin K.K., Mendeleevich D.M., 1978). **Results.** In women of the main group with a history of perinatal loss, a depressive attitude towards the newborn correlated with high scores on the asthenia scale ($r=0.39$, $p<0.05$), and a euphoric attitude correlated with neurotic manifestations on the obsessive-phobic disorders scale ($r=0.41$, $p<0.05$). In the control group of women, positive correlations were established between the scale of positive expectations from the situation and 3 scales of the questionnaire for assessing neurotic states: hysterical type of response ($r=0.48$, $p<0.01$), neurotic depression ($r=0.51$, $p<0.001$), asthenia ($r=0.53$, $p<0.001$), as well as between the scale of personal involvement with a hypogestognostic attitude towards loved ones ($r=0.44$, $p<0.01$) and an anxious attitude towards strangers ($r=0.40$, $p<0.01$). **Conclusion.** Based on the results of the study, psychological portraits of women were compiled: 1) with a history of perinatal losses: an anxious type of the psychological component of the gestational dominant in relation to the newborn, a euphoric attitude towards oneself, average and low levels of involvement in the situation, high levels of anxiety, hysterical type of reaction and obsessive-phobic disorders, an average level of manifestation of vegetative disorders, 2) without experience of perinatal losses in the anamnesis: a euphoric type of the psychological component of the gestational dominant in relation to the newborn, an average level of personal involvement, high levels of hysterical type of reaction and neurotic depression, sometimes symptoms of asthenia, a euphoric attitude towards breastfeeding. Identification of diagnostically significant features of women's experience of a traumatic situation associated with a newborn's illness allowed compiling the individual program of medical and psychological support in the early post-partum period with an emphasis on accepting the prospect of the child's illness.

Keywords: clinical and psychological counseling, psychotherapeutic compliance, attitude towards the newborn, asthenia, vegetative disturbances, neurotic depression, birth of a child with an illness.

Received April 19, 2024

Accepted September 09, 2024

Zolotova Irina A., neonatologist, clinical psychologist, candidate of psychological sciences, associate professor of the Department of Psychology and Pedagogy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Yaroslavl State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yaroslavl, Russian Federation. SPIN-code RSCI 2770-9166. ORCID iD 0009-0007-5041-0082. Author ID RSCI 1101615.

✉ Zolotova Irina A., iazolotova@mail.ru