

Психические состояния матерей детей с церебральным параличом как исходные предпосылки психологического синдрома

А.Н. Певнева,

*соискатель кафедры клинической и консультативной психологии
Белорусского государственного педагогического университета им. М.Танка,
ассистент кафедры социальной и педагогической психологии факультета
психологии и педагогики Гомельского государственного университета им.
Ф.Скорины pevneva.angela@rambler.ru*

Рождение в семье ребенка с двигательными нарушениями ведет к крушению надежд, связанных с его будущим, а характер и тяжесть детской патологии оказывают непосредственное влияние на эмоциональное состояние и поведение родителей. Эмоционально-личностная сфера матери как самого близкого для ребенка человека более подвержена изменениям. Происходит переоценка жизненного смысла и ценностей, нарушение непрерывности внутреннего существования и целостности душевной жизни – все это оказывает непосредственное влияние на психическое состояние матери. В статье приводится сравнительный анализ результатов исследования психического состояния матерей, дети которых имеют двигательные нарушения, и матерей, дети которых имеют нормальное развитие. Исследование проводилось на базе Гомельского областного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и ДДУ №49, №152 г. Гомеля. Описана структура психологического синдрома, исходные предпосылки его возникновения у матерей, чьи дети имеют двигательные нарушения, а также компоненты, образующие ядро этого синдрома.

Ключевые слова: психическое состояние, психологический синдром, тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

В современных исследованиях, посвященных изучению особенностей семей, воспитывающих детей с нарушениями психофизического развития, с хроническими заболеваниями, большое внимание уделяется анализу отношения родителей к болезни ребенка (Д.Н.Исаев), особенностям реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида (И.В.Рыженко, М.С.Карданова), особенностям материнского отношения к такому ребенку (О.Б.Чарова, Е.А.Савина), материнской депривации (О.Л.Романова), влиянию материнской депривации и неврологических заболеваний на состояние ребенка (Е.Е.Ляксо, А.Д.Громова, А.В.Куражова, А.О.Романова, А.В.Остроухов), эмоционально-оценочному

отношению матери к подростку, страдающему церебральным параличом (Н.А.Шаронова, Л.М.Колпакова), материнской установке (О.Б.Чарова) и т.д.

Исследования показывают, что матери детей с особенностями психофизического развития, независимо от характера патологии, имеют те или иные личностные особенности. Депрессии, невротические и психопатические реакции, искажение родительских установок и отношения к ребенку со стороны матери – все это свидетельствует о нарушении адаптации к сложившейся ситуации, связанной с рождением больного ребенка.

В качестве основного психотравмирующего фактора, который определяет характер личностных переживаний родителей, воспитывающих детей с церебральным параличом, В.В.Ткачева выделяет комплекс двигательных, психических, речевых, сенсорных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих эту аномалию детского развития. «Безусловно, – отмечает автор, – выраженность нарушений, их стойкость, длительность и необратимость влияют на глубину переживания родителей больных детей». При этом психическая травматизация родителей, вызванная нарушениями в развитии ребенка, оказывается более глубокой в том случае, если они сами психически здоровы и не имеют психофизических нарушений [см. 7, с.53–62].

Следует также отметить, что от эмоционального состояния близких (в первую очередь матери) зависит психологическое благополучие и поведение ребенка, и иногда даже в большей степени, чем от собственного физического здоровья. Чем младше ребенок, тем сильнее его эмоциональное состояние связано с состоянием родных. Так, по мнению Е.Н.Ермаковой, «родительский стресс и эмоциональные проблемы являются значимыми факторами риска нарушения адаптации ребенка» [2, с. 30–34].

До настоящего времени психические состояния не рассматривались в качестве предпосылок психологического синдрома у матерей, имеющих детей с церебральным параличом.

Психическое состояние включает в себя общее психическое самочувствие, которое складывается под влиянием внешних и внутренних факторов, это отражение личностью ситуации в виде устойчивого целостного синдрома (совокупности) в динамике психической деятельности, выражающегося в единстве поведения и переживания.

Рассматривая синдром как комплекс органически связанных между собой симптомов, имеющих свое происхождение и историю развития, мы опираемся на идею Л.С.Выготского о том, что для описания особенностей ребенка следует использовать не перечень отдельных показателей (симптомов), а более крупную единицу – синдром. Л.С.Выготский указал и на то, что под влиянием первичного дефекта искажаются отношения ребенка с взрослыми, и это приводит к появлению у ребенка вторичного дефекта. «Всякий физический недостаток – будь то слепота, или глухота – не только

изменяет отношение ребенка к миру, но, прежде всего, сказывается на отношениях с людьми. Органический дефект реализуется как социальная ненормальность поведения» [6, с. 62-85].

Данная идея отражается в работе А.Л.Венгера, в которой синдром рассматривается как «форма адаптации (не всегда успешной) к социальной ситуации», а существенными исходными предпосылками для его возникновения выступают самые разнообразные факторы: личностные черты и состояния человека, события и обстоятельства жизни.

В ядро синдрома А.Л.Венгер включил три блока: психофизиологические особенности ребенка; зависящие от них особенности его деятельности; складывающиеся в этой деятельности взаимоотношения со значимыми взрослыми (матерью). Далее, по мнению автора, замыкается обратная связь, что обеспечивает целостность синдрома (его ядра). Используя существующие в кибернетике понятия «положительная обратная связь» и «отрицательная обратная связь», ученый отметил, что отрицательная обратная связь стабилизирует систему, а положительная, напротив, выводит ее на крайние возможные варианты функционирования. Психологический синдром, по мнению А.Л.Венгера, представляет собой один из крайних вариантов развития и складывается, когда обратная связь в системе положительна [1, с. 82–91].

Целью данной статьи является обсуждение результатов исследования психических состояний матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, и матерей, воспитывающих детей с нормальным развитием, а также использование идей Л.С.Выготского для описания структуры психологического синдрома, исходных предпосылок его возникновения у матерей, которые имеют детей с двигательными нарушениями, и компонентов, образующих его ядро.

Исследование проводилось на базе Гомельского областного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и ДДУ БЖД №49, №152 г. Гомеля. Были обследованы 132 матери, воспитывающие детей дошкольного возраста, из них: 66 матерей детей с церебральным параличом и 66 матерей типично развивающихся детей.

Психические состояния изучались при помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» К.К.Яхина, Д.М.Менделевича [см. 5, с. 10].

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistika 6.0 (Stat Soft. Ins.). Для выявления достоверных различий между средними значениями выборок использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты показали, что тревожность выражена у 93,93% матерей из основной группы, количество матерей с тревожностью в контрольной группе составило 12 (18,18%) человек. У 9,96% матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, отмечается тенденция к проявлению невротической депрессии, среди испытуемых контрольной группы – только у 15,15%. В среднем астенизация наблюдается у 92,4% матерей основной группы, в контрольной группе – у 2 (3,03%) испытуемых. У 62 (93,9%) респондентов основной группы отмечается истерический тип реагирования на происходящие события, в контрольной группе – у 13,63% респондентов. Для 92,4% (61 респондент) матерей детей с двигательными нарушениями характерно преобладание обсессивно-фобических нарушений, в контрольной группе данный тип нарушения характерен только для 12,12%. Предрасположенность к вегетативным нарушениям наблюдаются у 92,4% респондентов основной группы, в контрольной группе – у 9,09% (6 респондентов).

Сравнительный анализ показателей по шкалам «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» выявил, что тревожность у матерей детей с тяжелыми двигательными нарушениями выражена значительно больше, чем у матерей, воспитывающих детей с нормальным развитием.

Матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, указывают на постоянное ощущение тревоги, ощущение страха за себя, ребенка, близких, при этом им с трудом удается заниматься повседневными делами, так как они охвачены ожиданием неприятного события (реального или мнимого).

Испытуемые отмечали трудности при засыпании, кошмары во сне, содержание которых соответствовало сюжету тревоги, частые просыпания по ночам с чувством недифференцированного страха. Они выражали боязнь принимать решение или что-либо сделать, опасаясь неприятных последствий.

Данные нашего исследования дополняются результатами дипломного исследования особенностей переживания тревоги и страха смерти родителями онкобольных детей, проведенным А.Н.Сергейчик, выполненном на базе лаборатории клинической психологии и психологического консультирования БГПУ в 2005 г. (рук. Е.Н.Ермакова). Анализ результатов исследования показал, что для матерей данной группы характерны высокая личностная тревожность (83,3%), высокий уровень фрустрированности, ригидности и агрессивности, состояние беспомощности и отчаяния, иррациональные суждения, связанные с самообвинением, с чувством вины (88,4%), наличие мыслей о смерти, страха смерти. В результате исследования динамики переживания тревоги и страха смерти при оказании психологической помощи родителям онкобольных детей было установлено, что

эмоциональное и психическое состояние матерей может стабилизироваться в процессе получения своевременной психологической помощи и поддержки. От способности матери справляться с жизненной ситуацией зависит психологическое состояние ребенка [см. 1, с. 30–34].

Матери основной группы в большей степени подвержены невротической депрессии, по сравнению с матерями контрольной группы.

У матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, депрессивное состояние выражается в снижении настроения, повышенной слезливости, появлении чувства вины и идеи самоуничтожения, неуверенности в себе и своих силах, пессимистической оценке перспективы, хронической усталости, стремлении к одиночеству и отдыху. Появляется тоска, вялость, грусть, угнетенность, подавленность, легкая (недифференцированная) тревога, пессимизм, снижение либидо, утрата прежних интересов. Многие из них отмечают, что не чувствуют себя счастливыми, не испытывают радости, привязанности, что возникла боязнь общества, замкнутость. Некоторые полагают, что именно они «виноваты» в болезни ребенка. Вместе с самобичеванием возникает и самоуничтожение.

Депрессивный фон у матерей основной группы характеризуется убежденностью в отсутствии какой бы то ни было перспективы. Жизнь для них окрашена в черные, мрачные тона, жизненные радости не представляют никакого интереса. Занятая самобичеванием, женщина считает себя ущербной и неспособной организовать свою жизнь, справиться с ее тяготами. Возникает апатия. Появляется чувство статичности. Мир в ее представлении жестоко разделен на две части: одну представляет она сама и ребенок, а другую – окружающие. У женщины возникает уверенность, что никто и никогда не сможет понять и в полной мере ощутить ее проблемы и трагедию, потому что у окружающих – иная, насыщенная жизнь.

Полученные результаты дополняются результатами исследования Р.Ф.Майромяна. С помощью клинико-психологического метода исследователем были изучены 102 матери, имеющие тяжело и глубоко умственно отсталых детей. У них, после того как они узнавали диагноз ребенка, в большей части случаев (48%) возникали депрессии, в том числе и с идеями самообвинения, менее чем в 20% случаев – тревога, в 16,7% случаев – суицидальное поведение, в 24,5% случаев наблюдались аффективно-шоковые и истерические расстройства. В 22,4% случаев появлялись психосоматические расстройства в форме дисменореи, субфебрилитета, поседения, похудания. Острый период продолжался от нескольких месяцев до двух лет. Особенно тяжело переживалось рождение больного первенца. У некоторых женщин отмечался механизм переноса вины на других. Реже они

отрицали диагноз, игнорировали врачебные рекомендации и переходили от одного врача к другому в надежде получить оптимистический прогноз состояния ребенка [см. 4, с. 5].

В среднем общий уровень астении у матерей детей с двигательными нарушениями значительно превышает показатели астении у матерей, воспитывающих детей с нормой в развитии.

Материнская астения характеризуется повышенной утомляемостью, «разбитостью», снижением произвольного внимания, концентрации, затруднением сосредоточения, запоминания и активного вспоминания. Матери указывают на снижение физической и нервно-психической работоспособности.

Истерический тип реагирования на сложившуюся семейную ситуацию в большей степени выражен у матерей детей с церебральным параличом, чем у матерей детей с нормальным развитием.

При истерическом типе реагирования у матерей отмечаются слезы по малейшему поводу, агрессия на близких, а также нетерпеливость и нетерпимость, обидчивость. Характерна лабильность настроения. Возможные причины данной формы поведения связаны с чувством вины, которое выражается в поиске причин, смягчающих интенсивность переживаемой вины. Зачастую этот поиск ограничивается поиском виновных. Мать, которая видит причину болезни ребенка в себе, старается держать под контролем даже то, что контролировать в принципе невозможно.

Подобное состояние, сопровождаемое душевными муками и переживаниями, значительно усложняет и без того напряженную ситуацию. В данном случае мать склонна обвинять себя и других членов семьи в появлении и развитии болезни. В результате семья разделяется на обвиняемых и обвиняющих. При этом чувство вины нередко сочетается со скрытыми агрессивными реакциями по отношению к самому больному ребенку – мать неосознанно легализует свои агрессивные реакции (раздражение, обиду) в форме недовольства поведением больного ребенка, увеличением уровня требований к нему и др. Скрытые агрессивные реакции матери могут быть направлены и на супруга. В такие моменты уровень фрустрированности матери на время снижается.

Обсессивно-фобические и вегетативные нарушения свойственны в большей степени респондентам основной группы, чем респондентам контрольной группы.

Матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, постоянно подвержены самоуничтожению, их преследуют мысли о собственной ненужности, чувство одиночества, навязчивые воспоминания, фобии (кардиофобии, канцерофобии, агорофобии, клаустрофобии и т.д.), сформированность определенных ритуалов, многократные проверки выполненных действий. Фобические нарушения сопровождаются чувством страха: страхом

возникновения новых и возвращения старых проблем, страхом, что лечение не будет удачным, страхом за жизнь ребенка, его дальнейшую судьбу.

При вегетативных нарушениях у матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, отмечались головные боли, головокружения, похолодание конечностей, частая бессонница, потливость.

Полученные результаты дополняются результатами исследования Д.Н.Исаева, в которых указывается на то, что рождение больного ребенка травмирует матерей, нарушает психическое здоровье и изменяет жизненные стереотипы. Как отмечает исследователь, катамнез показывает преобладание у матерей аффективных расстройств. По мнению автора, характер психопатологии зависит от периода заболевания, преморбидных особенностей и факторов социального убеждения. Динамика психогенного заболевания – смена острой психопатологии затяжными невротическими реакциями, а затем формирование патологического развития. Затяжной характер стресса приводит к развитию психосоматических расстройств, наряду с психопатологическими [см. 3, с. 375].

В исследовании Р.Ф.Майромяна также указывается, что у подавляющего большинства родительниц возникали соматические расстройства: вегетососудистая дистония, тик, дисменорея, гипертония, мигрень, дискинезия желудочно-кишечного тракта. Во время этого периода изменился социальный статус матерей — они не могли работать вне дома, оставили учебу, поменяли характер работы. Распалась половина семей. У 40% большей частью акцентуированных женщин психические и соматические расстройства стали хроническими. Этому способствовали распад семьи, отсутствие других детей. По мнению автора, к тому времени, когда детям-инвалидам становилось четыре и более лет, только треть матерей смогли адаптироваться к трудной жизненной ситуации [см. 4, с. 5].

Таким образом, снижение показателей по всем шкалам опросника у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, указывает на болезненный характер выявляемых у них психических состояний по сравнению с матерями, воспитывающими детей с нормой в развитии. Полученные результаты контрольной группы указывают на уровень здоровья.

Результаты статистического анализа показали, что средние значения по шести шкалам «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» в контрольной группе статистически значимо выше средних значений по шести шкалам в основной группе с уровнем значимости ($p \leq 0,0001$).

Анализ результатов проведенного исследования позволяет утверждать, что психологический синдром имеется не только у ребенка с двигательными нарушениями, но и у его матери, а также выделить исходные предпосылки возникновения этого синдрома и компоненты, образующие его ядро.

Исходные предпосылки возникновения психологического синдрома у матерей детей с церебральным параличом – не только жизненная ситуация, отношения с ребенком с двигательными нарушениями, но и ухудшение психического состояния, включающее в себя появление тревоги, невротической депрессии, астении, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

«Ядерные» компоненты, характерные для данного синдрома, таковы: 1) особенности ребенка; 2) особенности деятельности; 3) особенности взаимоотношений; 4) вторичные отклонения у ребенка; 5) психологические проблемы у матери. Психологические проблемы матери в свою очередь оказывают влияние на ход дальнейшего психического развития ребенка. Замыкание положительной обратной связи обеспечивает целостность синдрома (его ядра).

Необходимо отметить, что уничтожение (ослабление) положительной обратной связи, поддерживающей синдром, и замена ее на отрицательную приведет к нормализации психического состояния матери. Это в свою очередь позволит избежать появления не только вторичных нарушений у ребенка, но и психологических проблем у его матери. В случае ослабления положительной связи может возникнуть какое-либо кратковременное психическое состояние, не переходящее в устойчивый синдром у матери, а также и у ребенка.

Выводы

1. Существуют количественные и качественные различия в показателях смысложизненных ориентаций и в психических состояниях у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, и у матерей, чьи дети развиваются в соответствии с нормой. Негативные тенденции в психическом состоянии матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, характеризуются невротической симптоматикой: тревожностью, невротической депрессией и астенией, обсессивно-фобическими и вегетативными нарушениями.
2. Структура психологического синдрома матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, включает в себя исходные предпосылки и пять взаимосвязанных блоков.
3. К исходным предпосылкам возникновения психологического синдрома у матерей относятся психические состояния: тревога, депрессия, астения, истерия, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения.
4. «Ядерными» компонентами, характерными для данного синдрома, выступают: 1) психофизические особенности ребенка; 2) особенности деятельности; 3)

особенности взаимоотношения; 4) вторичные отклонения у ребенка; 5) появление психологических проблем у матери.

Литература

1. Венгер А.Л. Структура психологического синдрома // Вопросы психологии. 1994. № 4.
2. Ермакова Е.Н. Психологическое консультирование родителей детей с хроническими заболеваниями // Психотерапия и клиническая психология. 2004. № 1.
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб., 2003.
4. Майромьян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1976.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1999.
6. Проблемы дефектологии / Сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М.Лифанова. М., 1995.
7. Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. № 1.

Psychological states in mothers of children with cerebral palsy as starting points of a psychological syndrome

A.N. Pevneva,

Ph.D student at the Clinical and counseling psychology chair of M. Tanka Belorussian State Pedagogical University; assistant at the Social and pedagogical psychology chair of the Psychology and pedagogy faculty, Ph. Skorina Gomel State University pevneva.angela@rambler.ru

Birth of a child with movement disorders ruins family's hopes for his/her successful future and the character and degree of difficulty of a child's disability directly influence parents' emotional state and behavior. Emotional and personal sphere of the mother as the primary caregiver is the most prone to changes. Reappraisal of life meanings and values, discontinuity and loss of integrity of internal life take place and directly affect the mother's psychological state. The article provides comparative analysis of psychological status of mothers of children with movement disorders and mother of children with normal development. The empirical research was based on Gomel regional center for correctional-developing education and rehabilitation, Gomel preschool facilities # 49 and #152. The structure of psychological syndrome and its preconditions in mothers of children with movement disorders as well as the core components of that syndrome are described.

Keywords: psychological state, psychological syndrome, anxiety, neurotic depression, asthenia, hysteric type of response, obsessive-phobic disorders, vegetative disorders.

References

1. *Venger A.L.* Struktura psihologicheskogo sindroma // Voprosy psihologii. 1994. №4.
2. *Ermakova E.N.* Psihologicheskoe konsul'tirovanie roditelei detei s hronicheskimi zabolevaniyami // Psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya. 2004. № 1.
3. *Isaev D.N.* Umstvennaya otstalost' u detei i podrostkov. SPb., 2003.
4. *Mairomyan R.F.* Sem'ya i umstvenno otstalyi rebenok: Avtoref. dis. kand. med. nauk. M., 1976.
5. *Mendelevich V.D.* Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya. M., 1999.
6. Problemy defektologii / Sost., avt. vstup. st. i bibliogr. T.M.Lifanova. M., 1995.
7. *Tkacheva V.V.* Psihologicheskie osobennosti roditelei, imeyushih detei s detskim cerebral'nym paralichom // Special'naya psihologiya. 2009. № 1