

Тихомирова В.С. Влияние степени тяжести детского церебрального паралича у детей дошкольного возраста на эмоционально-личностные особенности их матерей



English version: [Tikhomirova V.S. Impacts of the severity of infantile cerebral palsy in preschoolers on emotional characteristics and personality traits of their mothers](#)

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Представлены результаты изучения эмоционально-личностных особенностей матерей (n = 103), воспитывающих детей дошкольного возраста с церебральным параличом различной степени тяжести, в сравнении с таковыми особенностями матерей условно здоровых детей (n = 50). Рассматривается, как уровень психофизического развития, характеристики общения и поведения ребенка с церебральным параличом влияют на личностные качества матерей, их восприятие себя и ребенка, а также на отношение к его заболеванию. Показано, что на стадии воспитания дошкольника, страдающего церебральным параличом, у матерей формируются психологические защиты отрицания и вытеснения болезни ребенка, особенно если ребенок значительно отстает в развитии двигательных навыков и психических функций.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, дошкольник, мать, ребенок, личностные особенности, степень тяжести заболевания, отношение к болезни

Рождение ребенка с отклонениями в развитии изменяет семейное функционирование, личностные качества родителей, их мировоззрение, ценностные ориентации, систему отношений. Способность адаптироваться к новым жизненным условиям, воспитанию ребенка с особыми потребностями, обусловлена преморбидными личностными особенностями родителей, их стрессоустойчивостью, характером семейного окружения и отношением родственников. Трудности воспитания, лечения, развития больного ребенка определяются спецификой первичных нарушений, возникающих в результате заболевания. Так, в результате резидуально-органических поражений головного мозга при детском церебральном параличе (ДЦП) страдают помимо двигательной, как правило, когнитивная, эмоциональная и поведенческая сферы. Ограничения сенсорных контактов, неполноценность непосредственно-эмоционального общения оказывают влияние на формирование привязанности между матерью и ребенком, особенности их взаимодействия. Тяжесть патологии в развитии ребенка, отражаясь в сознании матери, сказывается на ее психическом состоянии и родительском отношении.

Исследований, посвященных влиянию степени тяжести детского церебрального паралича на эмоционально-личностные особенности их матери, практически не встречается. Также мало изучена проблема изменения состояния матерей в зависимости от возраста ребенка, страдающего церебральным параличом.

Понимание психологических особенностей матерей, особенно воспитывающих детей с

выраженными отклонениями в развитии, поможет своевременно оказывать помощь и поддержку семьям детей с ДЦП в условиях реабилитации.

Эмоционально-личностные особенности матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Как показывают первые исследования в области изучения личностных особенностей родителей детей с ДЦП, наиболее фрустрирующими психику этих родителей являются двигательные расстройства [Вишневикий, 1987; Семенова, 1972]. Это связано с тем, что для этих детей характерны признаки «внешнего калечества»: неправильная фигура, нарушения речи, модуляция голоса, саливация, которые привлекают постоянное внимание окружающих и, таким образом, травмируют сознание близких людей [Спирева, Лидерс, 2001].

Также с младенческого возраста ребенка нарушение двигательных функций (мышечный тонус, принятие поз, навыки хватания, сидения, питания и т.д.) обуславливает недостаток и неполноценность объятий, прикосновений, что приводит к чувству неудовлетворенности у матери. Невозможность в полной мере взаимодействовать и воспитывать ребенка с церебральным параличом усиливает переживания несостоятельности и непринятия [Boles, 1959; Hodapp et al., 1992].

Обездвиженность или особые трудности при передвижении детей с ДЦП предполагают необходимость постоянной физической помощи больному ребенку, ухода за ним, что требует от родителей особых усилий. Поиск, покупка и использование технических средств реабилитации включают повышенные материальные и моральные затраты родителей. Даже при легкой степени тяжести заболевания родители испытывают эмоциональные переживания в связи с тем, что у таких лиц темп передвижения медленный, походка неустойчивая, отдельные элементы движений требуют специальных приспособлений [Ткачева, 2004].

Исследователи отмечают, что самым трудным периодом в адаптации к воспитанию ребенка-инвалида является дошкольное детство. Именно к его началу, по мнению Ю.М.Миланич [Миланич, 2006], родители переживают крах надежд на быстрые положительные изменения. В период младенчества и раннего детства отставание в развитии детей с ДЦП не выражено: нет ярких отличий во внешности детей, их носят на руках и возят в колясках, как и других детей сходного возраста. Отсутствие или нарушение речи у этих детей воспринимается как вариант нормы у маленького ребенка. Родители могут успокаивать себя, что «все обойдется». В дошкольном возрасте нормативное сравнение с другими детьми, нездоровое любопытство окружающих к внешности и поведению ребенка формируют чувства стеснения и гнева у родителей. Невозможность поступить в детский сад, особенно детям с тяжелой степенью ДЦП, усугубляет негативное состояние родителей.

Исследования, посвященные изучению психических особенностей матерей детей дошкольного возраста с ДЦП, немногочисленны.

Так, Н.В.Устинова [Устинова, 2005] показала, что у матерей детей дошкольного и школьного возрастов, страдающих церебральным параличом, часто встречаются пограничные психические расстройства, среди которых – расстройства приспособительных реакций, социальные фобии, дистимии. По данным автора, они чаще формируются у разведенных женщин, при неблагоприятных семейных взаимоотношениях, у проживающих в плохих жилищно-бытовых условиях, у лиц со средним и низким образовательным цензом, у женщин с ограниченными социальными контактами.

Работа Н.К.Спицовой [Спицова, 2008], в которой участвовали матери преимущественно детей дошкольного возраста с ДЦП, показала, что эти женщины отличались от матерей здоровых детей неустойчивой самооценкой, высоким уровнем притязаний, максимальной властью в семью, эгоцентрической направленностью личности, а также эмоционально-психической неустойчивостью.

Изучение психических состояний матерей детей дошкольного возраста с церебральным параличом А.Н.Певневой [Певнева, 2011] выявило, что у этих родительниц выражены тревожность, невротическая депрессия, астения, истерия, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения. Автор подтвердила предыдущие исследования, показывающие, что матери, воспитывающие дошкольника с ДЦП, страдают фобиями, постоянно испытывают чувство страха за судьбу ребенка. Для них характерно самоуничижение, чувство одиночества, снижение нервно-психической работоспособности.

Важным оказывается не только возраст, но и степень тяжести ДЦП. Так, Т.Г.Горячева и И.А.Солнцева [Горячева, Солнцева, 2005] изучали личностные особенности и родительскую позицию матерей по отношению к детям с ДЦП с учетом степени тяжести дефекта у детей. Результаты исследования показали, что в отличие от матерей здоровых детей матери детей с ДЦП тяжелых и легких степеней проявляют выраженные патогенные характеристики: повышенную тревожность, ранимость, чувствительность по отношению к средовым влияниям; эмоциональную неустойчивость, неуравновешенность эмоционального реагирования. Они склонны к астенодепрессивным, ипохондрическим, истерическим реакциям. Неудовлетворенность семейной ситуацией повышалась при отсутствии в семье других здоровых детей. Невротические черты личности у матерей, имеющих детей с легкой степенью тяжести ДЦП, обусловлены, по мнению авторов, рядом других факторов: индивидуально-личностными особенностями матерей, сложившимися до рождения ребенка, особенностями семейной ситуации и другими переменными [Чарова, Савина, 2009].

Таким образом, единичные исследования посвящены изучению изменений эмоционально-личностных особенностей матерей в зависимости от возраста ребенка с церебральным параличом и степени тяжести заболевания. В частности, малоизвестны реакции матери на воспитание дошкольника, страдающего церебральным параличом, когда ребенок переходит на новый этап личностного развития, проявляя (в норме) все большую независимость от матери и самостоятельность.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение эмоционально-личностных особенностей матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста с церебральным параличом, во взаимосвязи с тяжестью состояния ребенка. Гипотеза исследования: степень тяжести заболевания у детей с церебральным параличом влияет на эмоционально-личностные характеристики матерей и восприятие ими своего ребенка и своих семейных ролей.

Методы

Выборка

Экспериментальную группу составили 103 матери в возрасте от 22 до 46 лет и 103 их ребенка в возрасте от 3 до 6 лет, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). Контрольная группа включала 50 матерей в возрасте от 21 до 42 лет и 50 их условно здоровых детей 3–6 лет. Матери детей с ДЦП сопровождали ребенка в процессе комплексной реабилитации в Детском реабилитационно-восстановительном центре им. Альбрехта г. Санкт-Петербурга.

Средний возраст женщин в экспериментальной и контрольной группах – 32 года. Большая часть женщин в обеих группах имели высшее образование (46,6% в экспериментальной группе, 70% – в контрольной группе). 2/3 матерей основной группы не работали (70 человек). В контрольной группе не работали только 1/3 матерей (8 человек).

В экспериментальной и контрольной группах обследуемые дети были преимущественно мальчиками (63,1% и 58% соответственно) младшего дошкольного возраста (67,9% и 52%). Большинство детей в обеих группах воспитывались в полной семье (78,4%).

В половине случаев дети экспериментальной группы страдали спастической диплегией (52,4%). Кроме инвалидности по детскому церебральному параличу в половине случаев дети имели заболевания сенсорных систем (нарушения слуха и зрения). В контрольной группе подобные нарушения отсутствовали. Чуть более 1/3 детей экспериментальной группы имели хронические заболевания внутренних органов или систем организма (дыхательной, иммунной систем, заболевания сердца, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ). В контрольной группе около 1/5 детей имели хронические соматические заболевания.

Диагностические методы

С целью изучения эмоционально-личностных особенностей матерей применялись следующие методы исследования:

Метод наблюдения за матерью и ребенком.

Клинико-биографический метод изучения матери: проводилась беседа и анкетирование матери.

Клинико-биографический метод изучения ребенка. Были проанализированы истории болезни детей, страдающих церебральным параличом, в которых отражались информация об анамнезе жизни ребенка, болезни, заключения специалистов. Проводились беседы с медицинским персоналом (лечащим врачом, медицинскими сестрами) об их наблюдениях за ребенком с целью уточнения особенностей их поведения в лечебном учреждении.

С целью исследования индивидуально-психологических свойств личности матерей использовалась *Многофакторная личностная методика Р.Кеттела* (форма С), адаптированная А.Н.Капустиной, Л.В.Мургулец и Н.Г.Чумаковой [Капустина, 2004].

Для определения характеристик настроений и некоторых других показателей личностного уровня психических состояний применялась *методика определения доминирующего состояния* Л.В.Куликова (краткий вариант) [Практикум по психологии ... , 2004].

Универсальный трехфакторный семантический дифференциал Ч.Осгуда [Osgood et al., 1957] позволил исследовать восприятие, социальные установки и личностные смыслы испытуемых [Шмелев, 2002]. Обследуемым матерям для шкалирования были предложены следующие утверждения:

- «Какими я вижу большинство женщин»;
- «Какой матерью я себя вижу»;
- «Какой я себя вижу хозяйкой дома»;
- «Какой женой я себя вижу»;
- «Какой я хотела бы себя видеть»;
- «Какими я вижу сверстников моего ребенка (того же пола)»;
- «Каким я вижу своего ребенка»;
- «Каким мне видится болезненное состояние моего ребенка»;
- «Каким мне видится будущее моего ребенка».

С целью выяснения внутренней картины болезни родителей о ребенке применялась *методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР)* [Психодиагностические методы ... , 2004].

Для оценки уровня развития ребенка использовался *Денверский скрининговый тест оценки развития ребенка (Denver Developmental Screening Test – DDST)* [Frankenburg et al., 1967]. Методика предназначена для оценки грубой моторики, речи, тонкой адаптивной моторики и личностно-социального развития.

Методы анализа данных

Обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью методов математической статистики (пакет статистических программ SPSS 11.5). В целях сравнения групп по номинальным переменным использовался критерий χ^2 Пирсона. Выявление достоверных межгрупповых различий в средних проводилось с помощью критерия U-Манна–Уитни. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) был использован для выявления воздействия одной или нескольких независимых переменных на зависимую переменную (критерий Шеффе).

Результаты

В процессе наблюдения за детьми с детским церебральным параличом были изучены особенности их эмоциональной сферы, психических функций и поведения. Дети были отнесены к одной из 4 подгрупп в зависимости от выраженности тех или иных признаков.

Первую подгруппу составил 21 ребенок (20,4%). По результатам наблюдения у них не отмечались отклонения в развитии психических функций, эмоций и поведения. Они легко вступали в контакт, с интересом взаимодействовали с психологом, были приветливыми, общительными. Поведение этих детей соответствовало ситуации, они проявляли активную целенаправленную деятельность, высокую или умеренную работоспособность, следовали инструкциям.

Во вторую подгруппу вошли 38 детей (36,9%), уровень развития которых соответствовал задержке психического развития. Эти дети могли вступить в контакт не сразу, речь отличалась нарушениями звукопроизношения, в общении они могли проявлять тревогу, неуверенность. Поведение было адекватно ситуации, но иногда отмечалась эмоциональная лабильность. В деятельности дети этой подгруппы проявляли умеренную работоспособность, в некоторых случаях имели нарушения внимания, сложности выполнения инструкции, сниженный самоконтроль.

Дети третьей подгруппы в составе 24 человек (23,3%) характеризовались ограничениями в контакте, пассивностью во взаимодействии. Речь была нарушена, иногда состояла из несколько слов. Эмоциональные реакции не всегда соответствовали ситуации, могли быть вспышки гнева, агрессии. Поведение отличалось гиперактивностью, расторможенностью. У других детей, наоборот, высокая тревожность и замкнутость мешали вступить в контакт. Дети этой подгруппы инструкции следовали частично, быстро истощались, проявляли низкую работоспособность, самоконтроль, требовалась дополнительная стимуляция к деятельности. Уровень развития детей третьей подгруппы соответствовал пограничному психическому развитию.

В четвертую подгруппу вошло 20 детей (19,4%), все имели грубые отставания в развитии моторных и психических функций. Они поддерживали только зрительный или тактильный контакт, экспрессивная речь отсутствовала, импрессивная речь была слабо развита. Ребенок практически не вступал во взаимодействие со взрослым, был эмоционально отгорожен, имелись нарушения внимания, целенаправленности деятельности. Инструкции эти дети не следовали. Уровень психического развития детей этой подгруппы соответствовал умственной отсталости от умеренной

до глубокой степени.

Таким образом, наибольшее количество детей, по результатам наблюдения, относились ко второй подгруппе, для которых были характерны трудности в общении, легкие нарушения речи, снижение уровня развития деятельности, эмоциональные проблемы. В остальных подгруппах отмечалось однородное распределение, то есть равное число детей, уровень психического развития которых соответствовал нормальному, пограничному (легкая умственная отсталость) и значительному отклонению (глубокая умственная отсталость).

Для того чтобы определить степень отставания в развитии детей экспериментальной группы, проводилось обследование каждого ребенка с помощью Денверского скринингового теста. Было обнаружено, что уровень общего развития 9 детей с ДЦП соответствует возрасту (8,7%). У остальных детей имелось отставание в развитии в исследуемых сферах (социально-адаптивные функции, речь, тонкая и грубая моторика) на период от 6 месяцев до 6 лет. В зависимости от того, какое количество сфер нарушено у ребенка, было выделено 4 подгруппы детей.

Первая подгруппа – отмечены нарушения развития в одной сфере (18 человек). Большая часть детей (1/3) этой группы отставали от нормы в развитии социально-адаптивных функций на период от года до 3 лет.

Вторая подгруппа – отмечены нарушения развития в двух сферах (14 человек). Половина детей этой группы имели отставание в развитии навыков самообслуживания и формировании грубой моторики на период от года до 3 лет.

Третья подгруппа – отмечены нарушения развития в трех сферах (25 человек). Две трети детей этой группы имели задержку в формировании социально-адаптивных функций и тонкой моторики на период от года до 3 лет. Почти половина имели отставание в развитии грубой моторики на такой же период.

Четвертая подгруппа – отмечены нарушения развития во всех сферах (37 человек). Отставание более трех лет относительно нормы диагностировалось у 2/3 детей этой группы в формировании навыков ходьбы, сидения, стояния. У более чем половины (56%) детей отставало формирование навыков самообслуживания, подражания. Половина детей страдали нарушениями тонкой моторики на период более 3 лет. Чуть менее половины (46%) имели задержку в развитии речи и элементарных форм мышления на период от года до 3 лет.

По результатам проведения Денверского скринингового теста в контрольной группе уровень развития детей соответствовал возрасту.

В целом обследование детей по результатам наблюдения и экспериментально-психологического исследования показало, что основная часть дошкольников, страдающих церебральным параличом, имеют грубые отставания в психомоторном развитии на 3 года и более. Такие дети требуют особого установления контакта, поддержки в общении со стороны взрослого, контроля за деятельностью. У них недостаточно сформированы навыки самообслуживания, они не умеют ходить или передвигаются с помощью опоры, большинство самостоятельно только сидят. Тонкая моторика оказывается значительно нарушенной: им трудно скопировать геометрические формы, нарисовать человека, построить из кубиков фигуры. Таким детям необходимо проходить коррекционно-развивающие мероприятия с целью приобретения элементарных навыков ухода за собой без посторонней или незначительной помощи, тренировки пальцевой моторики, тонких движений руки, развития умения общаться с детьми и взрослыми, эффективно взаимодействовать с окружающими. Особенности развития детей должны понимать родители, обеспечивая своевременное проведение психосоциальной абилитации.

Ограничения в жизнедеятельности дошкольников с церебральным параличом являются преградой

для поступления ребенка в детские сады, даже специализированные. Обнаружено, что дети с ДЦП достоверно реже посещали детский сад, в отличие от условно здоровых детей. Так, 33% детей основной группы и 80% детей контрольной группы посещали детские сады.

Оказалось, что восприятие своего ребенка отличается у матерей экспериментальной и контрольной групп. Так, матери детей с ДЦП достоверно показывают более низкие оценки своего ребенка по фактору «Сила» и «Активность» методики «Семантический дифференциал» по сравнению с матерями, воспитывающих условно здоровых детей ($p < 0,05$). Ниже представлен график (рис. 1) на основании показателей шкал семантического дифференциала: «Каким я вижу своего ребенка», «Какими мне видятся сверстники моего ребенка такого же пола».

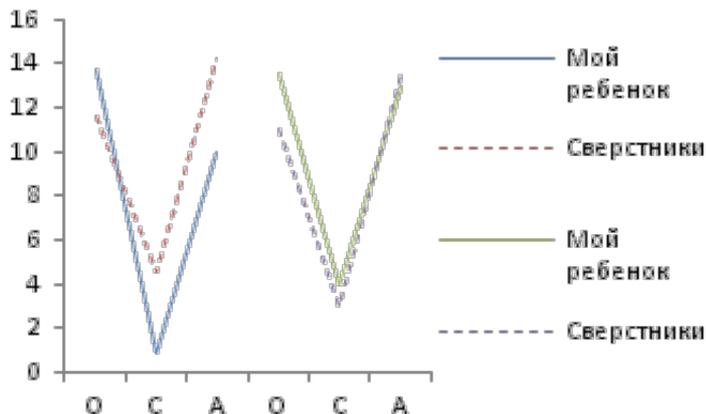


Рис. 1. Восприятие матерью своего ребенка и других детей (данные семантического дифференциала).

Примечания. «О» – фактор «Оценка», «С» – фактор «Сила», «А» – фактор «Активность».

Согласно данным, представленным на рис. 1, матери, воспитывающие детей с ДЦП, воспринимают своего ребенка как более слабого, менее самостоятельного, зависимого, а также менее активного в эмоционально-поведенческих проявлениях, в отличие от матерей, воспитывающих здоровых детей (достоверные различия по фактору «Сила» и «Активность»). При этом матери в обеих группах оценивают ребенка сходным образом, эмоциональное отношение к нему несколько выше, чем к сверстникам, что говорит о высокой значимости своего ребенка для матери.

Матери экспериментальной группы видят своего ребенка, страдающего церебральным параличом, менее самостоятельным и по сравнению с его сверстниками. Они воспринимаются как более активные в поведении, жизнерадостные и эмоционально раскрепощенные. В контрольной группе образ своего ребенка практически совпадает с видением сверстников своего ребенка такого же пола.

Таким образом, матери детей, страдающих церебральным параличом, указывая на значимость своих детей, оценивают возможности своего ребенка хуже по сравнению с матерями, воспитывающих здоровых детей. По нашим наблюдениям, воспитывая больного ребенка, матери стараются выполнять многие действия по уходу за собой, одеванию, кормлению за ребенка, тем самым ограничивая их активность. Восприятие ребенка как неспособного, тормозит приобретение навыков самообслуживания, развитие и коррекцию моторных функций у детей, страдающих церебральным параличом.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) было изучено, как наблюдаемые психические особенности детей с ДЦП дошкольного возраста влияют на показатели эмоционального состояния и личностные характеристики их матерей.

Оказалось, что трудности в общении и поведении детей дошкольников с ДЦП достоверно влияют на личностные качества матерей, заключенных в факторах «L» – «доверчивость-подозрительность», «Q4» – «расслабленность-напряженность», «А» – «замкнутость-общительность» (на уровне тенденции) методики Кеттелла.

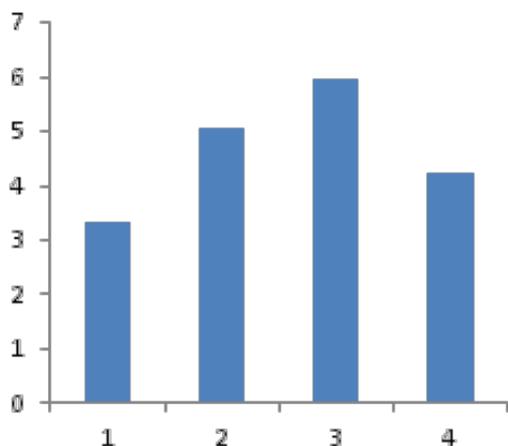


Рис. 2. Межгрупповые различия по фактору L (данные по методике Кеттелла).

Примечания. 1 – первая подгруппа детей, 2 – вторая подгруппа детей, 3 – третья подгруппа детей, 4 – четвертая подгруппа детей.

Данные рис. 2 показывают, что показатели фактора «L» отличаются между подгруппами ($p < 0,05$). Чем более выражены психические нарушения у ребенка, тем менее доверчивая, открытая, более эмоционально напряженная и фрустрированная мать. Однако при грубых нарушениях у ребенка в эмоционально-поведенческой сфере (4-я подгруппа) выявляются такие личностные особенности матери, которые более характерны для женщин, чьи дети демонстрируют нормальное развитие эмоциональной сферы и адекватность поведения (1-я подгруппа).

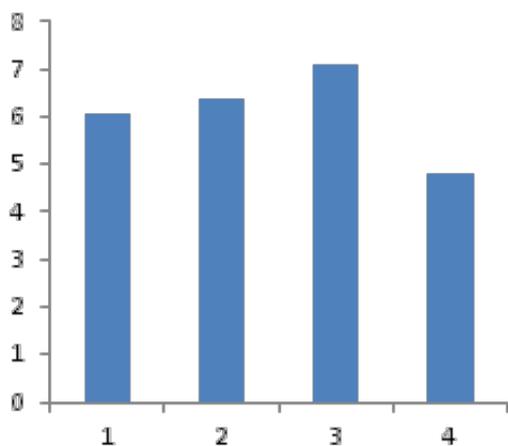


Рис. 3. Межгрупповые различия по фактору Q4 (данные по методике Кеттелла).

Примечания. 1 – первая подгруппа детей, 2 – вторая подгруппа детей, 3 – третья подгруппа детей, 4 – четвертая подгруппа детей.

Рис. 3 демонстрирует изменения значения фактора «Q4» в зависимости от характера наблюдаемых нарушений у ребенка с ДЦП. Чем хуже поведение ребенка и более выражены трудности в

деятельности и общении, тем менее расслабленная, спокойная и удовлетворенная мать, однако эти показатели находятся примерно на одинаковом уровне при воспитании ребенка 1-й и 2-й подгруппы, нарушения у которых если и есть, то незначительные. Если ребенок бездеятелен и неспособный к общению (4-я подгруппа), то у матери показатели эмоционального тонуса и стрессоустойчивости лучше, чем у женщин, чьи дети по своему состоянию соответствуют пограничным нарушениям (3-я подгруппа) ($p < 0,01$).

Выявлены различия между подгруппами на уровне статистической тенденции ($p < 0,06$) по фактору «А». На рис. 4 представлен график распределения средних в подгруппах.

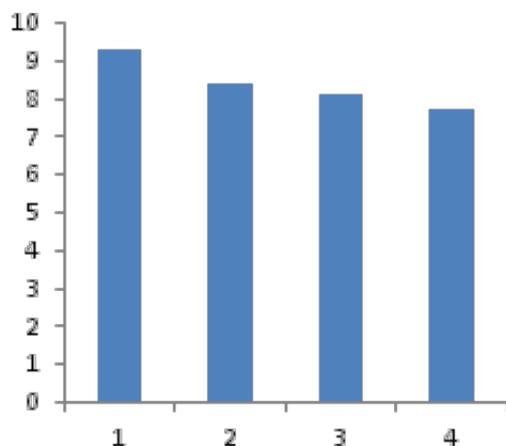


Рис. 4. Межгрупповые различия по фактору А (данные по методике Кеттела).

Примечания. 1 – первая подгруппа детей, 2 – вторая подгруппа детей, 3 – третья подгруппа детей, 4 – четвертая подгруппа детей.

На графике (рис. 5) видно, что, в случае воспитания ребенка с ДЦП 1-й подгруппы матери отличаются высокой общительностью, открытостью, готовностью к вступлению в контакт и сотрудничеству, приспособляемостью. По мере увеличения нарушений в развитии эмоционально-поведенческой сферы у ребенка с ДЦП снижается контактность и общительность его матери.

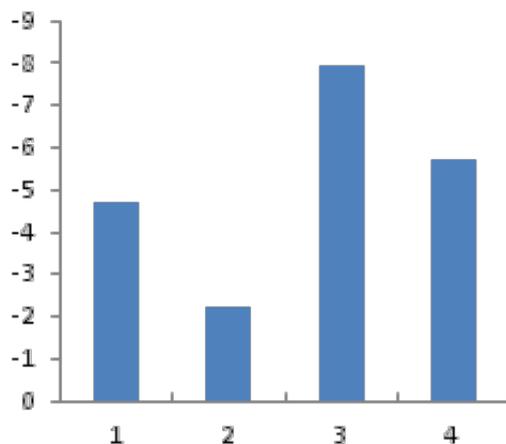


Рис. 5. Восприятие болезни матерями в зависимости от наблюдаемых нарушений у ребенка (данные семантического дифференциала).

Примечания. 1 – первая подгруппа детей, 2 – вторая подгруппа детей, 3 – третья подгруппа детей, 4 – четвертая подгруппа детей.

На рис. 5 представлено, как матери оценивают заболевание ребенка-дошкольника, страдающего церебральным параличом, в четырех подгруппах. Если у ребенка не отмечается трудностей в контакте, нарушений в деятельности и поведении, мать отрицательно оценивает болезнь ребенка, и на таком же примерно уровне, как и матери, чьи дети демонстрируют грубые нарушения в психическом развитии. В большей степени отмечаются сильные переживания в отношении болезни ребенка у матерей детей 3-й подгруппы, эмоциональная сфера которых и поведение нарушено значительно, но они способны к элементарному взаимодействию и общению. Матери детей 2-й подгруппы показывают достоверно более высокие показатели по фактору «Оценка» ($p < 0,05$), по сравнению с матерями детей 1-й подгруппы, то есть при легких внешних нарушениях у ребенка (в некоторых случаях, отмеченных только специалистом-психологом) женщины в большей степени принимают болезнь ребенка.

Таким образом, проблемы в общении и деятельности, а также поведении у ребенка с ДЦП в зависимости от их выраженности влияют на личностные черты матери и ее отношение к болезни ребенка. При задержке психического развития легкой и умеренной степени умственной отсталости отмечается повышение напряженности матерей и тенденция к закрытости от внешнего мира. Матери детей с глубокой умственной отсталостью, скорее всего, на фоне действия защитных механизмов показывают большую стабильность и адекватность состояния, открытость для окружающих. При этом выявляется наибольшее неприятие болезни ребенка (нарушения опорно-двигательного аппарата) именно у матерей детей с выраженными психическими нарушениями. При незначительных нарушениях в психическом развитии детей с ДЦП выявляется тенденция к принятию болезни ребенка.

Изучение отношения к болезни ребенка с помощью методики диагностики отношения к болезни Кагана показало гипонозогностическое отношение к заболеванию дошкольника с церебральным параличом, что подтверждает отрицание наличия дефекта у ребенка, независимо от тяжести его состояния. В табл. 1 представлены средние значения шкал по результатам методики Кагана. Показатель «нозогнозия» находится на отрицательном полюсе шкалы, что означает отрицание тяжести заболевания ребенка.

Таблица 1

Средние значения шкальных показателей методики «Диагностика отношения к болезни ребенка в группах» (балл)

Шкала	Среднее
Интернальность	4,05
Нозогнозия	-2,28
Тревога	1,24
Контроль активности	-14,66
Общая напряженность	-2,93

Анализируя другие шкалы по данным таблицы 1, можно сказать, что матери детей с ДЦП видят причины болезни ребенка во внешних факторах, то есть у них выражен экстернальный родительский контроль болезни. Показатель шкалы «контроль активности» отрицательный, что означает низкий уровень управления ребенком во время проявлений болезни. Показатель общей напряженности в отношении заболевания ребенка соответствует низкому уровню проявления тревоги и беспокойства в отношении болезни, что может быть следствием действия психологических защит у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом. Это подтверждает невысокий уровень тревоги в отношении здоровья ребенка по шкале «тревога».

Было рассмотрено, как общее развитие ребенка, диагностированное с помощью Денверского скринингового теста, связано с эмоционально-личностными особенностями матерей экспериментальной группы. Оказалось, что оценка себя в роли жены различна в подгруппах детей с разным характером нарушений в развитии (см. рис. 6).

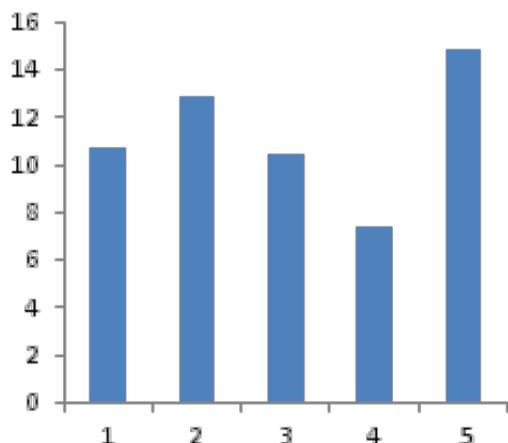


Рис. 6. Восприятие матерями роли супруги в зависимости от степени отставания в развитии ребенка (данные семантического дифференциала).

Примечания. 1 – дети с нормальным развитием, 2 – дети с отставанием в развитии одной изученной сферы, 3 – дети с отставанием в двух сферах, 4 – дети с отставанием в трех сферах, 5 – дети с отставанием во всех сферах.

На рис. 6 видно, что при увеличении проблем в развитии ребенка в одной из 4 изучаемых сфер (социально-бытовая адаптация, речь и мышление, мелкая моторика, грубая моторика) ухудшается оценка себя в роли супруги. В случае нарушений во всех сферах в развитии у женщин отмечается улучшение оценки себя в роли жены (оценки более высокие, $p < 0,05$).

Также выявлено, как изменяется оценка своего ребенка в зависимости от тяжести его состояния (рис. 7).

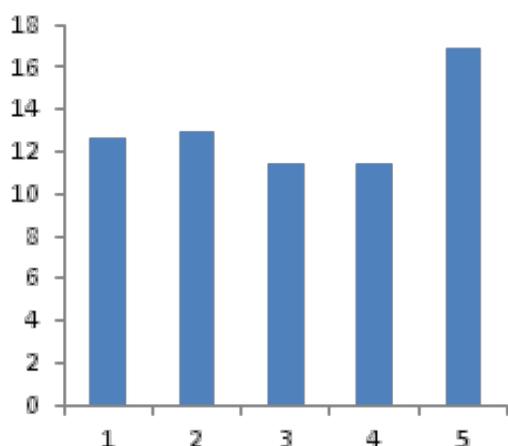


Рис. 7. Восприятие матерями своего ребенка в зависимости от степени отставания в его развитии (данные семантического дифференциала).

Примечания. 1 – дети с нормальным развитием, 2 – дети с отставанием в развитии одной изученной сферы, 3 – дети с отставанием в двух сферах, 4 – дети с отставанием в трех сферах, 5 – дети с отставанием во всех сферах.

Анализ графика (рис. 7) показывает, что матери экспериментальной группы хуже оценивают своего ребенка при увеличении проблем в его развитии. Однако матери, чьи дети значительно отстают по всем изучаемым сферам, оценивают своего ребенка достоверно лучше ($p < 0,05$).

Статистически достоверных отличий по результатам методики доминирующих состояний Куликова обнаружено не было.

Таким образом, статистический анализ данных показал, что тяжесть состояния ребенка достоверно влияет на оценку семейных ролей у женщин и оценку своего ребенка-дошкольника с ДЦП. Как и в случае наблюдаемых психических нарушений, при увеличении выраженности проблем общего развития у ребенка ухудшается оценка себя в роли жены и оценка своего ребенка. Однако при самом тяжелом состоянии ребенка наблюдается повышение оценки себя и своего ребенка, что, скорее, является следствием компенсаторных механизмов. То есть на бессознательном уровне эти матери хотят видеть своего ребенка лучшим и быть лучшей супругой, что, скорее, обусловлено чувством вины перед ребенком и мужем, заставляющим формировать образ идеальной семьи.

Обсуждение

Как и предполагалось, тяжелое состояние ребенка дестабилизирует психическое состояние матери, изменяет ее отношение к себе, ребенку, семье и окружающим. При усугублении нарушений в поведении ребенка, нарастании проблем в общении и деятельности у матери растет напряжение и неудовлетворенность материнством, собой, семейной ситуацией. В клинической беседе многие матери признаются, что проецируют свои негативные эмоции, тревогу, напряжение на сына или дочь («срываюсь на него при неудачах»).

Наше экспериментальное исследование показало, что, признавая значимость своего ребенка, матери детей с ДЦП видят его по сравнению со сверстниками как более зависимого, пассивного и слабого. Такое восприятие характерно для всех матерей, независимо от тяжести состояния ребенка. Такая оценка ребенка, скорее, обусловлена объективным пониманием ситуации матерями. По данным исследования, многие дети отстают в развитии навыков самообслуживания, имеют трудности в манипулировании руками, ограничены в передвижении, без посторонней помощи не способны к самостоятельной жизнедеятельности. Кроме того, потворствующая гиперпротекция матерей подавляет активность детей, снижает мотивацию к достижениям. Неразрывная симбиотическая связь между матерью и больным ребенком не дает возможности последнему проявлять волевые усилия и делает его пассивным, несамостоятельным.

Клинические наблюдения показывают, что матери не стимулируют ребенка к деятельности, общению, а подчеркивают его недостатки, тем самым тормозят его психомоторное и личностное развитие.

Переживая за состояние своего больного ребенка, отдавая все силы на его лечение, женщина становится обособленной, замкнутой, ограничивает социальные контакты. В отсутствие поддержки и понимания со стороны формируется подозрительность, настороженность по отношению к людям, эгоцентричность, раздражительность. Для того чтобы преодолеть препятствия при воспитании особого ребенка, приходится проявлять самостоятельность и независимость в социальном поведении.

Мы обнаружили, что для матерей детей с ДЦП характерно гипонозогнозическое и анозогнозическое восприятие болезни. Причины болезни видятся преимущественно во внешних факторах, а не в себе (например, обвиняют врача, руководившего родами). По-видимому,

вытеснение из сознания неизлечимости заболевания, неблагоприятного прогноза стимулирует мать для продолжения трудоемкой регулярной (ре)абилитации в различных лечебных учреждениях. Защитные механизмы отрицания и вытеснения болезни стабилизируют эмоциональное состояние. Некоторые родители видят своего ребенка как здорового, не признавая наличие проблем в интеллектуальном и эмоциональном развитии.

Особая картина наблюдается при воспитании ребенка с тотальным отставанием в психофизическом развитии. Матери таких детей в большей степени отрицают заболевание ребенка, проявляют расслабленность, вялость, апатичность, у них снижается мотивация. С одной стороны, это может быть обусловлено психологической защитой – не принимая болезнь ребенка, матери активно не включаются в абилитацию ребенка, с другой стороны, понимая тяжесть состояния, матери могут «опустить руки» и смириться с заболеванием ребенка.

Такие матери становятся более отгороженными, возможно, стесняясь своего ребенка. При этом они живут в идеализированном мире. Образ ребенка и себя в роли супруги строится значительно более позитивным, чем у матерей детей легкой и средней степени тяжести. На бессознательном уровне, матери глубоко отсталых детей с ДЦП поддерживают стабильность своего психического состояния, проявляя высокую стрессоустойчивость и эмоциональную стабильность. Они демонстрируют большее спокойствие и расслабленность, терпимость, покладистость, уживчивость, в отличие от матерей детей с задержкой психического развития и пограничными расстройствами.

Появление психологических защит в своем исследовании L.A. Moore [Moore, 2004] объясняет наличием вины у матерей больных детей тяжелой степени. Однако использование защит затрудняет внутреннюю переработку негативных эмоций. Это, в свою очередь, может привести к развитию эмоциональных расстройств и возрастанию физиологических компонентов эмоций. При построении психологом специально организованной беседы выявляются истинные, заблокированные чувства, раскрытие и проработка которых может помочь конструктивно подойти к лечению ребенка и переключить мать на реализацию своих личностных потребностей.

Заключение

Таким образом, результаты исследования подтвердили предположение о том, что степень тяжести заболевания у детей с церебральным параличом влияет на эмоционально-личностные характеристики матерей, такие как общительность, доверчивость, расслабленность, и изменяет восприятие матерями своего ребенка и своих семейных ролей. Подтверждена гипотеза о негативном влиянии тяжелого психического и физического состояния ребенка дошкольного возраста с церебральным параличом на психологический статус его матери: чем более выражены проблемы в развитии ребенка, тем более замкнутая, подозрительная и эмоционально напряженная мать и тем более негативным является представление матери о возможностях своего ребенка. При этом у матерей глубоко отсталых детей формируются психологические защиты отрицания и вытеснения болезни и наблюдается идеализация представлений о своей семейной жизни.

В заключение по результатам проведенного исследования следует указать мишени психокоррекционной работы с семьями, имеющими детей дошкольного возраста церебральным параличом. Первое направление – информирование родителей об уровне и потенциалах психического развития ребенка, причинах отклонений в эмоционально-поведенческой сфере, способах коррекции в процессе воспитания. Второе направление работы – проработка негативных эмоциональных состояний матерей, снятие психического напряжения, тревоги. Третье направление – расширение социальных связей матери с помощью информирования о способах вступления в общество родителей детей-инвалидов, поиска возможности поступления ребенка в детский сад, коррекция межличностных отношений. Возможные виды помощи: тренинги личностного роста, аутотренинг, психологическое консультирование, психотерапевтическая поддержка, группы встреч

родителей детей-инвалидов в рамках комплексной абилитации ребенка с церебральным параличом.

Литература

Вишневецкий В.А. О динамике психогенных депрессивных расстройств, вызванных рождением в семье больного ребенка. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1984, 84(4) 4, 563–567.

Горячева Т.Г., Солнцева И.А. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения. В кн.: Психологические проблемы современной российской семьи: материалы 11-й Всероссийской научной конференции, Москва, 2005. М.: НИИ семьи и воспитания РАО. Ч. 2, с. 285–298.

Исаев Д.Н., Каган В.Е. (Ред.). Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. СПб.: Педиатрич. мед. университет, 1991.

Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р.Кеттела. СПб.: Речь, 2004.

Миланич Ю.М. Проблемы психологической адаптации родителей к воспитанию ребенка-инвалида. В кн.: X Царскосельские чтения: материалы междунар. конф., Санкт-Петербург, 2006. СПб.: Ленингр. гос. университет им. А.С. Пушкина. Т. VII, с. 64–67.

Певнева А.Н. Психические состояния матерей детей с церебральным параличом как исходные предпосылки психологического синдрома. Психологическая наука и образование, 2011, No. 2. <http://www.psyedu.ru/journal/2011/2/2120.phtml>

Прохоров А.О. (Ред.). Практикум по психологии состояний. СПб.: Речь, 2004.

Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.: Медицина, 1972.

Спирева Е.Н., Лидерс А.Г. Стиль семейного воспитания и личностные особенности родителя. Семейная психология и семейная терапия, 2001, No. 4, 71–84.

Спицына Н.К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, 2008.

Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М.: Психология, 2004.

Устинова Н.В. Пограничные психические расстройства у матерей детей, больных детским церебральным параличом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казан. гос. мед. университет, Казань, 2005.

Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием. Дефектология, 1999, No. 5, 34–39.

Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002.

Boles G. Personality factors in mothers of cerebral palsied children. Genetic Psychology Monographs, 1959, 59(2), 160–218.

Frankenburg W.K., Dobbs J.B. The Denver Developmental Screening Test. The Journal of Pediatrics, 1967, 71(2), 181–191.

Hodapp R.M., Dykens E.M., Evans D.W., Merighi J.R. Maternal emotional reactions to young children with different types of handicaps. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1992, 13(2), 118–123.

Moore L.A. The lived experience of being a mother of a child with severe cerebral palsy. Ohio: Ohio Medical college Press, 2004.

Osgood C.E., Suci G., Tannenbaum P. The measurement of meaning. Urbana: University of Illinois Press, 1957.

Поступила в редакцию 7 сентября 2012 г. Дата публикации: 31 декабря 2012 г.

Сведения об авторе

Тихомирова Виктория Сергеевна. Старший преподаватель, кафедра общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин, факультет клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ул. Литовская, д. 2, 194100 Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: victoriast07@rambler.ru

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Тихомирова В.С. Влияние степени тяжести детского церебрального паралича у детей дошкольного возраста на эмоционально-личностные особенности их матерей. Психологические исследования, 2012, 5(26), 11. <http://psystudy.ru>

ГОСТ 2008

Тихомирова В.С. Влияние степени тяжести детского церебрального паралича у детей дошкольного возраста на эмоционально-личностные особенности их матерей // Психологические исследования. 2012. Т. 5, № 26. С. 11. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n26/762-tikhomirova26.html>

[К началу страницы >>](#)