

УДК 159.9-055.1:613.816

На правах рукописи

**Спицына Наталья Константиновна**

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
МАТЕРИНСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ  
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология  
(психологические науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2008

Диссертационная работа выполнена на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный  
руководитель: **доктор психологических наук, профессор**  
**Никольская Ирина Михайловна**

Официальные  
оппоненты: **доктор медицинских наук, профессор**  
**Макарова Людмила Павловна**

**кандидат психологических наук**  
**Кокоренко Виктория Леонидовна**

Ведущая  
организация: **Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева**

Защита состоится 30 октября 2008 г. в 17.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » ..... 2008 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,  
**кандидат психологических наук, доцент Семёнова**  
**Зоя Фёдоровна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Исследования в области психоневрологических заболеваний в целом и заболевания детским церебральным параличом (ДЦП) у детей в частности проведены такими известными специалистами, как Р.Я. Абрамович-Лехтман, К. Акош, Л.О. Бадалян, А.Я. Варга, И.В. Добряков, В.А. Качесов, Е.Т. Лильин, Р.А. Лурия, Е.М. Мастюкова, М.И. Мамайчук, Э.Г. Эйдемиллер, J. Foley, N.A. Fletcher, K.H. Gustavson, J. Hyghes, K. Nelson и др. Несмотря на это, изучение данной проблемы актуально на сегодняшний день.

По данным Миздрава РФ за последние пять лет рост инвалидности в стране составляет 8-10%, при резком увеличении числа детей – инвалидов. По оценкам К.А. Семёновой, к 2015 году доля здоровых новорождённых может сократиться до 15–20% от их общего числа. Функциональные отклонения выявляются у 33–50% новорождённых, из них у 70% имеются начальные признаки патологии опорно-двигательного аппарата. 85% инвалидов с детства – инвалиды по психоневрологическому профилю.

Распространённость ДЦП составляет 23,9 на 10 тыс. детей при отчётливой тенденции к его росту. Наиболее частые – спастические формы заболевания (спастическая диплегия, спастический гемипарез, двойная гемиплегия).

Дети с ДЦП уже 155 лет находятся в сфере пристального внимания специалистов, усилия которых сосредоточены на профилактике, раннем выявлении заболевания, проведении комплексной реабилитации, вопросах воспитания и обучения данных детей. Особое значение имеют исследования семей детей с ДЦП. Без этого трудно выявить этиологию и патогенез нарушений, поставить клинический и семейный диагноз, выработать терапевтическую тактику. А.И. Захаров, Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков отмечают особое значение перинатальных аспектов, связанных с нервно-психическим развитием ребёнка и психоэмоциональным состоянием его матери, материнско-детскими отношениями и стилем воспитания. В улучшении здоровья такого ребёнка большое значение имеет семейная психотерапия.

Ряд звеньев патогенеза ДЦП, таких как перинатально-психологические факторы, остаются мало изученными. Это стадии жизненного цикла семьи (ЖЦС), на которых был рождён ребёнок, тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у матерей. Недостаточно исследованы социально-демографические характеристики таких семей в настоящее время и семейные взаимоотношения. Актуальность проблемы обусловлена также отсутствием моделей психотерапии и реабилитации, направленных на оптимизацию материнско-детских отношений в семье ребёнка с ДЦП.

Проблема гармонизации материнско-детских отношений, психофизического и эмоционального состояния матери и ребёнка, больного ДЦП, имеет высокую медико-социальную значимость. В связи с этим была сформулирована **цель исследования:** изучить взаимосвязи между клинико-психологическими аспектами перинатального периода и материнско-детскими взаимоотношениями в семьях детей с ДЦП.

В соответствии с поставленной целью были выдвинуты **задачи:**

1. Изучить клинические и психологические аспекты перинатального периода (ПКГД, СЖЦ семьи, на которой произошло рождение ребёнка) у матерей, родивших детей с ДЦП.

2. Исследовать особенности психоэмоционального состояния матерей и их детей с ДЦП.

3. Выявить особенности материнско-детских взаимоотношений в семьях детей с ДЦП.

4. Сравнить указанные характеристики в семьях: детей с ДЦП, детей с нарушением ритма сердца по типу экстрасистолии (НРС) и здоровых детей.

5. Выявить взаимосвязи между клинико-психологическими аспектами протекания перинатального периода, материнско-детскими взаимоотношениями, психоэмоциональным состоянием матери и ребёнка с учётом социально-демографических характеристик семьи, факторов пола, возраста и степени нарушения психических функций у детей.

6. Разработать и апробировать программу психологической реабилитации, направленную на оптимизацию материнско-детских отношений и улучшение эмоционального состояния матери и ребёнка с ДЦП.

**Объект исследования:** 110 семей (мать и ребёнок в возрасте от 5 до 10 лет), всего 220 человек. В 50 семьях (основная группа) у ребёнка - спастическая форма ДЦП, в 30 семьях (1 контрольная группа) у ребёнка - кардиальная патология - НРС по типу экстрасистолии. Ещё в 30 семьях (2 контрольная группа) дети здоровы (не имеют хронических соматических и неврологических заболеваний).

**Предмет исследования:** клинико-психологические аспекты перинатального периода у матерей; психоэмоциональное состояние матерей и их детей; материнско-детские отношения с учётом социально-демографических характеристик семьи, факторов пола, возраста и степени нарушения психических функций у детей.

**Гипотезы исследования:**

1. Ребёнок с ДЦП чаще рождается на стадиях добрых отношений и конфронтации жизненного цикла семьи.

2. В семьях детей с ДЦП оптимальный тип ПКГД у матери отмечается реже, чем в семьях детей с НРС по типу экстрасистолии и в семьях здоровых детей.

3. В семьях ребёнка с ДЦП чаще имеют место гиперпротекция и неустойчивый тип воспитания.

**Методологическая и теоретическая основа исследования:** принципы интегративной «биопсихосоциальной» модели болезни и здоровья (G.L. Engel), согласно которой на благополучие и нездоровье влияет взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов (В.М. Бехтерев, Д. Баумринд, Л.С. Выготский, Л.И. Вассерман, А.Я. Варга, И.В. Добряков, А.И. Захаров, Б.Д. Карвасарский, А.Е. Личко, В.Н. Мясищев, Е.М. Мастюкова, И.И. Мамайчук, С. Минухин, Э.Г. Эйдемиллер, Y.S. Anastasiadis, W.S. Becker, D.M. Levi, K. Leonhard, M.J. Rosental, Ginott и др.); теория психологии отношений (В.Н. Мясищев); учение о гестационной доминанте (А.А. Ухтомский, И.А.

Аршавский, И.В. Добряков); теория периодизации жизненного цикла семьи (J.J. Zilbach, E.M. Duvall, И.В. Добряков), теоретические положения клинической психологии семьи (И.М. Никольская, Э.Г. Эйдемиллер).

Для диагностики были использованы следующие **методы**:

**1. Клинико-биографический:** метод полуструктурированного интервью; метод изучения документации (амбулаторная карта и история болезни ребёнка).

**2. Психологический.**

**Для исследования матерей:** опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В.Юстицкиса; тест отношений беременной И.В. Добрякова; проективный тест «Семейная социограмма»; модифицированный Л.М. Собчик восьмицветовой тест М. Люшера (МЦВ); проективный рисунок «Я и мой ребёнок»; личностная шкала тревоги О. Тейлора в адаптации Т.А. Немчина; метод включённого наблюдения.

**Для исследования детей:** проективный тест «Семейная социограмма»; рисунок «Моя семья»; модифицированный Л.М. Собчик восьмицветовой тест М. Люшера (МЦВ); цветовой тест отношений (ЦТО) А.М. Эткинда; авторская анкета «Определение уровня тревожности ребёнка»; стандартизированный набор нейропсихологических методик; метод включённого наблюдения.

**3. Статистический.**

Методы обработки данных: дифференциация материалов по группам; процентный подсчёт результатов; балловая оценка факторов; статистическая программа (Statistika 6.0).

**Достоверность научных результатов** подтверждается теоретическим обоснованием актуальности исследования, адекватностью выбранных методов поставленным целям и задачам, применением валидных и надёжных психодиагностических методик, репрезентативностью выборки, наличием контрольных групп, корректным использованием методов статистической обработки полученных результатов.

**Положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Оптимальный тип ПКГД у матерей детей с ДЦП, НРС по типу экстрасистолии и здоровых не имеет различий по частоте встречаемости. Женщины, родившие ребёнка с ДЦП, чаще имеют в структуре ПКГД высокие показатели гипогестогнозического и тревожного типов, матери детей с НРС по типу экстрасистолии – высокий показатель тревожного типа, а матери здоровых детей - эйфорического типа.

2. Стадии жизненного цикла семьи, на которых был рождён ребёнок, не имеют достоверных взаимосвязей с риском его заболевания ДЦП или НРС по типу экстрасистолии. Стадия добрых отношений чаще взаимосвязана с рождением ребёнка с патологией развития, а стадия компромиссов – с рождением здорового ребёнка.

3. Особенности типа ПКГД, планирования ребёнка и стадий ЖЦС, на которых произошло его рождение, взаимосвязаны с показателями семейных отношений. Имеются сходные и специфические взаимосвязи между этими

показателями в семьях детей с ДЦП, НРС по типу экстрасистолии и здоровых детей.

4. Патологизирующее семейное воспитание и личностные проблемы родителей, решаемые за счёт ребенка, взаимосвязаны с наличием у него болезни.

5. Особенности материнско-детских и семейных отношений взаимосвязаны со степенью нарушения психических функций у ребёнка, его возрастом и полом, уровнем образования матери, составом семьи и числом детей в семье.

**Научная новизна.** Впервые изучены перинатальные аспекты материнско-детских взаимоотношений в семьях детей с ДЦП, НРС по типу экстрасистолии и семьях здоровых детей. Показано, что:

- оптимальный тип ПКГД у матерей детей трёх групп не различается по частоте встречаемости и не взаимосвязан с состоянием здоровья ребёнка и гармоничностью его воспитания;

- имеются взаимосвязи тревожного и гипогестогнозического типов в структуре ПКГД у матерей с рождением детей с ДЦП, тревожного – с рождением ребёнка с НРС по типу экстрасистолии, эйфорического – с рождением здорового ребёнка.

- дети с патологией развития чаще рождаются на стадии добрых отношений ЖЦС, а здоровые дети – на стадии компромиссов;

- продуктивный детородный возраст, запланированность ребёнка и желание женщины стать матерью не связаны с рождением здорового ребёнка.

С учётом полученных данных разработана авторская программа игровой психологической реабилитации «Я, мама и зверята» для матерей и детей с ДЦП. Ее апробация выявила положительную динамику психоэмоционального состояния матерей и детей, оптимизацию семейных отношений.

**Теоретическая значимость работы.** Установленные взаимосвязи между клинико-психологическими аспектами перинатального периода, материнско-детскими отношениями, психоэмоциональным состоянием матери и ребёнка с учётом социально-демографических характеристик семьи, факторов пола, возраста и степени нарушения психических функций у детей с разным состоянием здоровья вносят вклад в разработку теоретических основ клинической психологии семьи и перинатальной клинической психологии, в обоснование биопсихосоциального подхода к изучению заболеваний у детей.

**Практическая значимость и апробация диссертационной работы.** Результаты диссертационной работы могут быть использованы:

- в целях профилактики нарушений развития у детей на уровнях: клинико-психологической диагностики, психокоррекции, психотерапии детей и матерей;

- клиническими психологами (нейропсихологами), врачами различных специальностей, педагогами, педагогами – психологами и социальными работниками в работе с семьёй, где ребёнок страдает ДЦП;

- при подготовке специалистов в области клинической психологии, специальной психологии, психотерапии;

Предложенный комплекс методов диагностики может быть использован в изучении социально-демографических и клинико-психологических факторов в генезе и динамике психоневрологических и соматических заболеваний у детей, материнско-детских отношений в семье.

Разработанная и апробированная программа игровой психологической реабилитации «Я, мама и зверята» может быть рекомендована к внедрению в клиническую практику с целью улучшения психоэмоционального состояния матери и ребёнка с ДЦП, оптимизации их отношений.

Результаты работы доложены на научно-практической конференции «Семья в современном обществе» (г. Вологда, 2005); областной научно-практической конференции специалистов охраны психического здоровья населения Вологодской области (г. Вологда, 2006); научно-практической конференции медицинских психологов «Состояние и задачи клинико-психологической службы области» (г. Вологда, 2007); на еженедельных конференциях врачей Вологодской областной детской больницы (ГУЗ ВОДБ), на заседаниях общества клинических психологов, неврологов (г. Вологда), на заседании кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПб МАПО (2008), на заседании проблемной комиссии «Нервные и психические заболевания» СПб МАПО (2008). Результаты диссертационной работы обобщены в 6 печатных работах.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 234 страницах компьютерного текста и состоит из введения, четырёх глав с описанием обзора литературы, материалов и методов исследования, изложением результатов собственного исследования и их обсуждением, описанием собственной программы психологической реабилитации, заключения, выводов, списка литературы, включающего отечественные и иностранные источники. Работа иллюстрирована 41 таблицей и 6 рисунками, дополнена 11 приложениями. Список литературы содержит 376 источников, в том числе 252 отечественных и 124 источника на иностранном языке.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обосновывается актуальность избранной темы, определяются цель, задачи, объект, предмет и гипотезы исследования, раскрываются его теоретико-методологические основы, практическая значимость и научная новизна, формулируются положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** даётся обзор литературы по проблеме современной семьи ребёнка с патологией развития, рассматриваются влияние рождения такого ребёнка микроклимат в семье, особенности его воспитания, личностные проблемы родителей, решаемые за счёт ребёнка; излагаются психологические причины отклонений семейного воспитания, связанные с особенностями перинатального периода (мотивов зачатия ребёнка, стадий ЖЦС, на которых произошло его рождение, эмоционального стресса матери, типа ПКДГ). Описываются клиническая картина, формы, этиология и патогенез ДЦП,

факторная недостаточность высших психических функций у детей с ДЦП. Анализируются особенности семьи и личности ребёнка с ДЦП и его матери, формы психокоррекции и психотерапии детей с ДЦП и членов их семей. Рассматриваются клиническая картина, патогенез и этиология экстрасистолии, клинико-демографическая и психологическая характеристика ребёнка с кардиальной патологией и его семьи.

**Во второй главе «Материалы и методы исследования»** даётся описание испытуемых, процедуры, методов психологического исследования и обработки данных.

### **Параграф 2.1. «Характеристика выборки»**

Исследование выполнено на базе отделения психоневрологии и кардиологии ВОДБ и отделения неврологии Вологодского областного реабилитационного центра, а также дошкольного учреждения № 99 и средней общеобразовательной школы № 41 города Вологда.

Обследовано 110 семей (мать и ребёнок в возрасте от 5 до 10 лет), всего 220 человек. В 50 семьях (основная группа) у ребёнка спастическая форма ДЦП (спастическая диплегия, спастический гемипарез, двойная гемиплегия, спастический тетрапарез, спастический парапарез). В 30 (1 контрольная группа) - у ребёнка кардиальная патология (функциональное нарушение ритма сердца - НРС по типу экстрасистолии). Ещё в 30 семьях (2 контрольная группа) дети не имеют хронических соматических и неврологических заболеваний.

Выбор 1 контрольной группы обусловлен задачей сравнения двух типов семей с больным ребёнком. В основной группе ребёнок имел органическую патологию с видимым физическим дефектом и невозможностью полной реабилитации (спастические формы ДЦП). В 1 контрольной - функциональную патологию (НРС по типу экстрасистолии) без видимого внешнего дефекта и с возможностью качественной коррекции. Выбор 2 контрольной группы связан с необходимостью сравнения семей с больным и здоровым ребёнком.

**Распределение детей по полу:** среди детей с ДЦП доля мальчиков – 48%, а девочек – 52%. Среди детей с НРС по типу экстрасистолии доля мальчиков – 66,7%, а девочек – 33,3%. Среди здоровых детей мальчиков 46,7%, девочек – 53,3%. Достоверных различий по полу в сравниваемых группах нет.

**Распределение детей по возрасту:** средний возраст детей с ДЦП –  $6,48 \pm 1,92$  лет, детей с экстрасистолией –  $8,17 \pm 1,95$  лет, здоровых –  $6,73 \pm 1,74$  лет. В основной и 2 контрольной группе преобладают дети дошкольного возраста, а в 1 контрольной группе – младшего школьного возраста.

**Распределение детей по охвату учебной деятельностью:** обследовано 32% (16) детей с ДЦП, 63,3% (19) детей с экстрасистолией и 40% (12) здоровых детей, посещающих школу, а также 68% (34) детей с ДЦП, 36,7% (11) детей с экстрасистолией и 60% (18) здоровых детей – дошкольников. Общий процент школьников составил 42,7% (47), а дошкольников – 57,3% (63).

**Распределение матерей по возрасту на момент рождения ребёнка:** средний возраст матерей детей с ДЦП  $25,92 \pm 5,82$  лет, с НРС по типу



экстрасистолии –  $23,83 \pm 4,35$  года, здоровых -  $24,63 \pm 4,11$  года. Различия в возрасте матерей больных и здоровых детей достоверно не значимы.

**Распределение матерей по возрасту на момент исследования:** средний возраст матерей основной группы –  $32,34 \pm 5,75$  года, 1 контрольной группы –  $32,10 \pm 4,62$  года, 2 контрольной –  $31,60 \pm 4,46$  год. Статистических различий нет.

**Распределение матерей по уровню образования и уровню занятости:** чаще у матерей детей всех групп среднее (специальное) образование, они работают. Достоверных различий по уровню образования нет.

**Распределение отцов по уровню образования и уровню занятости:** чаще отцы детей с ДЦП имеют среднее, детей с НРС и здоровых – среднее (специальное) образование. Уровень образования отцов детей с ДЦП достоверно и качественно ниже уровня образования отцов здоровых детей ( $p=0,0035$ ). Уровень образования отцов детей с НРС качественно выше образования отцов детей с ДЦП. По сравнению с отцами больных детей, среди отцов здоровых детей не было рабочих и водителей.

**Характеристика состава семьи и количества детей в семье:** чаще семьи детей всех групп – полные. Достоверных различий в количестве детей в сравниваемых семьях нет.

**В Параграфе 2.2. дано подробное описание методик исследования.**

С помощью метода полуструктурированного интервью оценивался социально-демографический статус семьи, аспекты перинатального периода (возраст матери на момент рождения ребёнка, её образовательный и социальный уровень, состав семьи, стадия ЖЦС, на которой был рождён ребёнок, плановость беременности, мотивы зачатия), психоэмоциональное состояние матери и ребёнка (наличие астено-невротических реакций или стойкого невротического состояния, патологических привычных действий).

**Метод изучения документации** (амбулаторной карты и история болезни ребёнка, матери) уточнял медицинские, клиничко-психологические и социально-демографические данные.

**Тест отношений беременной** И.В. Добрякова определял типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), нервно-психические нарушения у беременных женщин и их связь с особенностями семейных отношений в период ожидания ребёнка. В работе использован тест ТОВ (р.), который предназначен для ретроспективного исследования, основанного на воспоминаниях о своей беременности уже родившей женщины.

**Опросник для родителей АСВ «Анализ семейных взаимоотношений»** Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса выявлял нарушения процесса воспитания, тип патологизирующего воспитания, психологические причины нарушений.

**Проективный тест «Семейная социограмма»** показывал положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье.

**Проективный рисунок «Моя семья»** определял особенности внутрисемейных отношений и эмоциональные проблемы в семье, а **проективный рисунок «Я и мой ребёнок»** - особенности отношений между матерью и ребёнком.

**Цветовой тест отношений (ЦТО)** А.М. Эткинда характеризовал сознательный и частично неосознаваемый уровни отношений к различным стимулам. **Модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера МЦВ (метод цветových выборов)** Л.Н. Собчик выявлял глубинные проблемы личности и ее актуальное состояние, оценивал степень выраженности черт характера, уровня тревожности и нервно-психического благополучия, состояние эмоционально-вегетативного тонуса. Уровень тревожности матери также оценивала «личностная шкала проявлений тревоги» О. Тейлора в адаптации Т.А. Немчина, а уровень тревожности ребенка – авторская анкета.

**Стандартизированный набор нейропсихологических методик** (А.Р. Лурия, Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон, А.Н. Корнев, Э.Г. Симерницкая) использовался для топической диагностики нарушений высших психических функций при функциональных и органических поражениях мозга.

### **Параграф 2.3. Методы обработки данных**

Исследование проводилось индивидуально с каждым испытуемым в два этапа. При обработке данных проводилась дифференциация материалов по группам, процентный подсчет результатов, балловая оценка факторов. С помощью программы Statistika 6.0 оценивались средние значения и стандартные отклонения ( $M \pm Sd$ ) показателей по группам, достоверность различий (t-параметрический критерий Стьюдента), проводился линейный корреляционный анализ связей (r-коэффициент Пирсона).

**В третьей главе** описываются результаты клинико-психологического исследования семей детей с патологией развития и семей здоровых детей.

### **Параграф 3.1. Клинико-психологические особенности перинатального периода**

#### **3.1.1. Клиническая характеристика перинатального периода**

Клиническая характеристики перинатального периода представлена на основе изучения историй болезни и амбулаторных карт.

##### **3.1.1.1. Анализ заболеваемости матерей во время беременности**

68% матерей основной группы, 70% матерей 1 контрольной и 66,7% матерей 2 контрольной группы страдали во время беременности отдельными соматическими заболеваниями или их сочетанием. Инфекции дыхательной системы чаще наблюдались у матерей детей с ДЦП ( $p=0,049$ ) и матерей детей с НРС по типу экстрасистолии ( $p=0,038$ ), чем у матерей здоровых детей. Анемия ( $p=0,003$ ), повышение АД ( $p=0,049$ ) встречались только у матерей детей с ДЦП и у матерей здоровых детей ( $p=0,000005$ ;  $p=0,039$  соотв.). Анемия у матерей здоровых детей встречалась чаще, чем у матерей детей с ДЦП ( $p=0,036$ ).

Можно думать, что инфекции дыхательных путей в период беременности матери связаны с риском рождения ребёнка с нарушенным развитием, тогда как анемию и повышение АД в анамнезе матерей рассматривать, как фактор высокого риска не представляется возможным.

##### **3.1.1.2. Анализ осложнений у женщин во время беременности**

Осложнения беременности (угроза прерывания, токсикозы, выкидыши, медицинские аборт) были у 62% матерей основной группы, у 36,7% - 1

контрольной и у 70% матерей 2 контрольной группы. Достоверных различий в осложнениях между группами нет. Самые частые осложнения беременности - это угроза прерывания (36%, 16,7% и 26,7% соотв.), токсикозы (22%, 13,3% и 30% соотв.), медицинские аборт (16%, 13,3%, 26,7% соотв.).

### **3.1.1.3. Характеристика осложнений в родах у матерей и в состоянии плода**

Неблагополучие в родах (недоношенность плода, низкая масса тела ребёнка, быстрые и срочные роды, кесарево сечение, слабость родовой деятельности, длительный безводный период, крупный плод) отмечено у 98% матерей детей с ДЦП, у 76,6% матерей детей с НРС и у 56,7% матерей здоровых детей. Недоношенность плода ( $p=0,000004$ ), низкая масса тела ребёнка ( $p=0,005$ ), кесарево сечение ( $p=0,013$ ), асфиксия плода ( $p=0,00012$ ), родовая травма ( $p=0,049$ ), реанимационные мероприятия ( $p=0,0052$ ) связаны с риском рождения ребёнка с ДЦП. Низкая масса тела ( $p=0,0008$ ), быстрые и срочные роды ( $p=0,032$ ) – с риском рождения ребёнка, впоследствии страдающего НРС. Тяжёлые осложнения в родах и в состоянии плода можно рассматривать как основной фактор риска рождения ребёнка с патологией развития.

### **3.1.1.4. Характеристика сопутствующих соматоневрологических заболеваний у детей**

Клиническую картину ДЦП дополняют: гидроцефалия (28%); нарушения зрения (30%); повышенная судорожная готовность (14%) и эпилепсия (18%); перенесённая перинатальная нейроинфекция - гнойный менингит (12%) и ряд других заболеваний.

У детей с НРС в 23,3% случаев диагностировались сколиоз, врождённая косолапость, хронический тонзиллит, пиелонефрит, топический дерматит, миотонический синдром, синдром пирамидной недостаточности. Органическое (перинатальное) поражение ЦНС - ОП ЦНС (ПП ЦНС) определено у 100% детей с ДЦП и 80% детей с НРС. Это указывает, что неврогенные нарушения при поражении ЦНС - серьёзный фактор возникновения НРС у детей.

ОП ЦНС (ПП ЦНС) ( $p=0,00079$ ) и «другие заболевания» ( $p=0,0068$ ) чаще были у детей с ДЦП, нежели у детей с НРС. Гидроцефалия ( $p=0,0012$ ), нарушение зрения ( $p=0,00068$ ), повышенная судорожная готовность ( $p=0,032$ ), эпилепсия ( $p=0,013$ ), нейроинфекции ( $p=0,049$ ) отмечены только у детей с ДЦП.

Итак, 100% детей с ДЦП и 80% детей с НРС имеют соматоневрологическую патологию. Дети с ДЦП отличаются большим разнообразием и высоким удельным весом сопутствующих соматоневрологических заболеваний, чем дети с НРС по типу экстрасистолии.

## **3.1.2. Психологические аспекты перинатального периода**

### **3.1.2.1. Анализ стадий жизненного цикла семьи, на которых были рождены дети**

Для установления СЖЦ семьи (по И.В. Добрякову), на которых были рождены обследованные дети, использовано полуструктурированное интервью. 28% детей с ДЦП, 30% детей с НРС и 66,7% здоровых рождены на благоприятных стадиях ЖЦС (компромиссов и зрелого супружеского холона).

72% детей с ДЦП, 70% детей с НРС и 33,3% здоровых детей рождены на неблагоприятных стадиях ЖЦС (добрачных отношений, конфронтации, экспериментирования с независимостью).

Достоверных различий в стадиях ЖЦС, на которых были рождены дети с ДЦП и дети, страдающие впоследствии НРС, нет. Дети с ДЦП ( $p=0,021$ ) и НРС ( $p=0,0013$ ) достоверно реже, чем здоровые, рождались на стадии компромиссов. Достоверно чаще, чем здоровые, дети с НРС ( $p=0,019$ ) и с ДЦП ( $p=0,043$ ) рождались на стадии добрачных отношений. На стадии конфронтации рождались как дети с патологией развития, так и здоровые дети.

Таким образом, не установлено взаимосвязей между стадией ЖЦС, на которой был рождён ребёнок, с риском его заболевания ДЦП или НРС по типу экстрасистолии. Определено соответствие между стадией компромиссов ЖЦС и рождением здорового ребёнка, а также соответствие между стадией добрачных отношений и рождением ребёнка с патологией развития.

### **3.1.2.2. Анализ типов психологического компонента гестационной доминанты у матерей**

С помощью «Тест отношений беременной» установлено, что ПКГД был оптимальным только у 18% матерей, родивших ребёнка с ДЦП, у 20% матерей, родивших ребёнка, впоследствии страдающего НРС, и у 20% матерей здоровых детей. То есть, у 82% матерей основной группы, 80% матерей 1 контрольной и у 80% матерей 2 контрольной группы были отклонения в системе отношений.

Не диагностировано таких типов ПКГД, как эйфорический, тревожный и депрессивный. Чаще отмечались сочетанные типы (оптимально-гипогестогнозический, оптимально-тревожный, оптимально-депрессивный, оптимально-эйфорический, тревожно-эйфорический, гипогестогнозически-тревожный, гипогестогнозически-эйфорический,) или оптимальный. Не выявлено достоверных различий типов ПКГД у матерей детей с ДЦП и с НРС. Но в отличие от матерей здоровых детей, матери детей с ДЦП достоверно чаще имели в структуре ПКГД выраженность гипогестогнозического ( $p=0,013$ ) и тревожного типов ( $p=0,0049$ ), а матери детей с НРС - тревожного ( $p=0,0004$ ).

У женщин, родивших ребёнка с ДЦП чаще, чем у женщин, родивших здорового ребёнка, беременность не изменила отношений с мужем (56%) и родственниками (24%). Они не думали о родах (24%), о вскармливании ребёнка грудью (22%), о том, какими будут матерями (18%). Матери детей с ДЦП и с НРС в период беременности чаще, чем матери здоровых детей, постоянно думали о родах, боялись их (30%, 33,3% соотв.), беспокоились о здоровье ребёнка, представляли его после рождения слабым (ДЦП - 18%), находились в нервном напряжении (НРС – 23,3%), беспокоились, что у них не будет молока (18%, 20% соотв.). Женщины, родившие здорового ребёнка, в отличие от женщин, родивших ребёнка с ДЦП ( $p=0,00007$ ) и ребёнка с НРС ( $p=0,0055$ ), были настроены во время беременности эйфорично (63,3%), были уверены, что станут прекрасными матерями (43,3%), постоянно разговаривали с ребёнком, которого вынашивали, восхищались им (26,7%), с восторгом представляли, как

будут кормить его грудью (20%), ожидали роды, как праздник (20%), считали, что беременность улучшила их отношения с мужем (20%).

Достоверных различий по оптимальному типу ПКГД у матерей всех групп не установлено, поэтому оптимально-эйфорический тип, по-видимому, следует считать более благоприятным в плане прогноза развития здорового ребёнка.

### **3.1.2.3. Анализ факта «запланированности» ребёнка и мотивов зачатия**

Дети с ДЦП и здоровые чаще были запланированы, а дети с НРС – не запланированы. Дети с ДЦП были запланированы достоверно чаще, чем дети с НРС ( $p=0,050$ ). Деструктивные мотивы зачатия ребёнка во всех группах зафиксированы реже, чем конструктивные мотивы (21,4% - дети с ДЦП; 40% - дети с НРС; 12,5% - здоровые дети). Самым частым конструктивным мотивом зачатия ребёнка во всех группах было желание женщины стать матерью (78,6% - дети с ДЦП, 60% - дети с НРС; 87,5% - здоровые дети), а деструктивным – улучшение взаимоотношений с мужем (14,4% - дети с ДЦП; 30% - дети с НРС; 6,3% - здоровые дети).

## **Параграф 3.2. Характеристика психоэмоциональной сферы матерей и детей**

### **3.2.1. Особенности психоэмоционального состояния матерей**

Исследование данного вопроса проводилось с помощью теста М. Люшера (МЦВ), полуструктурированного интервью, изучения документации, наблюдения за клинической картиной. Для матерей детей с ДЦП чаще характерна эмоциональная лабильность, активность при неустойчивости мотивации, ирреальность, субъективизм. Для матерей детей с НРС – сочетание повышенной эмотивности с ригидностью, рационализмом, с активной позицией, высокой мотивацией достижения, а для матерей здоровых детей – сочетание ригидности, рационализма и активности с субъективизмом, сверхчувствительностью, подозрительностью. Большая часть матерей испытывает потребность в самореализации, независимости, самостоятельности, в общении, нацелена на активность в достижении этих целей. У других матерей эти потребности фрустрированы. Они ощущают чувство собственного бессилия и общее перенапряжение с тенденцией к функциональным нарушениям в сердечно-сосудистой системе.

Для всех матерей характерен низкий уровень тревожности, но её показатель достоверно выше у матерей детей с НРС, чем у матерей детей с ДЦП ( $p=0,028$ ). Это связано с тем, что матери детей с ДЦП лабильны, склонны «выплёскивать эмоции», а для матерей детей с НРС характерно конфликтное сочетание эмоциональной лабильности и ригидности, склонность к накоплению отрицательных эмоций, недостаточность их отреагирования.

Различий в частоте встречаемости невротических расстройств в трех группах матерей (66%, 60%, 53,3% соотв.) не выявлено.

### **3.2.2. Особенности высших психических функций и эмоциональной сферы у детей**

Для определения состояния психических функций использовался стандартизированный набор нейропсихологических методик, для изучения

эмоционального состояния детей – тест Люшера (МЦВ), анализ амбулаторных карт и историй болезни, наблюдение за клинической картиной заболевания.

Нормальное состояние психических функций (без интеллектуальной и корковой патологии) обнаруживали все здоровые дети и часть детей с НРС ( $p=0,0000$ ). У детей с ДЦП этого не наблюдалось. Лёгкая степень (нарушение познавательных функций, парциальная корковая недостаточность) определена как у большего числа детей с ДЦП, так и у большего числа детей с НРС (46%, 53,3% соотв.). Умеренно выраженная степень (пограничная интеллектуальная недостаточность) чаще отмечалась у детей с ДЦП, нежели у детей с НРС ( $p=0,032$ ). Грубая степень (умственная отсталость) имела место только у детей с ДЦП ( $p=0,0012$ ). Нормальное состояние психических функций у детей с НРС по типу экстрасистолии отмечается реже, чем у здоровых детей ( $p=0,0000$ ). Нарушения речи у детей с ДЦП имелись чаще, чем у детей с НРС ( $p=0,0000$ ). То есть, различные речевые нарушения являются неотъемлемой частью клинической картины ДЦП. У детей с НРС, в отличие от здоровых детей, нарушения речи диагностируются ( $p=0,00083$ ).

Итак, нарушения психической деятельности у детей с ДЦП более выражены, чем у детей с НРС - мозговой дефект при ДЦП имеет больший удельный вес.

Невротическими расстройствами чаще страдают дети с НРС, чем дети с ДЦП ( $p=0,00055$ ) и здоровые ( $p=0,000002$ ). Церебрастенические расстройства ( $p=0,0000$ ) и невротоподобные нарушения ( $p=0,0084$ ) чаще отмечаются у детей с ДЦП, нежели у детей с НРС. По психопатоподобным расстройствам различий нет. Таким образом, в рамках ДЦП у детей круг психоневрологических расстройств церебрально-органического генеза шире, чем в рамках НРС.

У 40% здоровых детей выявлены ранее не диагностируемые невротические расстройства: в 75% – преневротическое состояние (астенические и невротические реакции), в 25% - стойкое невротическое расстройство (астено-невротический синдром). Дети с ДЦП и НРС имеют средний уровень тревожности, а здоровые – низкий. Выраженность тревожности у детей с ДЦП выше, чем у здоровых ( $p=0,0075$ ). Детей с ДЦП и с НРС отличает эмоционально-психическая неустойчивость. При ДЦП ее показатели достоверно выше, чем у здоровых детей ( $p=0,018$ ). Здоровые дети также эмоционально неустойчивы, как и дети с НРС по типу экстрасистолии.

### **Параграф 3.3. Особенности материнско-детских и семейных взаимоотношений**

#### **3.3.1. Материнско-детские и семейные взаимоотношения с точки зрения матери**

##### **3.3.1.1. Типы воспитания детей и личностные проблемы их матерей**

По данным опросника АСВ, достоверных различий в стилях воспитания детей с ДЦП и с НРС нет. Выявлены все типы патологизирующего воспитания (потворствующая и доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение, неустойчивый и противоречивый тип), кроме жестокого обращения и гипопротекции. В семьях больных детей не обнаружено ни одного случая гармоничного воспитания.

В семье ребёнка с ДЦП чаще определены такие типы воспитания, как неустойчивый (36%) и потворствующая гиперпротекция (28%), в семье ребёнка с НРС - повышенная моральная ответственность (30%) и доминирующая гиперпротекция (23,3%). В семьях здоровых детей - непатологизирующий тип воспитания (56,7%) и потворствующая гиперпротекция (20%).

Таким образом, большинство детей с ДЦП подвергались резкой смене стилей воспитания или находились в центре внимания семьи, которая стремилась к максимальному удовлетворению их потребностей без достаточных требований и запретов. Большая часть детей с НРС испытывали высокие требования к себе в сочетании с пониженным вниманием к потребностям, или находились в центре внимания родителей, которые лишали их самостоятельности, ставя много запретов. В семьях здоровых детей воспитательные действия родителей либо имеют непатологизирующий характер, либо отличаются высоким уровнем протекции с максимальным удовлетворением потребностей ребёнка.

По сравнению с воспитанием здоровых детей, неустойчивый тип воспитания детей с ДЦП ( $p=0,0007$ ) и детей с НРС ( $p=0,045$ ), а также повышенная моральная ответственность ( $p=0,036$ ;  $p=0,005$  соотв.) диагностируются чаще. Непатологизирующий тип воспитания встречается ( $p=0,0000$ ) в семьях здоровых детей, а в семьях детей с патологией развития - нет. По-видимому, наличие у ребенка болезни взаимосвязано с его негармоничным воспитанием.

Воспитанию детей с ДЦП больше, чем воспитанию детей с НРС, сопутствуют гиперпротекция ( $p=0,017$ ), недостаточность запретов ( $p=0,003$ ) и санкций ( $p=0,014$ ), фобия утраты ( $p=0,009$ ). В воспитании детей с ДЦП, в отличие от воспитания здоровых, больше проявляются недостаточность санкций ( $p=0,0036$ ), неразвитость родительских чувств ( $p=0,0067$ ), проекция не желаемых качеств ( $p=0,0029$ ). В воспитании больных детей, по сравнению с воспитанием здоровых, чаще встречаются: гиперпротекция ( $p=0,000$ ;  $p=0,0014$  соотв.), игнорирование потребностей ребёнка ( $p=0,00018$ ;  $p=0,000056$ ), неустойчивость ( $p=0,017$ ;  $p=0,013$ ), чрезмерность требований ( $p=0,0003$ ;  $p=0,0002$ ) или их недостаточность ( $p=0,0013$ ;  $p=0,0009$ ), чрезмерность запретов ( $p=0,015$ ;  $p=0,017$ ) или их недостаточность ( $p=0,0000$ ;  $p=0,0015$ ), чрезмерность санкций ( $p=0,023$ ;  $p=0,0010$ ), а также психологические проблемы родителей: расширение сферы родительских чувств ( $p=0,0022$ ;  $p=0,019$ ), предпочтение детских качеств ( $p=0,031$ ;  $p=0,018$ ), воспитательная неуверенность ( $p=0,00025$ ;  $p=0,029$ ), фобия утраты ребёнка ( $p=0,0000$ ).

Таким образом, воспитание детей с патологией развития связано с более выраженными его нарушениями и наличием больших личностных проблем родителей, решаемых за счёт ребёнка, нежели воспитание здоровых детей.

### **3.3.1.2. Оценка отношений матери с ребёнком**

С помощью рисунка «Я и мой ребёнок» установлено, что отношения матерей с детьми с ДЦП характеризуются большей тревожностью, чем отношения матерей и детей с НРС ( $p=0,000050$ ) и отношения матерей и здоровых детей ( $p=0,000051$ ). В отношениях матерей и детей с ДЦП более выражены конфликтность ( $p=0,0000$ ), чувство неполноценности ( $p=0,017$ ) и враждебность

( $p=0,000010$ ), нежели в отношениях матерей и здоровых детей. Для отношений матерей и детей с НРС более характерна конфликтность ( $p=0,0003$ ) и враждебность ( $p=0,000013$ ), чем для отношений матерей и здоровых детей. Благоприятные отношения чаще характеризуют матерей и здоровых детей, чем матерей и детей с ДЦП ( $p=0,000001$ ), а также матерей и детей с НРС ( $p=0,0000$ ).

Можно думать, что наличие у ребенка болезни взаимосвязано с неблагоприятным отношением к нему матери.

### **3.3.1.3. Оценка положения матери в системе межличностных отношений в семье**

Анализ результатов теста «Семейная социограмма» показал, что матери больных детей чаще имеют неустойчивую самооценку, высокий уровень притязаний, максимальную власть в семье, эгоцентрическую направленность личности. Между матерью и больным ребёнком чаще наблюдается прямая коммуникация (68% - в семье ребёнка с ДЦП; 66,7% - в семье ребёнка с НРС), реже – опосредованная. Чаще в отношениях между матерью и ребёнком с патологией развития наблюдается конфликтность, недостаток эмоционального контакта, реже – благоприятное эмоциональное общение.

### **3.3.2. Семейные взаимоотношения и другие типы отношений с точки зрения ребёнка**

#### **3.3.2.1. Оценка детьми внутрисемейных отношений**

По данным методики «Рисунок семьи», благоприятная семейная обстановка чаще выявлена в семьях здоровых детей, нежели в семьях детей с ДЦП ( $p=0,0000$ ) и с НРС ( $p=0,034$ ). В семьях детей с НРС семейная обстановка более благоприятна, чем в семьях детей с ДЦП ( $p=0,00026$ ). Тревожность ( $p=0,00021$ ), конфликтность ( $p=0,0025$ ), чувство неполноценности ( $p=0,00082$ ) и враждебность ( $p=0,0028$ ) в семьях детей с ДЦП выражены больше, чем в семьях детей с НРС и семьях здоровых ( $p=0,000055$ ;  $p=0,0000$ ;  $p=0,000001$ ;  $p=0,0051$  соотв.). Конфликтность ( $p=0,0028$ ) и чувство неполноценности ( $p=0,029$ ) больше проявляются в семьях детей с НРС, чем в семьях здоровых. Таким образом, болезнь ребёнка негативно взаимосвязана с семейными отношениями.

#### **3.3.2.2. Оценка положения ребёнка в системе межличностных отношений в семье**

Качественный анализ социограмм, выполненных детьми, показал, что дети с патологией развития чаще низко оценивают свою значимость в семейных отношениях, имеют низкую или неустойчивую самооценку с низким уровнем притязаний. Между ребёнком и матерью в обеих группах больных детей чаще отмечается непосредственная коммуникация, имеют место элементы явно выраженного или подсознательного негативизма, конфликтности.

#### **3.3.2.3. Характеристика системы отношений у детей**

Характеристика отношений детей к различным стимулам проведена по методике ЦТО. Цветовая оценка стимула «Я» показала, что дети с ДЦП лабильны, инфантильны или с ригидностью эмоций. Дети с НРС эмоционально лабильны, склонны к протестам на фоне неудовлетворения потребностей.



Здоровые дети менее лабильны, с высокой поисковой активностью, наступательной агрессивностью, ригидностью, целенаправленностью.

Предпочтительно относятся к стимулу «Я – маленький» 71,4% детей с ДЦП, 63,3% - с НРС и 90% здоровых. Предпочитают стимул «Я – сейчас» 76,2% детей с ДЦП, 80% детей с НРС и 76,5% здоровых детей. Предпочтительное отношение к стимулу «Я – взрослый» отмечается у 54,8% детей основной, 53,3% детей 1 контрольной группы и 66,7% здоровых детей.

В отличие от здоровых детей, дети с патологией развития во взрослой жизни будут испытывать большую потребность в отстаивании своей позиции, проявлять оборонительность и защитную агрессивность. Здоровые дети, став взрослыми, потребность в глубокой привязанности будут рассматривать как инструмент достижения внешней защиты, эмоционального комфорта, покоя, будут стремиться к яркости переживаний и общению, проявлять оптимизм.

Девочки всех групп активнее, чем мальчики. Девочки с НРС чаще, чем девочки с ДЦП, стремятся отстаивать свою позицию, проявляют оборонительность, ригидность, защитную агрессивность. Девочки с ДЦП менее лабильны, обладают большей демонстративностью, наступательной агрессивностью, целенаправленностью, активностью в самореализации, конфликтностью в семейных отношениях, чем мальчики с ДЦП. Мальчики с НРС при неудовлетворении потребностей проявляют негативизм, протестные реакции, что отличает их от мальчиков с ДЦП, которые более отгорожены, лабильны и пассивны. В отличие от больных, здоровые дети не склонны к защитной агрессивности. Итак, пол и состояние здоровья ребёнка взаимосвязаны с отношением к образу «Я» и поведенческими стереотипами.

При оценке стимула «Мама», «Семья» выявлено, что многие дети всех групп не удовлетворены отношениями в семье, с матерью и ждут от неё большей, чем есть в реальности, эмоциональной вовлечённости, защиты, пытаются завоевать её любовь. Они испытывают потребность в глубокой привязанности, в общении, в изменении существующей ситуации, стремятся утвердиться в семье, отстаивать свою позицию. Предпочтительно относятся к матери 57,1% детей основной группы, 50% детей 1 контрольной и 53,3% детей 2 контрольной группы.

Неприятие болезни отмечается у 50% детей основной и у 46,7% детей 1 контрольной группы. Мальчики с ДЦП, в отличие от мальчиков с НРС, в силу психоэмоциональной незрелости, стёртых представлений о болезни и здоровье, нарушения формирования психологического образа тела («схемы тела») менее критично оценивают свое состояние, склонны к иррациональной защите.

Девочки с ДЦП, в отличие от девочек с НРС, больше переживают по поводу своей болезни, но менее критично оценивают своё состояние. Девочки с ДЦП более критичны к своему болезненному состоянию, чем мальчики с ДЦП, что обусловлено более высоким уровнем их самосознания, чувствительностью к психофизическому недостатку, ведущему к комплексу неполноценности. Итак, пол детей и особенность патологии развития определяет их критичность по отношению к болезни.

### **Параграф 3.4. Результаты корреляционного анализа**

Не установлено явной связи между стадией ЖЦС, на которой был рождён ребёнок, с риском заболевания его ДЦП или НРС. Выявлено, что стадия компромиссов, на которой был рождён ребёнок с ДЦП, положительно коррелирует с выраженностью оптимального типа в структуре ПКГД у его матери, а стадия конфронтации – с выраженностью депрессивного типа. Это показывает, что благоприятная стадия компромиссов, на которой рождён ребёнок, связана с благоприятным оптимальным типом в ПКГД у его матери, но не связана с рождением здорового ребёнка. В свою очередь неблагоприятная стадия конфронтации связана с неблагоприятным депрессивным типом в ПКГД, но не связана с состоянием здоровья ребёнка.

У матерей детей с ДЦП, которые были запланированы, в структуре ПКГД в период беременности отмечались высокие показатели оптимального типа, у матерей детей с НРС – эйфорического типа, у матерей здоровых детей не диагностировалось тревожности. По-видимому, запланированность ребёнка связана с более благоприятным отношением матери к беременности, но не связана с рождением здорового ребёнка.

Ребёнок с ДЦП, независимо от того, был он запланирован или нет, мог быть рождён на любой стадии ЖЦС. Дети с НРС и здоровые дети, если были запланированы, чаще появлялись на свет на благоприятной стадии компромиссов.

Если у матери ребёнка с ДЦП были выражены оптимальный и эйфорический типы в структуре ПКГД, то она проявляла в его воспитании больший уровень протекции, больше удовлетворяла его потребности, хотя это не было связано с гармоничным стилем общения. Выраженность депрессивного и тревожного типов в структуре ПКГД матери ребёнка с ДЦП связана с низким уровнем протекции и игнорированием его потребностей.

У матерей детей с НРС установлена прямая связь выраженности гипогестогнозического типа в структуре ПКГД и обратная связь выраженности оптимального типа с эмоциональным отвержением ребёнка в семье. У матерей здоровых детей выявлена отрицательная связь непатологизирующего воспитания ребёнка с тревожным типом в структуре ПКГД. Гармоничное воспитание отрицательно связано с высоким показателем тревожного типа в структуре ПКГД матери.

Не выявлено связей между типом воспитания и стадией ЖЦС, на которой был рождён ребёнок с ДЦП. Это указывает, что не стадия ЖЦС, а другие факторы (особенность заболевания, состав семьи, личностные проблемы родителей) коррелируют с типом воспитания таких детей. В семьях детей с НРС установлена прямая связь потворствующей гиперпротекции в воспитании со стадией зрелого супружеского холона. В семьях здоровых детей отмечена положительная связь между повышенной моральной ответственностью в воспитании и стадией добрых отношений, а также эмоционального отвержения, неустойчивости воспитания - со стадией конфронтации.

Таким образом, появление на свет здорового ребёнка на неблагоприятных стадиях ЖЦС связано с патологизирующим воспитанием. В то же время рождение ребёнка с патологией на благоприятных стадиях ЖЦС не связано с гармоничным воспитанием.

Обнаружена тесная связь доминирующей гиперпротекции в воспитании с фактом запланированности ребёнка с ДЦП и с НРС.

Неустойчивый тип воспитания ребёнка с ДЦП связан с такими личностными проблемами родителей, как расширение сферы родительских чувств, их неразвитость, проекция на ребёнка собственных не желаемых качеств, вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания. Повышенная моральная ответственность в воспитании детей с НРС прямо связана с проекцией не желаемых качеств на ребёнка. Гармоничное воспитание – обратно связано с фобией утраты и проекцией на ребенка не желаемых качеств.

Анализ взаимосвязей между особенностями воспитания, с одной стороны, и психоэмоциональным состоянием матери и ребёнка, факторами возраста, пола, образования, семейного положения, - с другой, показали следующее. Во всех группах не выявлено достоверных связей между типом воспитания ребёнка и наличием невротических расстройств у матери. В то же время неустойчивый тип воспитания детей с ДЦП тесно связан с высокими показателями нервно-психического неблагополучия матери, а детей с НРС – с ее повышенной тревожностью. Повышенная моральная ответственность в воспитании здоровых детей положительно коррелирует с высокой тревожностью матери.

Не установлено тесных связей между типом воспитания в семье и возрастом ребёнка с ДЦП и здорового ребёнка. Но диагностировано, что потворствующая гиперпротекция в воспитании отрицательно коррелирует с возрастом 5-7 лет ребёнка с НРС. Дошкольный возраст детей с данной патологией обратно связан с максимальным удовлетворением их потребностей и снижением требований. Это подтверждает ранее установленный факт, что повышенная моральная ответственность в воспитании, сочетающая высокие требования с пониженным вниманием к потребностям, - наиболее частый стиль общения с такими детьми.

Не установлено связей между типом воспитания и полом больного ребёнка. Но выявлена тесная связь между доминирующей гиперпротекцией с повышенными запретами и женским полом здорового ребёнка.

Не обнаружено тесных связей между типом воспитания и состоянием высших психических функций у детей с НРС и здоровых детей. Но выявлено, что повышенная моральная ответственность в воспитании отрицательно связана с грубой степенью нарушения психических функций у детей с ДЦП.

Не отмечено связей между типом воспитания и невротическими расстройствами у детей с НРС и здоровых. С невротическими расстройствами у детей с ДЦП прямо связана повышенная моральная ответственность в их воспитании, а отрицательно – потворствующая гиперпротекция. То есть, максимальное удовлетворение потребностей ребёнка с ДЦП связано с более благоприятным его эмоциональным состоянием, а сочетание высоких требований с пониженным вниманием к потребностям – с невротизацией.

Матери без высшего образования чаще проявляют: в воспитании ребёнка с ДЦП - строгость санкций, воспитательную неуверенность, выносят супружеский конфликт в сферу воспитания, предпочитают у ребёнка мужские качества; в воспитании ребёнка с НРС - личностную тревожность и конфликтность; в воспитании здорового - чрезмерность запретов. Таким образом, все матери без высшего образования чаще проявляют в воспитании детей личностные проблемы и испытывают трудности в общении с детьми.

В семьях с 2-3 детьми, независимо от того, здоров ребёнок или болен, с большей выраженностью игнорируются в воспитании его потребности и предъявляются высокие требования.

Непатологизирующий тип воспитания здорового ребёнка, стиль общения со здоровыми и больными детьми в форме потворствующей и доминирующей гиперпротекции - связаны с более благоприятной обстановкой в семье и нервно-психическим состоянием матери. А неустойчивый и противоречивый типы воспитания, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение ребёнка - с неблагоприятной семейной ситуацией, конфликтностью, враждебностью, чувством неполноценности и более напряжённым эмоциональным состоянием матери.

Более высокие показатели благоприятной семейной обстановки коррелируют с возрастом детей 8-10 лет с ДЦП. Высокие показатели чувства неполноценности в семье тесно связаны с возрастом здоровых детей 7-8 лет.

Более благоприятны отношения в семьях детей с ДЦП с лёгкой степенью нарушения психических функций, а также в семьях детей с НРС с нормальным уровнем развития. Повышенное чувство неполноценности - в семьях детей с ДЦП с грубой степенью нарушения психических функций, а повышенная конфликтность - в семьях детей с НРС с лёгкой степенью нарушения психических функций. Таким образом, уровень благоприятности отношений между матерью и ребёнком связан со степенью нарушения психических функций у больного ребёнка, его возрастными особенностями. Снижение уровня развития высших корковых функций у ребёнка связано с установлением неблагоприятных отношений с ним.

Не выявлено связи пола ребёнка с НРС и здорового ребёнка с особенностями отношений в семье. В то же время принадлежность детей с ДЦП к женскому полу прямо связана с повышенной конфликтностью в семье, что можно объяснить их личностными особенностями.

**В четвёртой главе** излагается программа игровой психологической реабилитации семьи ребёнка с детским церебральным параличом.

#### **Параграф 4.1. Этапы программы игровой психологической реабилитации**

Авторская программа игровой психологической реабилитации апробирована на отделении психоневрологии ВОДБ на 50 семьях, где ребёнок страдает спастической формой ДЦП. Она предназначена для детей от 5 до 10 лет без грубой интеллектуальной патологии и тяжёлых двигательных нарушений и их

матерей. Работа проводится отдельно с каждой семьёй после добровольного согласия мамы и ребёнка, по рекомендации невролога и нейропсихолога.

Психологическая реабилитация включает ряд этапов: **1. Первичная беседа** (выявление проблемы, сбор анамнеза, установление контакта с ребёнком на эмоциональном уровне и формирование доверительных отношений); **2. Беседа с матерью** (сбор медицинского и семейного анамнеза, изучение отношений между матерью и ребёнком, ребёнком и сверстниками в детском саду и школе, выявление психотравм; обсуждение основных проблем ребёнка с точки зрения матери и психофизического состояния матери); **3. Клинико-психологическая диагностика матери** (метод полуструктурированного интервью, опросник АСВ, тест ТОВ (р.), семейная социограмма, тест М. Люшера, рисунок «Я и мой ребёнок», опросник «Личностная шкала проявлений тревоги», метод включённого наблюдения, изучение документации). **4. Клинико-психологическая диагностика ребёнка** (тест М. Люшера, рисунок «Моя семья», тест ЦТО, стандартизированный набор нейропсихологических методик, анкета «Определение уровня тревожности ребёнка», семейная социограмма, метод включённого наблюдения, изучение документации). **5. Анализ и интерпретация полученных результатов** (описание психического статуса ребёнка в истории болезни, определение мишеней для психологического воздействия, назначение реабилитационных сеансов); **6. Проведение игровой психологической реабилитации.** **7. Подведение итогов реабилитации** (обсуждение результатов, повторное обследование матери и ребёнка, оценка и интерпретация динамики психологических показателей, описание результатов в истории болезни, выработка рекомендаций).

**Параграф 4.2. Содержание программы игровой психологической реабилитации матери и ребёнка с детским церебральным параличом «Я, мама и зверята»** раскрывает цели, и конкретное содержание занятий разработанной программы. Она включает 10 занятий продолжительностью 45-50 минут, которые проводятся 2-3 раза в неделю в течение месяца.

Программа интегрирует техники различных направлений психотерапии: анималотерапии, игровой терапии, арттерапии (изотерапия, музыкальная и танцевальная терапия, библиотерапия), сказкотерапии, телесно-ориентированной терапии, групповой и поведенческой психотерапии. Используются методы аутогенной релаксации с упражнениями сюжетного воображения, медитации, дыхательной гимнастики, мышечной релаксации, психогимнастика по развитию высших корковых функций. Программа включает разработки известных авторов, многие из которых специально адаптированы к системе «Мама + ребёнок с ДЦП». Использование в программе заданий и упражнений для детей, не страдающих ДЦП, обусловлено задачей не акцентирования внимания на патологии ребёнка и его «непохожести».

**Цели игровой психологической реабилитации:** 1. Оптимизация материнско-детских отношений и улучшение психоэмоционального состояния матери и ребёнка, страдающего ДЦП; 2. Повышение самооценки; 3. Преодоление проблем в общении; 4. Преодоление страхов, комплексов и

стрессов; 5. Снижение тревожности и агрессивности; 6. Развитие умений выражения чувств, их определения и способности к эмпатии; 7. Развитие познавательной, творческой и речевой активности, отдельных высших корковых функций; 8. Развитие моторики, координации движений, формирование мышечного чувства, развитие опорности и равновесия; 9. Снятие телесных зажимов.

#### **Параграф 4.3. Оценка динамики психологических показателей в процессе игровой психологической реабилитации**

Изучение динамики психологических показателей у 50 семей, прошедших игровую психологическую реабилитацию, показало достоверное снижение тревоги и повышение уровня нервно-психического благополучия, психоэмоциональной устойчивости детей и их матерей ( $p < 0,05$ ). После реабилитации в отношениях между матерью и ребёнком достоверно снизились проявления тревожности, конфликтности, неполноценности, враждебности, повысился уровень благоприятности семейной обстановки ( $p < 0,05$ ).

**Параграф 4.4.** содержит анализ конкретного случая игровой психологической реабилитации ребёнка с ДЦП, его матери.

В **заключении** подводятся основные итоги исследования, отмечается эффективность разработанной авторской программы игровой психологической реабилитации для детей с ДЦП и их матерей.

#### **Выводы**

1. Тяжёлая патология в родах и в состоянии плода чаще имели место в анамнезе детей с ДЦП, чем в анамнезе детей с НРС по типу экстрасистолии. Инфекции дыхательной системы в период беременности чаще встречались в анамнезе матерей детей с патологией развития, чем здоровых.

2. У детей с ДЦП нарушения психической деятельности и психоневрологические расстройства церебрально-органического генеза выражены больше, чем у детей с НРС по типу экстрасистолии. У детей с НРС чаще, чем в других группах, диагностируются невротические нарушения.

3. Для матерей всех групп чаще характерны сочетанные типы или оптимальный тип ПКГД. Достоверных различий типов ПКГД у матерей детей с ДЦП и НРС не выявлено. В отличие от матерей здоровых детей женщины, родившие ребёнка с ДЦП, чаще имеют в структуре ПКГД высокие показатели гипогестогностического и тревожного типов, а матери детей с НРС – тревожного типа. Матерям здоровых детей, в отличие от матерей больных детей, чаще присущ высокий показатель эйфорического типа в структуре ПКГД.

4. Не установлено связей между стадией ЖЦС, на которой был рождён ребёнок, с риском его заболевания ДЦП или НРС. Стадия добрачных отношений ЖЦС чаще была связана с рождением ребёнка с патологией развития, а стадия компромиссов – с рождением здорового ребёнка.

5. У матерей детей с ДЦП уровень тревожности достоверно ниже, чем у матерей детей с НРС по типу экстрасистолии. Матери больных детей чаще, чем матери здоровых детей, имеют неустойчивую самооценку, высокий уровень

притязаний, максимальную власть в семье и эгоцентрическую направленность личности. Матерей всех групп отличают эмоционально-психическая неустойчивость, одинаковая частота встречаемости невротических расстройств.

6. Выраженность тревожности и эмоционально-психической неустойчивости у детей с ДЦП выше, чем у здоровых детей. Для детей с нарушением развития, по сравнению со здоровыми детьми, характерны средний уровень тревожности, низкая или неустойчивая самооценка в сочетании с низким уровнем притязаний.

7. Не установлено различий в воспитании детей с ДЦП и с НРС по типу экстрасистолии. Для воспитания больных детей больше характерны повышенная моральная ответственность и неустойчивость, а для воспитания здоровых – гармоничный тип воспитания. В воспитании детей с ДЦП чаще, чем в воспитании детей с НРС, отмечается гиперпротекция, недостаточность запретов и санкций, фобия утраты ребёнка. В воспитании больных детей чаще, чем в воспитании здоровых, проявляются гиперпротекция, игнорирование потребностей ребёнка, чрезмерность требований, санкций, запретов или их недостаточность, расширение сферы родительских чувств или их неразвитость, проекция на ребёнка собственных не желаемых качеств, предпочтение детских качеств, воспитательная неуверенность, фобия утраты ребёнка. В семьях детей с ДЦП тревожность, конфликтность, чувство неполноценности и враждебность в отношениях выражены больше, чем в семьях детей с НРС. Отношения матерей и детей с патологией развития отличаются большей тревожностью, конфликтностью, чувством неполноценности и враждебностью, чем отношения матерей и здоровых детей.

8. В группах детей с ДЦП и НРС по типу экстрасистолии установлены взаимосвязи между степенью нарушения психических функций, возрастом и полом ребёнка, уровнем образования матери, составом семьи, количеством детей в семье и особенностями материнско-детских и семейных отношений.

9. Особенности типа ПКГД, планирования ребёнка и стадии ЖЦС, на которой произошло его рождение, взаимосвязаны с показателями семейных отношений.

10. Апробация авторской программы игровой психологической реабилитации «Я, мама и зверята» для семей детей с ДЦП показала достоверное снижение личностной тревожности, повышение уровня нервно-психического благополучия и психоэмоциональной устойчивости у матерей и детей, а также повышение благоприятности семейной обстановки за счёт снижения тревожности, конфликтности, чувства неполноценности и враждебности в семейных отношениях.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Спицына Н.К. Факторная недостаточность высших психических функций у детей с ДЦП //Ананьевские чтения: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2005» /Под ред. Л.А. Цветковой, Л.М. Шипициной. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2005. – С. 307-309 (0,2 п.л.).

2. Спицына Н.К. Типы психологического компонента гестационной доминанты у матерей, родивших детей со спастической формой детского церебрального паралича //Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 143-144 (0,06 п.л.).

3. Спицына Н.К. Стадии жизненного цикла семьи, на которых был рождён ребёнок с детским церебральным параличом, и особенности семейного воспитания (в связи с задачами психотерапии) //Немедикаментозные методы терапии. Сборник тезисов научно-практической конференции. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2006. – С. 20-21 (0,12 п.л.).

4. Спицына Н.К. Типы патологизирующего семейного воспитания детей со спастическими формами детского церебрального паралича и психологические (личностные) проблемы их матерей. //Ананьевские чтения: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2006» /Под ред. Л.А. Цветковой, Л.М. Шипициной. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2006. – С. 224-225 (0,12 п.л.).

5. Спицына Н.К. Психокоррекция и психотерапия детей с детским церебральным параличом и их матерей //Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход)/ Материалы конференции.- СПб., 2007. С. 144-146 (0,2 п.л.).

6. *Спицына Н.К. Типы психологического компонента гестационной доминанты у матерей, родивших ребёнка с детским церебральным параличом //Научный журнал «Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Аспирантские тетради» /Под ред. Н.Л. Шубиной. – СПб.: Издательство «Книжный дом» РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С.443-448 (0,4 п.л.).*