

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Канд. мед. наук Н. Г. МИХАНОВСКАЯ, Е. Э. БЕЛЯЕВА

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков

Представлены результаты собственных исследований, касающихся нарушений детско-материнского взаимодействия, поведенческих и эмоциональных девиаций у матерей детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы. Показана необходимость психопатологической квалификации нарушений детско-материнского взаимодействия для формирования адекватного терапевтического сопровождения матери и повышения ее материнской компетентности.

Ключевые слова: детско-материнское взаимодействие, поведение, эмоциональные реакции.

Рассматривая особенности моторного, эмоционального, социального развития ребенка раннего возраста, невозможно оценивать их вне контекста детско-материнского взаимодействия. При этом нарушения эмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с проблемами развития, могут квалифицироваться в качестве таковых, когда они проявляются при диадическом взаимодействии, оказывая специфическое влияние на контакт с ребенком.

В течение первых месяцев жизни младенца на качество контакта в диаде мать — дитя могут оказывать влияние как патологические состояния матери во время беременности, так и осложнения перинатального периода, касающиеся ребенка. В этих случаях на фоне искажения гестационной доминанты возможны и нарушения формирования материнской доминанты, обусловленные неблагоприятными обстоятельствами, связанными с медицинскими показаниями со стороны ребенка и требующими разобщения матери с младенцем с первых минут и часов его жизни [1]. В то же время ребенок как субъект активного диадического взаимодействия с момента своего рождения, в силу перинатального поражения нервной системы, оказывается недостаточно способным к инициации и поддержанию контакта, формированию адекватных и понятных знаков или сигналов, способствующих созданию условий для гармоничного взаимодействия с матерью, снижая тем самым ее эмоциональную активность, вовлеченность и успешность в контактах. Таким образом, формируется «порочный круг» положительных обратных связей, усугубляющих уже имеющиеся нарушения развития ребенка. [2].

Даже «достаточно хорошая мать» (по Винникотту), способная изначально в своих базовых способах взаимодействия осуществлять хороший холдинг, оказываясь в ситуации переживания собственной высокой тревожности, дистимии, усталости или раздражения, не в состоянии поддер-

живать цепи циклов взаимодействия с ребенком, блокируя тем самым очень важный механизм совершенствования всех сфер его развития [3].

Построение цепочек циклов взаимодействия является важным этапом формирования детско-родительских отношений. Нарушения возможности построения циклов взаимодействия в паре родитель — ребенок могут быть скорректированы путем восстановления способности взрослых распознавать знаки ребенка и помогать его ответу.

В неблагоприятных обстоятельствах, при нарушении функционирования церебральных структур, обеспечивающих эмоциональное, двигательное, сенсорное развитие, у ребенка не формируется или искажается способность к ответу на инициативу взрослого.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью совершенствования медико-психологической помощи детям с нервно-психическими расстройствами и их семьям. Своевременная и адекватная оценка эмоционального состояния матери ребенка раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы, базирующаяся на учете разнообразных поведенческих проявлений осознаваемых и не осознаваемых ею чувств, возникающих при взаимодействии с большим ребенком, является важным диагностическим модулем при создании гармонизирующих коррекционных программ сопровождения семьи.

Под наблюдением находилось 227 диад мать — ребенок. Обследованные были разделены на две группы в зависимости от возраста детей: I возрастная группа — 95 пар с детьми в возрасте от 3 месяцев до 1,5 лет; II группа — 132 пары с детьми от 1,5 до 3,5 лет. Средний возраст матерей составил 27 лет. Были проанализированы особенности пре- и постнатального анамнеза ребенка, проведена первичная диагностика нарушений развития ребенка в формате включенного наблюдения и анализа видеозаписей ситуации взаимодействия матери, ребенка и специалиста при первичной диагностике.

Первичная диагностика осуществлялась в соответствии с разработанной процедурой оценки психопатологических расстройств в раннем возрасте [4].

Объектом исследования являлись поведенческие паттерны эмоционального реагирования матери в ситуации первичной диагностики состояния нервно-психического развития ребенка.

При изучении перинатального анамнеза было установлено, что все дети имели различной степени тяжести пре-, интра- и постнатальные поражения ЦНС преимущественно гипоксическо-ишемического, инфекционно-гипоксического генеза. У них формировались специфические для раннего возраста расстройства церебральной гемо-ликвородинамики с развитием синдромов повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, тонусных нарушений, вегетативного дисбаланса.

Феноменологическое описание вариантов поведения матерей в ситуации первичного консультирования позволило выделить четыре варианта их поведения по отношению к ребенку и специалисту: манипулятивно-избегающий, тревожный, депрессивный и смешанный. Эти варианты (материнский компонент взаимодействия) отражали специфику эмоционального состояния матерей детей раннего возраста с нарушениями развития, требовавшую своевременной и адекватной квалификации для обеспечения комплаентности дальнейшего терапевтического сопровождения.

Первый вариант материнского взаимодействия обнаруживали матери, впервые обратившиеся за психиатрической помощью и демонстрировавшие поведенческие паттерны манипулятивно-избегающего поведения. Оно характеризовалось психологическим неприятием существующих проблем ребенка, манипулированием медицинскими диагнозами для их представления с избеганием проявлений собственного отношения и, вследствие этого, переносом ответственности за принятие каких-либо решений и состояние здоровья ребенка на специалиста.

В начале консультирования мамы выглядели растерянными, испытывали затруднения в высказывании жалоб, описаний проблем ребенка. Они «разговаривали диагнозами» — интроективно: вместо своих жалоб перечисляя диагнозы, поставленные ребенку ранее различными специалистами. Предоставив специалисту роль посредника-эксперта, мамы листали документы, подыскивая в них все новые результаты разнообразных обследований и анализов, настойчиво обращая на них внимание.

В ситуации осмотра матери с манипулятивно-избегающим поведением полностью передоверяли ребенка специалисту, стоя за его спиной или рядом, рассматривая ребенка из-за плеча или через руку специалиста. При этом создавалось впечатление, что у них «нет рук» для осуществления поддержки ребенка. Они «укрываются» от ребенка за спиной постороннего взрослого, которого они воспринимают как человека более компетентного в обращении с их малышом, чем они сами.

Обращала на себя внимание неконгруэнтность между напористыми, решительными, уверенными интонациями голоса и растерянным выражением лица матерей.

В структуре манипулятивно-избегающего поведения матерей детей первых месяцев жизни с перинатальным поражением ЦНС (I группа) наблюдалось отчетливое двустороннее ограничение, искажение качества и продолжительности циклов взаимодействия с ребенком.

Со стороны матери оно проявлялось в неспособности открывать и закрывать циклы взаимодействия с ребенком, в хаотичности, спонтанности контактов, избегании длительного и близкого взгляда в лицо и глаза ребенка, минимизации активной мимики и артикуляции при осуществлении ухода за ребенком, кормлений. Эти мамы мало вокализировали и улыбались, сохраняя способность к поддержанию лишь маловариативного телесного контакта с ребенком. В этих обстоятельствах матери не говорили о своих детях как о субъектах контакта, не высказывали собственного понимания и чувствования ребенка. Отсутствовали также «мы-высказывания» о ребенке, что указывало на несформированность здоровой конfluenceции, необходимой для диадического взаимодействия с ребенком этого возраста.

С другой стороны, дети, ограниченные в возможностях продуцирования нормативных сигналов о готовности к взаимодействию и контакту, представляли слабый отклик, нивелируя тем самым важный компонент формирования обратной связи с матерью, что снижает ее эмоциональные ресурсы. В таких обстоятельствах блокировался переход к более высокому уровню — физическому взаимодействию, необходимому для обеспечения гармоничности и адекватности контакта, расширения ресурсов матери с целью формирования и поддержки развивающего физического и эмоционального пространства для ребенка.

Когда матери с манипулятивно-избегающим вариантом поведения сталкивались с возможностью или готовностью малышей к отделению от матери (дети II возрастной группы), для них было характерно отчетливое снижение чувствительности к знакам ребенка и неконгруэнтность во взаимодействии с ним. Так, в первые минуты диагностической процедуры матери стремились удерживать малыша рядом с собой, затем, когда после ряда безуспешных попыток, он все же мог отдалиться, они с некоторой внешней разочарованностью «забывали» о ребенке, углубляясь в обсуждение истории его болезни. Когда ребенок, нуждавшийся в поддержке матери, доступными ему способами предпринимал попытки вернуться в контакт, матери пренебрегали этими знаками и не фиксировали снижение инициативы со стороны ребенка при неудачных попытках.

Модальность эмоционального состояния матерей, демонстрировавших манипулятивно-избегающий вариант поведения, могла квалифици-

роваться как подавленность, внешние признаки которой регистрировались в 36,84% и 41,66% случаев (в I и II возрастных группах соответственно).

Второй вариант поведения матерей изучаемых диад квалифицировался как тревожный тип поведения. Паттернами тревожного варианта поведения расценивались чрезмерная суетливость, беспокойство, сопровождаемое большим числом высказываний и комментариев, напористость, нетерпеливость в ожидании сигналов ребенка, неадекватность силы, продолжительности и частоты стимуляций при взаимодействии. Внешними признаками, характерными для тревожного типа поведения, являлись: взгляд с обилием движений, «бегающий»; удивленное, с приподнятыми бровями выражение лица; торопливая, скачущая речь с большим количеством незавершенных высказываний и «перескакиваниями».

Рассказывая о ребенке, такие мамы, наряду с жалобами, старались продемонстрировать даже несуществующие успехи своего ребенка, при этом они высказывали обеспокоенность возможными проблемами школьного обучения в перспективе, фактически избегая актуально существующих в настоящий момент задач развития больного ребенка раннего возраста.

Снижение чувствительности к знакам ребенка проявлялось у этих матерей в подавлении готовности ребенка к отделению, в чрезмерно сильном и продолжительном прижимании его к себе. Эти матери также неадекватно считывали сигналы ребенка о его способности к пролонгации сепарации и насильственно возвращали малыша в контакт. В таких вариантах контакта матери телесно «накрывали», «укутывали», «прятали» ребенка, а также пренебрегали возможностью поддержать его независимость. Создавалось впечатление, что матери, декларирующие собственную готовность к предоставлению ребенку развивающего пространства и самостоятельности, по существу чувствовали себя компетентными только при достижении физического контакта с малышом.

При этом могли сохраняться и паттерны «закрытости», свойственной манипулятивно-избегающему поведению, в виде настойчивого стремления не выпускать из рук бумаги с результатами анализов и предыдущих медицинских заключений, безличностных высказываний о ребенке, формального представления его проблем, жалоб «на нарушение развития». Тем не менее при детализации жалоб в речи появлялись «мы-высказывания»: «мы не сидим», «мы не стоим», «плохо держим голову» и т. д.

Обращало на себя внимание то, что жалобы касались видимых двигательных расстройств ребенка. Как правило, отсутствовали указания на недостаточность контакта, особенности эмоционального состояния ребенка, качество его познавательной активности, любознательности, способности к запоминанию.

Наряду с таким поведением матери могли проявлять чрезмерную активность в стимуляции, нетерпеливость и недовольство недостаточностью ответа малыша. Таким образом, на фоне перестимулирования ребенка формировалась дополнительная материнская фрустрированность.

Преобладающей модальностью эмоционального состояния матерей, демонстрировавших второй вариант поведения во взаимодействии с ребенком, являлась тревожность, которая этологически проявлялась у половины матерей детей обеих возрастных групп.

Третий вариант поведения матерей в обследуемых парах можно было расценить как депрессивный. При этом в позе и мимике отмечалось общее кинематическое снижение амплитуды двигательной активности, уменьшение выразительности, внешняя минимизация эмоциональных проявлений. У этих матерей регистрировалась предпочтительность взгляда, направленного вниз — в ноги, в пол; в речи — тихий, слабомодулированный голос, содержательная обедненность и формальность высказываний.

В ситуации первичного консультирования у таких матерей отмечалось снижение интереса к активному разглядыванию окружающих объектов, ограничение реактивности на внешнюю стимуляцию до необходимого минимума вовлеченности.

Матери с депрессивным вариантом поведения неконгруэнтно «активизировались», когда ребенок «уходил», отворачивался, отводил глаза или удалялся от матери во время игры, приписывая его отделению желание уйти. При этом они демонстрировали потребность удерживать ребенка в отчетливо дефицитарном, формальном контакте с собой, проявляя недостаточность чувствительности в оценке его поведения. Матери с этим вариантом поведения могли неадекватно долго сидеть отвернувшись, закрывшись от ребенка, пренебрегая его запросом на поощрение, или игнорировать его знаки протеста, усталости или недовольства как запрос для оказания поддержки и помощи.

Матери с депрессивным вариантом поведения избегали взгляда в глаза специалиста, предпочитали не смотреть на ребенка, глядя в сторону, не обращались к ребенку по имени, не реагировали на его приближение. Эмоциональное состояние матерей с депрессивным типом поведения формировалось на преобладающем фоне обиды и чувства вины с вектором, преимущественно направленным на себя. Следует отметить, что для матерей детей II группы (старше 1,5 лет) были характерны нарастание выраженности и частоты чувства обиды с изменением вектора на внешнеобвинительный, раздражительность, астения, усиливалось недовольство ближайшим семейным окружением, появлялись обвинения в недостаточности помощи и поддержки.

Небольшая часть матерей (около 6%), описывая особенности развития и поведения свое-

**Модели поведения и структура превалирующих эмоциональных проявлений
у матерей детей с перинатальным поражением ЦНС**

Вариант модели поведения матери	Преобладающая модальность эмоционального реагирования при взаимодействии	Матери детей групп	
		I (n = 95), %	II (n = 132), %
Манипулятивно-избегающий	Подавленность	36,84	41,66
Тревожный	Тревожность	52,63	47,73
	Депрессивность	15,79	13,64
Депрессивный	Обида	17,89	27,27
	Чувство вины	23,16	28,79
Смешанный	Все модальности	46,31	47,73

го ребенка, начинали плакать, проявляя печаль о том, что ребенок нездоров или имеет глубокие нарушения. Возможно, описывая специалисту особенности развития своего малыша, эти мамы начинали отчетливо осознавать и острее переживать безвозвратную «потерю здорового ребенка». При этом создавалось впечатление, что матери, плакавшие во время взаимодействия со специалистом-психиатром, актуально переживали реальную боль — боль потери. Такая ситуация адекватного проживания потери и горя расценивалась как благоприятная перспектива формирования в дальнейшем развивающего взаимодействия в диаде мать — дитя.

Кроме трех основных, с отчетливыми эмоционально-этиологическими характеристиками вариантов нами была выделена модель поведения, в которой могли регистрироваться, без преобладания, проявления всех поведенческих паттернов и эмоционального реагирования матерей, воспитывающих детей с перинатальными церебральными поражениями — смешанный вариант (таблица).

При изучении характера диадического взаимодействия матерей и детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы было установлено, что при отсутствии адекватного терапевтического сопровождения матери демонстрировали персистенцию неадаптивного по-

ведения при взаимодействии с ребенком в рамках манипулятивно-избегающего, тревожного, депрессивного и смешанного вариантов. При этом у матерей отмечалась тождественность представленности эмоциональных нарушений, обуславливающих различные паттерны их поведения в обследуемых возрастных группах детей.

С учетом традиционности формирования медицинского запроса в отношении возможного неврологического дефицита или нарушения формирования моторного, речевого развития ребенка, особенности эмоционального состояния матерей детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы на этапах их взросления остаются вне поля зрения детских неврологов, что в значительной мере нивелирует успешность проводимого лечения.

Понимание значимости развивающего взаимодействия в диаде мать — дитя с первых часов жизни ребенка обуславливает необходимость психиатрического — в рамках психиатрии раннего возраста — консультирования и моделирования дифференцированного психотерапевтического сопровождения матери для обеспечения ее способности к холдингу в широком его понимании, представления объективной стороны окружающего мира и формирования развивающего эмоционального взаимодействия с ребенком.

Литература

1. Мухамедрахимов Р. Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска // *Вопр. психол.*— 1998.— № 2.— С. 18–33.
2. Венгер А. Л. Ребенок в обществе: исторический кризис детства // *Вопр. психол.*— 2008.— № 4.— С. 3–12.
3. Винникотт Д. В. Разговор с родителями / Пер. с англ. М. Н. Почукаевой, В. В. Тимофеева.— М.: Класс, 2007.— 96 с.
4. Процедура оцінки розвитку дітей раннього віку в системі раннього втручання: Метод. рек. / Н. Г. Міхановська, Г. В. Кукуруза, А. М. Кравцова та ін.— Харків, 2005.— 29 с.

ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У МАТЕРІВ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Н. Г. МІХАНОВСЬКА, О. Е. БЕЛЯЄВА

Подано результати власних досліджень щодо порушень дитячо-материнської взаємодії, поведінкових та емоційних девіацій у матерів дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи.

Показано необхідність психопатологічної кваліфікації порушень дитячо-материнської взаємодії для формування адекватного терапевтичного супроводу матері та підвищення її материнської компетентності.

Ключові слова: дитячо-материнська взаємодія, поведінка, емоційні реакції.

**BEHAVIORAL PATTERS OF EMOTIONAL DISORDERS IN MOTHERS
OF EARLY-AGE CHILDREN WITH PERINATAL CNS LESIONS**

N. G. MIKHANOVSKAYA, E. E. BELIAEVA

The findings of the original research concerning disorders of child-mother interaction, behavioral and emotional deviations in mothers of early-age children with perinatal central nervous system lesions are reported. The necessity of psychoanalytical qualification of the disorders in child-mother interaction with the purpose of forming the adequate therapeutic management of the mother and improvement of her maternal competence is shown.

Key words: child-mother interaction, behavior, emotional reactions.

Поступила 15.05.2009
