

Н. К. Спицына

**ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ
ДОМИНАНТЫ У МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

*Работа представлена кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор И. М. Никольская*

Изучены типы психологического компонента гестационной доминанты у матерей, родивших ребенка с детским церебральным параличом, с нарушением ритма сердца по типу экстрасистолии и здорового ребенка. Рассмотрены связи этих типов с условиями протекания беременности и воспитания детей.

The article is devoted to the types of the psychological component of gestational dominance among mothers who gave birth to healthy babies and those who gave birth to babies with cerebral paralysis and extrasystolic heart rhythm disturbance. The author examines the correlation of these types with the course of pregnancy and conditions of raising children.

На основе учения А. А. Ухтомского о доминанте И. А. Аршавский ввел понятие «гестационной доминанты» (от *лат.* *gestatio* – беременность, *dominans* – господствующий). Оно отражает особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе (ЦНС), который обладает повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, и способен оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры. Выделяют физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты, которые, соответственно, определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка¹.

А. С. Батуев, Л. В. Соколова указывают, что во время пренатального периода развития ребенок живет практически одной жизнью с матерью. Сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой². А. И. Захаров, Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, Д. Н. Исаев также подчеркивают неблагоприятное влияние эмоционального стресса, невротизации матери на беременность и роды, здоровье ребенка³.

И. В. Добряков рассматривает психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) как совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы⁴. Он выделяет пять типов ПКГД:

1. Оптимальный. Отмечается у женщин ответственно, но без излишней тревоги относящихся к беременности. Беременность желанна обоими супругами.

2. Гипогестогнозический. Встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Беременность либо незапланированная, либо запланированная из-за опасения, что с возрастом возможен риск осложнений. И те и другие не склонны менять жизненный стереотип, внимание к беременности и ребенку снижено.

3. Эйфорический. Характеризует женщин с истерическими чертами личности, а также длительно лечившихся от бесплодия. Женщины требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых желаний, декларируют чрезмерную любовь к будущему ребенку.

4. Тревожный. Проявляется высоким уровнем тревоги у беременной, нередко ипохондричностью, что влияет на ее соматическое состояние. Причины тревоги – острые и хронические заболевания, семейные дисгармонии, неудовлетворительные материально-бытовые условия и пр., а также переоценка имеющихся проблем («неоправданная тревога»).

5. Депрессивный. Проявляется резко сниженным фоном настроения вследствие

проявлений ятрогенной, невротической или психотической депрессии. Возможны дисморфоманические идеи (женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут), а иногда бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, суицидальные тенденции.

По утверждению И. В. Добрякова, оптимальный тип ПКГД у матерей, родивших ребенка с патологией в развитии, встречается реже, чем у женщин, родивших здорового ребенка⁵.

Итак, в литературных источниках подчеркивается большое значение особенностей ПКГД для развития здорового ребенка.

Типы ПКГД исследованы у 50 матерей, родивших ребенка со спастической формой детского церебрального паралича (ДЦП). В качестве групп сравнения обследованы 30 матерей детей с нарушением ритма сердца (НРС) по типу экстрасистолии и 30 матерей здоровых детей. На момент обследования матери воспитывают детей в возрасте 5–10 лет.

Средний возраст матерей детей с ДЦП на момент исследования составил $32,34 \pm 5,75$ г., матерей детей с экстрасистолией – $32,10 \pm 4,62$, матерей здоровых детей – $31,60 \pm 4,46$. Различия в возрасте достоверно не значимы.

Большая часть обследованных женщин имела среднее специальное образование. Достоверных различий в уровне образования между группами нет.

Для определения типа ПКГД использован «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова⁶ ТООБ (*p*), предназначенный для ретроспективного исследования, основанного на воспоминаниях о своей беременности уже родившей женщины.

При статистической обработке данных использовалась программа Statistika 6.0 (вычисление средних значений и стандартного отклонения, достоверности различий между сравниваемыми группами по *t*-критерию Стьюдента)⁷.

В табл. 1 представлена частота встречаемости типов ПКГД у исследованных женщин.

Таблица 1

Частота встречаемости типов ПКГД у матерей

Тип ПКГД \ Группа	Основная ДЦП (50 чел.) N = 50	Контрольная 1 НРС (30 чел.) N=30	Контрольная 2 Здоровые (30 чел.) N = 30
Оптимальный	18	20	20
Оптимально-гипогестогнозический	32	20	13,3
Оптимально-тревожный	18	23,3	3,3
Оптимально-эйфорический	14	16,6	50
Оптимально-депрессивный	2	–	–
Гипогестогнозический	–	3,3	–
Гипогестогнозически-тревожный	4	3,3	–
Гипогестогнозически-эйфорический	2	–	3,3
Тревожно-эйфорический	4	6,7	3,3
Смешанный	6	6,7	6,7

Согласно полученным данным, ПКГД был оптимальным у 18% матерей, родивших ребенка с ДЦП (что не совпадает с данными И. В. Добрякова – 4%), у 20% матерей, имевших ребенка с НРС, и у 20% матерей здоровых детей.

У матерей всех групп не было выявлено таких типов ПКГД, как эйфорический, тре-

вожный и депрессивный. Чаще были представлены сочетанные типы или оптимальный тип ПКГД.

У матерей больных детей (основной и 1-й контрольной групп) чаще имели место следующие типы ПКГД: оптимально-гипогестогнозический (32 и 20%), оптимально-тревожный (18 и 23,3%), оптимально-эй-

форический (14 и 16,6%). У матерей, родивших здорового ребенка, чаще всего наблюдался оптимально-эйфорический (50%) и оптимальный (20%) типы ПКГД.

При статистическом анализе результатов достоверных различий типов ПКГД у матерей больных детей не установлено. В отличие от матерей, родивших здоровых детей, женщины, родившие ребенка с ДЦП, достоверно больше были настроены гипогестогнозически ($p = 0,013$), проявляли безответственность и пониженное внимание к беременности, не были мотивированы на сохранение гестации и создание благоприятных условий для развития будущего ребенка, а также характеризовались высоким уровнем тревоги ($p = 0,0049$). Матери детей с НРС по типу экстрасистолии в период беременности характеризовались достоверно более высоким уровнем тревоги, нежели матери здоровых детей ($p = 0,0004$). Женщины, родившие здорового ребенка, в отличие от женщин, родивших ребенка с ДЦП ($p = 0,00007$) и ребенка с НРС по типу экстрасистолии ($p = 0,0055$), имели достоверно более выраженный эйфорический настрой во время беременности.

Обнаружено, что выраженность оптимального типа в структуре ПКГД у матерей детей с ДЦП была прямо связана с фактом запланированности ребенка ($r = 0,368$; $p < 0,001$), его рождением на стадии «компромиссов» жизненного цикла семьи ($r = 0,336$; $p < 0,01$), с потворствующей гиперпротекцией в воспитании ($r = 0,320$; $p < 0,01$). Обратный этот показатель был связан с тревогой в структуре ПКГД ($r = -0,363$; $p = 0,01$) и с неустойчивым стилем воспитания ($r = -0,335$; $p < 0,01$).

Выраженность эйфорического типа в структуре ПКГД у матерей детей с ДЦП была тесно связана с доминирующей гиперпротекцией в воспитании ($r = 0,282$; $p < 0,01$), а выраженность депрессивного – с неустойчивым воспитанием ($r = 0,344$; $p < 0,01$). Выраженность тревожного типа в структу-

ре ПКГД у матерей данной категории положительно коррелирует с эмоциональным отвержением ребенка ($r = 0,335$; $p < 0,01$), с неустойчивостью его воспитания ($r = -0,420$; $p < 0,001$), и отрицательно – с доминирующей гиперпротекцией в воспитании ($r = -0,320$; $p < 0,01$).

У матерей детей с НРС по типу экстрасистолии выраженность эйфорического типа в структуре ПКГД была прямо связана с фактом запланированности ребенка ($r = 0,470$; $p < 0,001$). Связей между стадией ЖЦС, на которой был рожден ребенок с НРС, и ПКГД у его матери обнаружено не было. Эмоциональное отвержение такого ребенка в семье было положительно связано с выраженностью гипогестогнозического типа ($r = 0,719$; $p > 0,001$), отрицательно – с выраженностью оптимального ($r = -0,433$; $p < 0,01$).

Факт запланированности здорового ребенка отрицательно коррелировал с выраженностью тревожности ($r = -0,377$; $p < 0,01$), а стадия конфронтации, на которой он был рожден, положительно связана с выраженностью депрессивного типа ($r = 0,389$; $p < 0,01$) в структуре ПКГД матери. У матерей здоровых детей также выявлена отрицательная связь тревожного типа в структуре ПКГД с непатологизирующим воспитанием ребенка ($r = -0,471$; $p < 0,001$).

Выводы.

1. У матерей всех групп не было выявлено таких типов ПКГД, как эйфорический, тревожный и депрессивный. Чаще были представлены сочетанные типы или оптимальный тип ПКГД.

2. Не выявлено достоверных различий типов ПКГД у двух групп матерей, воспитывающих больных детей (с ДЦП и НРС по типу экстрасистолии).

3. В отличие от матерей здоровых детей, женщины, родившие ребенка с ДЦП, чаще имеют в структуре ПКГД высокие показатели гипогестогнозического и тревожного типов, а матери детей с НРС по

типу экстрасистолии – высокий показатель тревожного типа. Матерям здоровых детей, в отличие от матерей детей с патологией в развитии, чаще присущ высокий показатель эйфорического типа ПКГД.

4. В связи с тем что различий по частоте встречаемости оптимального типа у матерей больных и здоровых детей не выявлено, оптимально-эйфорический тип ПКГД следует считать наиболее благоприятным в плане прогноза развития здорового ребенка и гармоничности его воспитания.

5. Факт запланированности ребенка прямо связан с более высокими показателями оптимального или эйфорического типа в структуре ПКГД, т. е. с благоприятным отношением матери к беременности, но обратно – с неблагоприятным тревожным типом в структуре ПКГД. Данный показатель не связан с рождением ребенка без патологии в развитии (ДЦП, НРС по типу экстрасистолии).

6. Стадия компромиссов жизненного цикла семьи, которая рассматривается как благоприятная, прямо связана с оптимальным типом ПКГД, но не коррелирует с

рождением здорового ребенка. В свою очередь, стадия конфронтации жизненного цикла семьи, рассматриваемая как неблагоприятная, прямо связана с выраженностью депрессивного типа ПКГД, но не связана с рождением больного ребенка.

7. Оптимальный и эйфорический типы в структуре ПКГД у матерей связаны с большим уровнем протекции и удовлетворением потребностей ребенка в воспитании, но не связаны с гармоничным стилем общения с ним в условиях его болезни (потворствующая и доминирующая гиперпротекция).

Выраженность депрессивного, тревожного и гипогестогнозического типов в структуре ПКГД у матерей в период беременности обуславливает низкий уровень протекции, недостаточность удовлетворения (игнорирование) потребностей ребенка (эмоциональное отвержение) либо их неустойчивость. При этом состояние здоровья ребенка незначимо.

8. В основе гармоничного воспитания здорового ребенка не может быть высокого показателя тревожного типа в структуре ПКГД у матери.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. М., 1967.

² Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать – дитя» // Вестн. С-Петербур. Ун-та. СПб.: Изд. СПбГУ, 1994. Вып. 2. С. 85

³ Захаров А. И. Что нужно знать родителям до рождения ребёнка. СПб.: Образование, 1994; Он же. Ребёнок до рождения и психотерапия последствий психических травм. СПб.: СОЮЗ, 1998; Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М.: Медицина, 1984; Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004.

⁴ Добряков И. В. Типология гестационной доминанты // Ребёнок в современном мире: Тезисы докладов 3-й международной конференции. СПб.: ЮНЕСКО, МО России, 1996. С. 21–22.

⁵ Добряков И. В. В ожидании ребёнка // Здоровые роды – счастливый малыш. СПб.: ИК Комплект, 1998. С. 11–86.

⁶ Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2005.

⁷ Основные методы статистического исследования: Методические указания для студентов, клинических ординаторов и аспирантов. СПб.: СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 1997.