

## **ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА НАРУШЕНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Рождение ребенка является одним из важнейших жизненных событий для семьи, супружеской пары. Ряд авторов, однако, относит его к стрессогенным, так как оно связано с последующим изменением образа жизни, уклада, характера отношений, ролей и т.д. [3, 5]. При рождении ребенка с врожденной патологией дополнительным стрессовым фактором является внезапность, поскольку несмотря на имеющуюся ультразвуковую диагностику, родители нередко не знают заранее о «дефекте» ребенка. Более того, все значительные и неожиданные события происходят в небольшой промежуток времени, что также усиливает стрессовое воздействие.

Действительно, рождение ребенка с патологией является испытанием для любого родителя и оказывает влияние, прежде всего, на эмоциональное состояние отца и матери [5], вызывая отрицательные эмоции (отторжения, страха, вины, стыда) и негативное восприятие сложившейся психотравматической ситуации. Рождение ребенка с врожденной патологией нередко воспринимается матерью как угроза семейному благополучию и профессиональной реализации. Женщина может считать себя неудавшейся матерью, в связи с чем у нее могут возникать депрессивные мысли, апатичное состояние. Кроме того, у нее нередко может появляться чувство вины (перед мужем или ребенком), стыда за своего ребенка, тревоги или страха за свою дальнейшую жизнь и жизнь ребенка. С другой стороны, чувства могут быть и иными, направленными вовне, на окружающих людей, которые часто считаются виноватыми в ситуации рождения ребенка с врожденной патологией. Так, мать может испытывать злость или ненависть по отношению к мужу или врачам, отвержение и неприятие собственного ребенка. Кроме эмоций стрессовое состояние влияет также на поведение и личность родителей, приводя к изменению установок и ценностных ориентаций. Все это не может не сказаться на взаимоотношениях между супругами, нередко способствуя их ухудшению, а иногда и разрыву. Возникающая в результате неблагоприятная семейная ситуация, в свою очередь, также усиливает стрессовое состояние у матери.

Однако, как известно, «стресс начинается тогда, когда человек почувствует, что ситуация представляет собой для него определенную физическую или психическую опасность (первичная оценка) и когда

он поймет, что не сможет эффективно отреагировать на эту ситуацию (вторичная оценка)» [2]. Воздействуя на «вторичную оценку» с помощью психологических средств, можно влиять на восприятие ситуации и, таким образом, изменять ее. Одним из наиболее действенных средств является предоставление полной информации семье о возможностях лечения и преодоления дефекта, психологической и педагогической реабилитации. Причем, если заранее известно о возможности рождения ребенка с врожденной патологией, то с семьей необходимо начинать работать еще во время беременности матери. Так, в НПРЦ «Бонум» в рамках программы реабилитации семей, имеющих детей с врожденной челюстно-лицевой патологией, уже несколько лет практикуется выезд бригады специалистов прямо в роддом к матери. Там доктора сообщают всю необходимую информацию о тактике лечения, а социальный работник устанавливает контакт с семьей, который поддерживается на протяжении всего периода реабилитации. Важно понимать, что уже само взаимодействие с матерью в данной ситуации является психотерапевтическим, так как психолог или социальный работник демонстрирует принятие ребенка и матери, желание помочь, участие в ее судьбе и дальнейшей жизни ребенка. Возникающее таким образом ощущение, что она не одна, не брошена на произвол судьбы с «больным» ребенком, что ими кто-то интересуется, способствует более активному участию матери в процессе лечения и реабилитации ребенка. Кроме того, оно предотвращает возникновение агрессии по отношению к окружающим, а также субъективного ощущения «невозможности справиться с ситуацией», что приводит к депрессивным состояниям. На основе нашего опыта необходимо также отметить влияние того, как сообщается матери о рождении ребенка с «дефектом», на возникновение стресса. Часто эта информация преподносится женщине, только что испытавшей «родовую» стресс, в обвиняющей форме, грубо, без должного понимания и сочувствия. Поэтому одной из форм работы психолога в специализированном медицинском учреждении является консультирование персонала, взаимодействующего с матерью и ребенком с первых дней его жизни. Таким образом, психологическая и социальная работа с матерями в плане сообщения информации о заболевании и способах его лечения, в плане изменения восприятия сложившейся ситуации и реализации себя в личной и профессиональной сфере является крайне важной для преодоления первичного стресса.

Большую роль в преодолении стрессовой ситуации, особенно в оценке своих способностей справиться с ней, играет поддержка семьи

и, прежде всего, отца ребенка. К сожалению, нередко с его стороны и со стороны некоторых родственников отмечаются случаи обвинения женщины в том, что она родила «урода», отсутствие необходимой поддержки, особенно в первые месяцы; в ряде случаев отец может уйти из семьи [3]. Все эти события только усиливают изначальное стрессовое состояние женщины. Особое значение имеет также поддержка со стороны общества и государства. К сожалению, в обществе господствует стереотип отношения к детям с врожденной патологией, как к неполноценным, и матери часто невольно транслируют его на своих детей. Это проявляется через отношение и оценку их деятельности, поведения, роли в семье и их самих, что, в свою очередь, только усугубляет дефицит в общении и социальном взаимодействии. Очень часто матери стесняются своих детей, редко показывают их или ходят с ними в гости, мало с ними взаимодействуют. В то же самое время общественная и государственная поддержка, как материальная, социальная (возможность не бросать работу, иметь льготы), так и моральная (принятие со стороны других людей), для таких семей очень важна.

Таким образом, рождение ребенка с врожденной патологией вызывает стрессовое состояние у родителей, влияющее не только на их личность и эмоциональное состояние, но и на родительские установки и поведение [5]. Длительное стрессовое воздействие может приводить к нарушению детско-материнской привязанности и неблагоприятному отношению к ребенку. Действительно, погруженность в собственные мысли и чувства, неприятие и отчужденность от ребенка, эмоциональная блокада или излишняя тревога за ребенка, навязчивое внимание приводят к нарушению эмоциональной привязанности, нечуткости к основным потребностям ребенка, искаженному восприятию собственного ребенка и соответствующему к нему отношению. Согласно Б.Е. Микиртумову [3], на формирование детско-материнской привязанности оказывает большое влияние ранний постнатальный опыт взаимодействия между матерью и ребенком, что в случае врожденной патологии не всегда осуществимо. Таким образом, привязанность нарушается уже с первых дней жизни ребенка. Кроме того, на формирование восприятия собственного ребенка может влиять также отношение других людей, прежде всего значимых (мужа, родственников), а также медицинских и социальных работников (медсестер, нянечек, врачей).

В то же самое время, как указывают Е.А. Савина и О.Б. Чарова [5], социальная адаптация ребенка с ограниченными возможностями здоровья напрямую зависит от грамотного родительского поведения.

Ранняя детско-родительская привязанность играет большую роль в дальнейшем психическом развитии ребенка. Так, согласно Б.Е. Микиртумову [3], надежная привязанность между матерью и ребенком в первые годы жизни закладывает основы будущего чувства доверия и безопасности к окружающему миру. Кроме того, она влияет на способность ребенка в школьном и более старшем возрасте адекватно социализироваться, приобретать правильные стереотипы поведения. Детско-родительская привязанность сказывается на характере взаимоотношений ребенка с окружающим миром, обуславливает способность к формированию вторичной привязанности к друзьям, лицам противоположного пола [3]. Нарушение ранней привязанности матери к ребенку, которое в ситуации с врожденной патологией происходит достаточно часто, может приводить к психической депривации, пренебрежению и даже психологическому насилию в семье. Под психической депривацией в широком смысле понимается «состояние, при котором отсутствует возможность удовлетворения основных жизненных потребностей в достаточной мере и в течение продолжительного времени» [3, С. 43]. В ситуации врожденной патологии полная депривация наблюдается достаточно редко, чаще встречается частичная депривация, при которой отношения между матерью и ребенком эмоционально обеднены. Пренебрежение, согласно Н.Д. Асановой, - это «хроническая неспособность родителя, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка», а психологическое насилие – «хронические паттерны поведения, заключающиеся в унижении, оскорблении, издевательствах и высмеивании ребенка» [Цит. по: 6, С.65-66]. Все это нередко встречается в дисгармоничных семьях и приводит к тому, что у ребенка изначально могут формироваться эмоциональные и поведенческие нарушения (агрессивность, страхи, тревожность, чувство вины, беспомощности, недоверия), психосоматические проявления (нарушения сна или аппетита), а впоследствии и нарушения личностного развития (Я-концепции, самооотношения) [1, 6].

Таким образом, основную роль в полноценном психическом развитии ребенка с врожденной патологией играют детско-родительские взаимоотношения. Родительское отношение формируется на основе представления о ребенке (его образа) и собственного опыта. Так, врожденная челюстно-лицевая патология очень сильно влияет на первую составляющую в силу наличия внешнего дефекта. И несмотря на то, что в настоящее время реконструктивная операция проводится в ранние сроки (начиная с 3-х месяцев), первое впечатление от ребенка оказывается самым стойким, с трудом поддающимся

изменению. Что касается собственного опыта, то у матери ребенка с врожденной патологией он, скорее, оказывается негативным, связанным с неуспешностью в личных отношениях, нереализованностью в профессиональной сфере, фрустрацией позиции «хорошей» матери. Такие переживания, модели поведения и установки мать и транслирует своему ребенку, увеличивая в результате возможность его неуспешности в социальном взаимодействии. В типе родительского отношения опосредованно может проявляться стрессовое воздействие, испытываемое матерью после рождения ребенка с врожденной патологией. При этом неблагоприятный тип родительского отношения, в свою очередь, также может являться стрессовым фактором, но уже для ребенка.

На континууме родительского отношения можно выделить две крайние формы. Если мать возлагает вину за врожденную патологию на ребенка, то у нее формируется образ «трудного, непослушного, агрессивного, плохого», что может приводить к пренебрежению и неприятию. С другой стороны, если мать считает себя виноватой в имеющемся «дефекте», то может формироваться образ «болезненного, слабого, неуспевающего, требующего постоянной помощи» ребенка, что чаще всего приводит к гиперопеке. В любом случае, образ ребенка оказывается инвалидизированным, и посредством своего отношения матери не только не облегчают дефект ребенка, а напротив, еще больше утяжеляют его [5]. Действительно, через отношение к ребенку, его переживаниям, поступкам, характерным особенностям мать передает свой жизненный опыт, свои установки и ценностные ориентации. При смене «идеалов» в результате стрессового воздействия, неблагоприятном личном опыте передаваемые стратегии поведения, взаимодействия и адаптации оказываются неэффективными. Это и приводит к «выпадению» ребенка из общества, неспособности адаптироваться к социуму и формированию деструктивной личности.

Для иллюстрации приведем результаты опроса матерей, имеющих детей раннего возраста с врожденной челюстно-лицевой патологией, проведенного в НПРЦ «Бонум» в 2001-2002 годах. Были выявлены следующие типы отношения по опроснику А.Я. Варга [4]. Наиболее часто (в 32% случаев) встречался симбиотический тип отношения, при котором ребенок воспринимается как маленький и беззащитный, которого «нужно ограждать от трудностей и неприятностей жизни» [4, С. 329]. Реже (в 23%) встречался тип «маленький неудачник», когда родители проявляют тенденцию инфантилизировать ребенка, приписывают ему личную и социальную несостоятельность. При этом очень часто высокий балл по этой шкале сочетается с выраженной

шкалой «авторитарная гиперсоциализация». При данном типе отношения родитель постоянно контролирует поведение ребенка, навязывает ему свою волю, требует безоговорочного послушания и дисциплины. Социально желательный тип родительского отношения проявляется в 21% случаев, что отражает возможность формирования устойчивой детско-родительской привязанности и благоприятного климата в семье. Таким образом, в группе семей, имеющих детей с врожденной челюстно-лицевой патологией, преобладающим является зависимый, инфантилизирующий тип родительского отношения. В результате детско-родительского взаимодействия по такому типу мать с неблагоприятным жизненным опытом путем жесткого регламентирования поведения и безоговорочной дисциплины воспитывает ребенка, который будет настолько же плохо адаптированным. Такие дети зависимы, легко подчиняются, не могут сказать «нет», что приводит к формированию личности «жертвы» с соответствующим поведением. Кроме того, как указывает Н.В. Тарабрина [6], именно дети с физическими недостатками чаще всего становятся жертвами психологического и физического насилия. Также в дисгармоничных семьях дети психологически менее защищены от травматических событий, которые у детей с врожденным дефектом (а его не всегда удается устранить полностью) возникают достаточно часто (например, высмеивание, поддразнивание со стороны сверстников, нарушение коммуникации с другими). В таких ситуациях огромную роль играет материнская поддержка, которая при неблагоприятных детско-родительских отношениях чаще всего не оказывается, что приводит к проблемам в общении и социальном взаимодействии.

Таким образом, посредством трансляции неуспешного социального опыта от матери к ребенку происходит изменение не только поведения, но и личности ребенка. Самостоятельно ребенок, не обладающий иным, отличным примером, примером эффективного взаимодействия, справиться с трудностями не сможет, поэтому необходим психологический мониторинг социальной адаптации и развития личности детей с врожденной патологией. При этом для полноценной реабилитации важна, прежде всего, психологическая работа с матерью, что необходимо не только для нее самой, но и для ее ребенка.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Асанова Н.К.* Руководство по предупреждению насилия над детьми. М.: ВЛАДОС, 1997. 512 с.

2. *Бодров В.А.* Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал, М., Наука, 1996, Т.17, № 4, С.64-74.
3. *Микиртумов Б.Е.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 252 с.
4. *Немов Р.С.* Психология. Кн. 3. М., 1999. 392 с.
5. *Савина Е.А., Чарова О.Б.* Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2002, №6, С. 15-23.
6. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

*Л.И. Колосова*

### **ПОДРОСКОВАЯ ДЕПРЕССИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

К аффективным расстройствам у детей относят нарушения настроения (его подъем или спад), занимающие основное место в клинической картине болезни. В настоящее время аффективные расстройства у детей и подростков рассматриваются в рамках маниакально-депрессивного психоза [2]. D. Marcelli описывает особенности семиотики депрессии у подростков, дифференцируя при этом характерные депрессивные состояния - большой депрессивный эпизод, дистимию, «депрессивное настроение», и обращая внимание на проблему продолжения у взрослых депрессии, проявившейся в подростковом возрасте [8]. Частота встречаемости большой депрессии колеблется в пределах 5-7%. Показатель распространенности в подростковом возрасте достигает 15-20%. Дистимия встречается реже, частота ее около 5%; «депрессивное настроение» (угрюмость, мрачность, тревожно-депрессивный кризис или депрессивность) наблюдается у 30-40% подростков [7, 8].

#### *Виды депрессий, встречающихся у детей и подростков*

Депрессия – аффективный синдром, в основе которого лежит сниженное, угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное настроение. Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью (депрессивная триада), снижением витального тонуса, идеями неполноценности и самоуничтожения, разнообразными