

УДК 159.9: 316.811

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ОНТОГЕНЕЗА

Семакова Е.В.

ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», Смоленск, Россия (214036, Смоленск, ул. Рыленкова, 44, 97), e-mail: semaksmol@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования 573 матерей с детьми младшего школьного возраста. Ретроспективно оценены особенности эмоциональной сферы этих женщин во время беременности. Установлено, что у матерей с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) во время беременности преимущественно отмечалось повышение уровня тревожности, проявляющееся формированием тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты в условиях взаимодействия «мать-пренейт». Их беременность протекает в условиях повышенной зависимости от отношений с окружающими. Беременность матерей детей без СДВГ протекает физиологично, с формированием типичной доминанты беременности, центрированной на диадических отношениях, отношениях к родам, отношениями с близкими, отношением к себе беременной. Профилактика девиантного родительства и личностных дисгармоний у детей в постнатальном периоде реализуется через программы, направленные на саму беременную и на ее семью.

Ключевые слова: родительское взаимодействие, факторы онтогенеза, психологический компонент гестационной доминанты, синдром дефицита внимания и гиперактивности, профилактика девиантного родительства.

FORMING FACTORS OF PARENT INTERACTION AT AN EARLY STAGE OF ONTOGENESIS

Semakova E.V.

Smolensk State University

The article presents the results of study 573 mothers with children of younger school age. Retrospective appreciated features of the emotional sphere of women during pregnancy. It is established, that the mothers of children with attention deficit and hyperactivity disorder during pregnancy mainly noted increase level of anxiety, which manifested in the anxiety type of psychological component gestational dominant in the situation of «mother-of-the prenatе» interaction. It is shown that these conditions are formed mainly under the influence of factors of the nearest surroundings of the pregnant woman. Prevention of deviant parenting and personal disharmony among children in the postnatal period is implemented through programs for pregnant woman and their families.

Key words: parental interaction, factors of ontogenesis, psychological component of gestation dominant, attention deficit and hyperactivity disorder, prevention of deviant parenting/

Введение

Современное общество определило, что первый и главный человек, стоящий у истоков развития личности ребенка, – это мать. Ведь именно роль матери, особенности детско-родительского взаимодействия всегда признавались основополагающими в «правильном» воспитании ребенка. Все действия и переживания матери, направленные на развитие ребенка, регламентируются уже в раннем онтогенезе, начиная с беременности. Исследования последних лет в перинатальной психологии подтверждают, что человек появляется на свет с достаточно богатым психологическим опытом, который получает уже в период внутриутробного развития опосредованно через свою мать. Опыт, полученный на уровне

отношений «мать– пренейт» на пренатальном периоде онтогенеза имеет огромное значение в постнатальном развитии личности ребенка, ведь уже практически сразу после зачатия начинается закладка базовых индивидуальных и личностных особенностей. В связи с тем, что пренатальный опыт опосредованный, возможно утверждать, что он зависим от того как протекает беременность, то есть от физического и эмоционального состояния матери во время беременности [1,4]. Поэтому, установление пренатальных предикторов дисгармоничного детско-родительского взаимодействия, на основании изучения течения беременности и ее мониторинга, позволит создавать оптимальные условия для гармоничного развития личности уже на самом раннем периоде онтогенеза и, при необходимости, организовывать как профилактические, так и коррекционные мероприятия, направленные на предотвращение формирования различных личностных дисгармоний через профилактику девиантногродительства[5].

Среди нарушений развития личности в популяции достаточно часто, в 4,7% случаев, встречается синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в 84% случаев обусловлен перинатальными механизмами развития, что делает его удобной моделью для изучения тех или иных патологических процессов и механизмов в раннем онтогенезе [2,5].

Целью исследования явилось: определение приоритетных направлений оптимизации пренатального формирования родительского взаимодействия.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Определить особенности эмоциональной сферы матерей детей с СДВГ во время беременности и определить ведущий тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).
2. Выявить основные факторы девиантногродительства на пренатальном периоде онтогенеза ребенка с СДВГ.
3. Определить приоритетные направления пренатального формирования благополучного родительства.

Материалы и методы исследования

Для достижения обозначенной цели была сформирована выборка из 573 детей и их родителей. Она была разделена на две группы: родители детей с СДВГ – 27 человек и детей без СДВГ – 546 человек. Эти группы были сопоставимы по полу и возрасту. Истинные расстройства поведения у детей из семей, определяемые МКБ-10 самостоятельной нозологической формой (СДВГ) подтверждались записью психиатра в амбулаторной карте.

Основным критерием отбора в группы исследования являлся возраст ребенка в семье – 7–10 лет и подтвержденный у него диагноз СДВГ. В контрольную группу включались дети без нарушений психического развития.

Методы работы:

1. опросник,
2. беседа с матерями,
3. тест отношений беременной для ретроспективного исследования (ТОБ(р)),
4. статистические методы: χ^2 критерий Пирсона, факторный анализ.

Использованный опросник и беседа с матерями позволили получить информацию о протекании беременности, состояние эмоциональной сферы женщины во время беременности дополнительно оценивалось с использованием теста отношения беременной для ретроспективного исследования (ТОБ(р)) [3,4].

Результаты исследования по методике ТОБ(р), а также информация полученная в ходе опроса и беседы показали, что ПКГД матерей детей с СДВГ отличалось от такового матерей детей без СДВГ (табл. 1).

Таблица 1. Сравнение психологического компонента гестационной доминанты матерей с СДВГ и без СДВГ

Тип ПКГД	С СДВГ		Без СДВГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Тревожный тип ПКГД	15	57	65	12
Оптимальный тип ПКГД	5	20	349	64
Гипогестогнозический тип ПКГД	5	20	98	18
Депрессивный тип ПКГД	2	3	27	5
Эйфорический тип ПКГД	–	–	6	1

Распределение типов психологического компонента гестационной доминанты у женщин с детьми без нарушений развития личности существенно отличаются от таковых у матерей, воспитывающих детей с СДВГ. Так наиболее распространенный тип ПКГД у матерей детей без СДВГ – оптимальный, а у матерей детей с СДВГ – тревожный. Причем тревожный тип ПКГД женщин, воспитывающих детей с СДВГ, в период беременности встречался при данном нарушении формирования личности ребенка гораздо чаще, чем в среде матерей, дети которых не имеют личностных нарушений (критерий хи-квадрат = 40,81, при $p < 0,05$).

Для уточнения условий формирования ПКГД, опосредующих родительское отношение матерей детей с СДВГ и определения факторов в формировании диадических отношений на ранних этапах развития ребенка, мы обработали полученные данные с помощью факторного анализа (Varimax). Факторному анализу была подвергнута матрица сходства шкал-

дискрипторов (объекты – оценка своего состояния испытуемыми), построенная на основе сходства оценок по объектам. Выделенные факторные структуры отражают особенности групповой идентификации испытуемых. Позиций для каждой из групп было выделено по три фактора для определения условий формирования ПКГД детей с СДВГ, учитывались факторы, вклад которых наиболее значим (со значением не менее 0,70).

В результате статистической процедуры факторного анализа были сгруппированы признаки из обозначенных в методике ТОб(р) блоков (блок: А. Отношение к себе беременной, Б. Отношения в системе мать и дитя, В. Отношение к отношению окружающих) в более ёмкие категории-факторы, которые определяют эмоциональную сферу личности беременной женщины. Данные категории-факторы и отношения между ними и могут быть использованы как прогностические признаки пренатального неблагополучия эмоциональной сферы женщины.

Известно, что субъективно более значимые основания категоризации (высокие факторные нагрузки) определяют смысл, значение данного фактора и как бы наделяют своим смыслом менее значимые признаки-описания. Таким образом, проявляется «склеивание» тех или иных признаков (в терминах Дж. Келли), изменение смысла признаков-описаний, наделение их субъективным значением. По факторным нагрузкам признаков можно судить о наличии тех или иных смысловых сгустков, флуктуаций в сознании субъекта, что с практической точки зрения позволяет прогнозировать, а при необходимости – проводить соответствующую психологическую коррекцию и оказывать психотерапевтическую помощь. В нашей ситуации наибольшую смысловую нагрузку в формировании эмоциональной сферы женщины во время беременности, с последующим влиянием на формирование детско-родительского взаимодействия и развитие личности ребенка, у матерей детей с СДВГ и без СДВГ несут различные факторы (табл. 2).

Таблица 2. Факторы формирования психологического компонента гестационной доминанты матерей детей с СДВГ и без СДВГ

Показатели/факторы		I (22%)	II (18%)	III (16%)	I (22%)	II (18%)	III (16%)
Блоки	Разделы	С СДВГ			Без СДВГ		
А. Отношение к себе беременной	1.Отношение к беременности	0,339945	0,160800	0,595444	0,487882	0,079224	- 0,811506
	2.Отношение к образу жизни	0,043442	0,653511	0,144729	0,150445	0,134419	0,839182
	3.Отношение к родам.	0,677235	0,026272	0,115043	-0,241500	0,805761	- 0,064919
Б. Отношения в системе мать и дитя.	1.Отношение к себе-матери	0,331852	- 0,273441	-0,753892	0,8444728	0,272267	- 0,011333
	2.Отношение к ребенку	0,177676	0,111883	0,513834	0,722571	0,192481	- 0,049444

	3.Отношение к грудному вскармливанию.	0,505861	0,610385	0,063215	0,724819	-	-
В. Отношение к отношению окружающих.	1.Отношение к мужу	0,704877	-	0,493812	0,573931	-	0,131774
	2.Отношение к близким	0,767355	0,329633	-0,047547	0,224770	0,875972	0,057813
	3.Отношение к посторонним.	0,022033	0,793963	-0,020794	0,160683	0,764953	0,522223

Выделенные факторы объясняют 56% дисперсии. Ниже приведены качества, внесшие наибольший вклад в соответствующие факторы. Итак, объясним приведенные в таблице данные. Первый фактор в группе женщин с детьми с СДВГ (22% дисперсии) включает 2 позиции из блока В: Отношение к отношению окружающих (Отношение к мужу и отношение к близким). Данный фактор можно считать униполярным, так как второй полюс фактора в этой группе не представлен. В группе женщин с детьми без СДВГ первый фактор представлен Блоком Б: Отношения в системе мать и дитя (Отношение к себе-матери, отношение к ребенку, отношение к грудному вскармливанию), однако в этой группе регистрируется биполярность факторов, хотя факторы, несущие обратный знак не являются значимыми, так как имеют низкую факторную нагрузку (отрицательные значения представлены только блоком А).

Второй фактор (18% дисперсии) с наибольшими нагрузками в группе женщин с детьми с СДВГ как и первый представлен блоком В: Отношение к отношению окружающих (Отношение к посторонним), но не является униполярным, отрицательные значения представлены во всех блоках (А, Б, В), но факторная нагрузка на них не является значимой (<0.70000). В группе женщин с детьми без СДВГ второй фактор представлен блоком А: Отношение к себе беременной (Отношение к родам) и блоком В: Отношение к отношению окружающих (Отношение к близким). Второй фактор в данной группе, как и в предыдущей, является биполярным, но с низкой факторной нагрузкой в отрицательном диапазоне (отрицательные значения представлены в блоках Б и В).

Третий из основных факторов в группе женщин с детьми с СДВГ (16% дисперсии) представлен блоком Б: Отношения в системе мать и дитя (Отношение к себе-матери) и имеет отрицательное значение, другие до диагностические факторы имеют разную направленность. Третий фактор в группе женщин с детьми без СДВГ представлен блоком А; Отношение к себе беременной (Отношение к беременности) с отрицательным значением и (Отношение к образу жизни) с положительным значением. Противопоставление этих позиций свидетельствуют о том, что беременность воспринимается этими матерями как некое

хорошее изменение, которое хотя и влияет на образ жизни женщины, но не вызывает какого-либо выраженного дискомфорта и не требует кардинальных изменений.

Дополнительно хотелось бы обратить внимание на то, что в группе матерей детей с СДВГ не представлены факторы отношение к себе беременной, а это указывает на то, что беременность этими женщинами обычно поздно и слабо идентифицируется, сохраняется некая инфантилизация, запаздывание в формировании родительского отношения.

Заключение

Таким образом, факторный анализ дал нам возможность посмотреть, какими внутренними критериями пользуются женщины, оценивая свою беременность ретроспективно, выявить основные категории, через призму которых происходит восприятие своей беременности, влияния отношений других людей на эмоциональный дискомфорт в ее течении и размещение представлений о них в индивидуальном личностном семантическом пространстве этих женщин.

Обобщая результаты факторного анализа для беременных из разных групп, необходимо указать на разнонаправленность категорий системы представлений факторов, формирующих эмоциональную сферу женщин из групп исследования и особенности условий пренатального родительского взаимодействия. Становится возможным указать на некоторую специфичность пренатальных условий и факторов развития ребенка с СДВГ на ранних этапах онтогенеза. Охарактеризуем эти условия. Беременность матерей детей без СДВГ протекает физиологично, с формированием типичной доминанты беременности, центрированной на диадических отношениях, отношениях к родам, отношениями с близкими, отношением к себе беременной. А онтогенез детей с СДВГ связан с повышенным уровнем тревожности матери во время беременности. Их беременность протекает в условиях повышенной зависимости от отношений с окружающими. А отрицательное значение в блоке Б в позиции отношение к себе-матери указывает на то, что ребенок уже на уровне отношений «мать– пренейт», ощущает на себе дисгармонию детско-родительских отношений, которая проявится и после рождения на уровне отношений «мать-дитя». Сложившиеся особенности формирования у матери потребностей и навыков взаимодействия с ребенком не обеспечивают создание эволюционно ожидаемых условий развития для ребенка как для гармоничной личности. С другой стороны, особенности развития ребенка не создают эволюционно ожидаемые условия для формирования материнского чувства и поведения. Не совпадение этих условий не позволяет двум самостоятельным субъектам выполнять свои задачи в системе индивидуального развития и общего взаимодействия [5,6]. Таким образом, можно говорить о том, что, воздействуя на беременную женщину, возможно создавать

оптимальные условия для развития личности ребенка через гармонизацию детско-родительского взаимодействия и формирование благополучного родительства.

Все виды психологической помощи беременной должны быть направлены на проблемные области. В связи с полученными нами данными (ретроспективно обследованные женщины с детьми с СДВГ) эта помощь должна быть направлена на создание оптимальных психологических условий по формированию отношения к своей беременности, отношений в системе мать и дитя, отношений с окружающими. Реализация психологических программ профилактики личностных дисгармоний у детей в постнатальном периоде онтогенеза должна начинаться уже на пренатальном периоде и реализовываться через эмоционально-личностную сферу беременных женщин.

Возможные направления помощи беременной женщине в формировании гармоничного детско-родительского взаимодействия:

1. Профилактическое направление должно носить многостороннюю направленность и разноуровневую организацию. Оно должна начинаться уже на этапах планирования беременности, а еще лучше, реализовываться через программы по формированию благополучного материнства.
2. Коррекционное направление реализуется в рамках вторичной и третичной профилактики, уже при диагностировании тех или иных проблем.

Профилактические и психокоррекционные программы необходимо направлять как на саму беременную, так и на ее семью. Работа с семейным окружением беременной женщины должна реализовываться через процедуры семейного консультирования (помощь в структурно-ролевой организации семьи, формировании функциональных моделей взаимодействия, снижение уровня внутрисемейной тревоги, через информирование, направление и обучение).

Таким образом, оказывая такого рода помощь, становится возможным уже на пренатальном периоде опосредованно через беременную и через детско-родительские отношения, формировать адаптивные личностные характеристики и способствовать гармоничному развитию личности ребенка. Ведь любая психологическая помощь, которая оказывается ребенку, имеющему проблемы в психическом развитии, обязательно включает работу не только с ребенком, но и с матерью. В плане предупреждения развития нарушений развития личности, в будущем, особенно важен пренатальный период. Воздействие на развития личности уже на самых ранних этапах онтогенеза в пренатальном периоде видится нами как наиболее эффективный способ оздоровления современной России.

Список литературы

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности; [под ред. Д. И. Фельдштейна]. М.: Изд-во «Институт практической психологии». Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. 352 с.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. 96 с.
3. Диагностика здоровья. Психологический практикум; [под ред. Г.С. Никифорова]. СПб.: Речь, 2007. 950 с.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2011. 272 с.
5. Семакова Е.В. Перинатальное формирование нарушений развития // Психиатрия, психотерапия, клиническая психология. Минск, 2012. Вып. 3 (09). С. 27–34.
6. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1997. 142 с.

Рецензенты:

Иванов С.П., д. псих.н., профессор кафедры общей психологии психолого-педагогического факультета СмолГУ, г. Смоленск.

Гриценко В.В., д. псих.н., профессор, зав. кафедрой общей и социальной психологии СГУ, г. Смоленск.