

УДК 614.253.2-055:618.2:303.448:364.63-053.2

Пасечник И. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Pasichnyk I.P.

The Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

Тип психологического компонента гестационной доминанты и уровень материнской компетентности как факторы риска формирования синдрома жестокого обращения с детьми

The type of the psychological component of gestational dominanta and the level of maternity competence as risk factors of the formation of the syndrome of child abuse and neglect

Резюме

В статье представлена информация о роли психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) и уровня материнской компетентности в формировании синдрома жестокого обращения с детьми. В исследуемой группе (83) выявлено 54,2% беременных с оптимальным типом ПКГД, что характеризует их адекватное отношение к беременности, исходное симбиотическое единство матери и пренейта. Варианты ПКГД, относящиеся к группам риска, были представлены в исследуемой группе у 38,6% беременных эйфорическим типом, у 4,8% – гипогестогнозическим, у 2,4% – тревожным. В сочетании с уровнем материнской компетентности в вопросах здоровья и развития детей тип ПКГД может обуславливать особенности течения беременности, родов и характер постнатальных взаимоотношений в диаде. Низкий уровень материнской компетентности выявлен у 60,2% (50) респондентов. Положительную умеренную ассоциативную связь с низким уровнем материнской компетентности имеют оптимальный и гипогестогнозический

типы ПКГД. Низкий уровень материнской компетентности в вопросах здоровья и развития ребенка и варианты ПКГД, относящиеся к группе риска, могут формировать психологическую и социальную основу синдрома жестокого обращения с детьми в контексте пренебрежения их нуждами (Т74.0 – МКБ-10).

Ключевые слова: психологический компонент, гестационная доминанта, синдром жестокого обращения с детьми, материнская компетентность, первичная медико-санитарная помощь.

Summary

The article presents information about the role of the psychological component of gestational dominanta (PCGD) and the level of maternity competence in the forming of child abuse and neglect syndrome. Among 83 respondents we identified 54,2% pregnant who have the optimal type of PCGD, indicating adequate to pregnancy, symbiotic unity of the mother and prenatе, and guarantee child's health and development. Types of PCGD that belong to risk groups were represented in 38,6% pregnant an euphoric type, in 4,8% pregnant – a hypogestognoxic, and in 2,4% pregnant an anxious type. In combination with the level of maternal competence in problems of child's health and development, the psychological component of gestational dominanta can determines the course of pregnancy, childbirth and postnatal relationships in the dyad. A low level of maternal competence was identified in 60,2% (50) of the respondents. Optimal and hypogestognoxic types have a moderate positive association link with the low level of maternal competence. Low level of maternal competence in children's health and development and the risk type of the psychological component of gestational dominanta may form psychological and social basis of the syndrome of child abuse in the context of abandonment and neglect (Т74.0 – ICD-10).

Keywords: psychological component, gestational dominanta, syndrome of child abuse and neglect, maternal competence, primary health care.

Глобальной проблемой современного общества с серьезными последствиями для физического и ментального здоровья ребенка является насилие и жестокое обращение. Жертвами насилия ежегодно в мире становятся около 1 млн. детей разного

возраста. Новорожденные и дети первых трех лет жизни являются наиболее уязвимой категорией, так как процесс их выживания и развития полностью зависит от отношения взрослых. Согласно ICD-10, синдром жестокого обращения с детьми (Т 74) включает в себя не только разные формы насилия, но и заброшенность, пренебрежение основными потребностями ребенка (Т 74.0), которые приводят к угрозе его здоровью, жизни и развитию.

Рекомендованная ВОЗ концепция интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи детям раннего возраста подчеркивает приоритетность профилактических мероприятий при осуществлении медицинского наблюдения за детьми и привлечение семьи к созданию безопасной среды для ребенка с целью его всестороннего развития [1].

Первичным окружением, определяющим качество жизни, является семья. В течение первого года питание ребенка и среда, в которой он находится, полностью зависят от заботы взрослых. Длительность периода зависимости ребенка от взрослых полезна для него с точки зрения развития. Младенцы получают возможность усваивать жизненные навыки. Чтобы правильно развиваться, младенцам также необходимо, особенно в первые годы жизни, чувствовать, что их любят [2]. Невыполнение родителями, и в первую очередь матерью, своих обязанностей по отношению к ребенку, начиная с пренатального периода, влияет на процессы его внутриутробного развития, постнатальной адаптации и является одним из факторов риска формирования синдрома жестокого обращения с детьми в контексте пренебрежения их нуждами.

Эксперты ВОЗ на основе анализа результатов многочисленных исследований в различных странах убедительно показали, что нарушения психосоматического здоровья и нормального хода становления личности гораздо чаще отмечаются у детей, которые страдают от недостаточного общения со взрослыми или их враждебного отношения, а также у детей, которые растут в условиях семейного разлада [2].

Для нормального психофизического и социального развития ребенка жизненно важным является организация семейной жизни, удовлетворяющей потребности, как родителей, так и детей, создание благоприятных условий пренатального и

постнатального развития, атмосферы любви и чуткости к потребностям ребенка, способность обеспечить безопасную зону ближайшего развития и адаптации в социальной среде. Эмпирические и научные данные свидетельствуют о важности раннего опыта взаимодействия матери и ребенка, который является матрицей всех последующих взаимоотношений человека. Выявлено значительное количество факторов, влияющих на своеобразие видов материнского отношения к ребенку [3, 4, 5].

Материнский фактор является интегрирующей основой, которая определяет дальнейшее развитие ребенка и качество его постнатальной адаптации. В становлении и реализации эффективных материнско-детских отношений центральное место принадлежит материнской привязанности. Установлено, что эмоциональная связь матери с будущим ребенком зарождается во время беременности и является первой фазой развития материнской привязанности. Одной из основных задач «качественной матрицы материнства» является стремление беременной к безопасному для нее и ребенка течению беременности, родов, обеспечению среды для развития ребенка [6].

Нарушения формирования материнской привязанности в диаде «мать-ребенок», начиная с перинатального периода, являются одним из значимых факторов психического и соматического дизонтогенеза ребенка. Качество отношений в диаде также определяется способностью матери обеспечить должный уровень ухода и заботы, адекватно реагировать на сигналы и знаки, подаваемые ребенком. Успешность адаптации к материнству и обеспечение адекватных условий для развития ребенка зависят, в том числе, от отношения женщины к беременности и уровня ее материнской компетентности.

Особенности основных значимых отношений беременной женщины отражает тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) – 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 стереотипы. Выделяют пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [7].

Материнское поведение является одним из важных факторов, определяющих прогноз здоровья и развития ребенка. Способность женщины к осознанным действиям в интересах здоровья и развития ребенка с целью создания для него безопасной гармоничной среды, основанная на научных знаниях, интеллектуально и личностно обусловленная, характеризует уровень материнской компетентности. Обеспечение безопасной среды для жизни ребенка, своевременные и ответственные действия матери в случае болезни ребенка создают нормативные условия, при которых отношения в диаде «мать-дитя» попадают в поле зрения врача первичного звена оказания медико-санитарной помощи. Система здравоохранения единственная в стране имеет регламентированный законом доступ к семье и ребенку, начиная с пренатального, а иногда и с периода прекоцепции. Это позволяет осуществлять грамотное психологическое сопровождение беременности, повышать уровень материнской компетентности в рамках реализации программы по формированию осознанного родительства и управлять ситуацией профилактики жестокого обращения с детьми на первичном этапе оказания медицинской помощи населению.

Цель исследования

Изучение роли психологического компонента гестационной доминанты и уровня материнской компетентности в формировании синдрома жестокого обращения с детьми в контексте пренебрежения их нуждами.

Материалы и методы

В рамках исследования в условиях женских консультаций города после получения информированного согласия было проведено анонимное тестирование и письменный опрос 83 беременных в III триместре беременности. В зависимости от типа ПКГД беременные были распределены на 4 группы. Для определения типа психологического компонента гестационной доминанты использована методика «Тест отношений беременной» (ТОБ И.В. Добряков, 1996 г.). ТОБ содержит три блока утверждений,

отражающих отношение женщины к себе беременной, отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя», отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. Каждый блок представлен тремя разделами, содержащими пять утверждений, которые отражают различные типы ПКГД. Беременной предлагают выбрать утверждение, наиболее соответствующее ее состоянию. После выполнения задания данные заносятся в таблицу и оцениваются.

Для определения уровня материнской компетентности был использован авторский опросник, состоящий из пяти блоков: среда, уход, питание, навыки коммуникации, тактика при нарушениях состояния грудного ребенка. Каждый блок представлен пятью разделами, содержащими тематические вопросы, на которые предлагалось ответить будущей матери. Уровень материнской компетентности оценивался по количеству правильных ответов в каждом блоке.

Обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистического анализа STATISTICA 6,0. Для оценки тесноты связи между качественными признаками был определен коэффициент ассоциации (Q), для оценки достоверности различий между процентными долями выборок использовался критерий углового преобразования Фишера (ϕ^*) [8].

Результаты

У 54,2% (45) респондентов преобладал преимущественно оптимальный тип гестационной доминанты. В возрастной категории 20–29 лет этот тип ПКГД выявлен у 60,0% (32) беременных. В категории 30–35 лет – у 50,0% (10), в категории старше 35 лет – у 30,0% (3) человек (таблица 1).

Таблица 1

Распределение типа психологического компонента гестационной доминанты в зависимости от возраста беременных

Тип ПКГД	Возраст			Всего абс. (%)	ϕ^*
	20–29 лет ¹ (n = 53) абс. (%)	30–34 года ² (n = 20) абс. (%)	35 лет и старше ³ (n = 10) абс. (%)		

Оптимальный тип	32–60,0%	10–50,0%	3–30,0%	45–54,2%	$\varphi^*_{1,2}=4.862^*$ $\varphi^*_{1,3}=7,03^*$ $\varphi^*_{2,3}=2.168^{**}$
Эйфорический тип	21–40,0%	9–45,0%	2–20,0%	32–38,6%	$\varphi^*_{1,2}=3,084^*$ $\varphi^*_{1,3}=5,524^*$ $\varphi^*_{2,3}=2,44^*$
Гипогестогнозический тип	0	1–5,0%	3–30,0%	4–4,8%	N/a
Тревожный тип	0	0	2–20,0%	2–2,4%	N/a

Примечания:

φ^* – критерий углового преобразования Фишера

* - значение находится в зоне значимости

** - значение находится в зоне неопределенности

N/a – не применимо в виду малого количества случаев

По данным российских коллег, возраст является значимым фактором, определяющим оптимальность ПКГД, выраженность которого достигает своего максимума в возрастной группе 31–35 лет [9]. Значительный процент оптимального типа ПКГД у будущих матерей до 30 лет характеризует их адекватное отношение к беременности, исходное симбиотическое единство матери и пренейта. Однако у 66,0% (30) беременных этой группы отмечался низкий уровень компетентности в вопросах физиологии грудных детей, «симптомов тревоги» на первом году жизни, профилактики синдрома внезапной смерти младенца, коммуникации с ребенком для обеспечения его гармоничного физического, ментального развития и адекватной социальной адаптации. Статистический анализ выявил положительную ассоциативную связь умеренной силы ($Q = 0,286$) между оптимальным типом ПКГД и низким уровнем материнской компетентности (таблица 2).

Таблица 2

Характеристика ассоциативных связей между типом психологического компонента гестационной доминанты и уровнем материнской компетентности

Показатели	Уровень материнской компетентности
------------	------------------------------------

	Низкий (n = 50) абс. (%)	Высокий (n = 33) абс. (%)	Всего абс.	Q
Оптимальный тип	30 – 66,7%	15 – 33,3%	45	0,286*
Эйфорический тип	17 – 53,1%	15 – 46,9 %	32	– 0,236**
Гипогестогнозический тип	3 – 75,0%	1 – 25,0%	4	0,343*
Тревожный тип	0	2 – 100,0%	2	N/a

Примечания:

Q – коэффициент ассоциации Д. Юла;

* – ассоциативная связь умеренной силы;

** – ассоциативная связь слабой силы;

N/a – не применимо в виду малого количества случаев

Благоприятный психологический фон у будущих матерей этой группы является залогом здоровья и благополучного развития ребенка при условии повышения их уровня материнской компетентности, что возможно на первичном этапе оказания медицинской помощи.

У 38,6% (32) беременных выявлен преимущественно эйфорический тип гестационной доминанты. В категории респондентов от 20 до 29 лет этот тип преобладал у 40,0% (21), в категории 30–35 лет – у 45,0% (9), в категории старше 35 лет – у 20,0% (2) респондентов (таблица 1). Исключительно хорошее настроение у этой категории беременных, уверенность в благополучном исходе родов и достаточном уровне своей компетентности делают некоторых из них «нечувствительными к объективной реальности». В группе с эйфорическим типом ПКГД 41,0% (13) беременных встали на учет в женскую консультацию после 16-й недели: в возрастной группе 20–29 лет – 33,0% (7); в группе 30–34 лет – 67,0% (6). Результаты анкетирования по вопросам физиологии грудных детей, навыков коммуникации

с ребенком, «симптомов тревоги» на первом году жизни и профилактики синдрома внезапной смерти младенца показали низкий уровень знаний у 53,1% (17) респондентов. Статистический анализ выявил отрицательную ассоциативную связь слабой силы ($Q = -0,236$) между эйфорическим типом ПКГД и низким уровнем материнской компетентности (таблица 2). Согласно рекомендациям автора методики «ТОБ», данная категория беременных в связи с их некритичным отношением к объективной реальности, безответственным отношением к возможным осложнениям и рекомендациям врачей, в том числе в отношении ребенка, должна быть включена в группу риска, требующую пренатального и постнатального междисциплинарного сопровождения специалистами [10].

У 4,8% (4) женщин выявлен гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты. В возрастной группе 20–29 лет – этот тип ПКГД отсутствовал; в категории 30–35 лет выявлен у 5,0% (1); в категории старше 35 лет – у 30,0% (3) будущих матерей (таблица 1). Данный вариант ПКГД встречается у женщин разных возрастных категорий и социальных статусов и характеризуется бессознательным неприятием беременности. По данным литературы для женщин младшей возрастной группы (средний возраст – 21,3 года) характерным является незапланированность беременности, некоторая инфантильность поведения. Для зрелых женщин (средний возраст – 28,8 года) беременность, как правило, планируемая, однако чрезмерная занятость не позволяет менять свой образ жизни, обязанности по уходу за ребенком они планируют возложить на помощников. Ретроспективно гипогестогнозический тип ПКГД выявляется у матерей гиперактивных детей, склонных к делинквентному поведению [9]. В нашем исследовании 50,0% (2) респондентов активно занимались бизнесом, не изменили стиль жизни, после родов планировали прибегнуть к помощи няни по уходу за ребенком. Уровень материнской компетентности в этой категории был низким у 75,0% (3) по вопросам грудного вскармливания (планировали сразу после рождения искусственное вскармливание), профилактики синдрома внезапной смерти младенца, коммуникации с ребенком первого года жизни. Статистический анализ выявил положительную ассоциативную связь умеренной силы ($Q = 0,343$) между

гипогестогнозическим типом ПКГД и низким уровнем материнской компетентности (таблица 2). Эта категория является группой риска по эмоциональной депривации ребенка и незрелости родительских чувств с учетом психологических, социальных и медицинских факторов, что также требует качественного профессионального сопровождения на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

У 2,4% (2) беременных выявлен тревожный тип ПКГД, основанием для которого явилось наличие экстрагенитальной патологии (1) и беременности вне брака (1). Этот тип составил 20,0% (2) и выявлен нами только в категории женщин старше 35 лет (таблица 1). Уровень материнской компетентности был достаточно высоким по всем вопросам, что, возможно, обусловлено мотивацией рождения ребенка (в одном случае – заменить погибшего ребенка, во втором – «ребенок для себя»). Для данной ситуации использование коэффициента ассоциации не применимо ввиду малого количества случаев (таблица 2). Согласно рекомендациям специалистов данная группа беременных нуждается в психологическом сопровождении и более пристальном внимании на этапе ПМСП, в виду риска возникновения психосоматических расстройств, осложнений течения беременности, родов, послеродового периода, нарушений в формировании отношений в диаде по принципу гиперопеки, что также неблагоприятно сказывается на психосоматическом состоянии ребенка [5, 7, 9, 10]. В нашем исследовании не выявлено пациентов с депрессивным типом ПКГД.

Выводы

Синдром жестокого обращения с детьми – сложный, обусловленный различными медицинскими, социальными и психологическими факторами, феномен. Приоритетная роль в своевременном выявлении семей с факторами риска синдрома жестокого обращения и детей, подвергающихся плохому обращению, начиная с перинатального периода, принадлежит врачам первичного звена оказания медицинской помощи – семейным врачам, акушерам-гинекологам и педиатрам. Определение типа психологического компонента гестационной доминанты и уровня материнской компетентности в вопросах здоровья и развития ребенка позволяет прогнозировать особенности психологического состояния женщины во время

беременности, риск развития дисфункции отношений в пери- и постнатальной диаде, которые в свою очередь будут оказывать влияние на психосоматическое состояние ребенка.

Выявленный в нашем исследовании оптимальный тип ПКГД (54,2%) сочетается с низким уровнем материнской компетентности, что на первичном этапе оказания медицинской помощи требует коррекции в рамках образовательных программ воспитания ответственного родительства.

Эйфорический тип ПКГД (38,4%) в нашем исследовании имеет слабую ассоциативную связь с низким уровнем материнской компетентности, однако данная категория беременных в связи с их некритичным отношением к объективной реальности, должна быть включена в образовательные программы воспитания ответственного родительства и группу риска, требующую пренатального и постнатального сопровождения специалистами ПМСП.

Гипогестогнозический тип ПКГД (4,8%) имеет положительную ассоциативную связь умеренной силы с низким уровнем материнской компетентности. Этот тип ПКГД относится к факторам риска эмоциональной депривации ребенка, что требует качественного профессионального медицинского, психологического сопровождения беременных данной группы и повышение их образовательного уровня в вопросах ответственного материнства на этапе оказания ПМСП.

Несмотря на малое количество случаев тревожного типа ПКГД (2,4%) среди респондентов нашего исследования, их высокий уровень материнской компетентности, перинатальные психологи рекомендуют квалифицированное психологическое сопровождение данной категории на этапе ПМСП в виду возможного риска психосоматических расстройств.

Таким образом, идентификация предикторов материнского поведения в пре- и постнатальный период ориентирует первичное звено медицинской помощи на постановку конкретных целей и задач междисциплинарной помощи в вопросах профилактики синдрома жестокого обращения с детьми.

Перспективы дальнейших исследований предусматривают изучение влияния типа ПКГД, уровня материнской компетентности на особенности постнатальной

биопсихосоциальной адаптации детей первого года жизни, с последующим представлением алгоритма действий врача первичного контакта с семьей на этапе ПМСП.

Литература

1. Волосовец, А.П., Кривопустов, С.П. Интегрированное ведение болезней детского возраста как современная стратегия первичной медико-санитарной помощи детям // Здоровье ребенка. – 2008. – № 1. – С. 91–94.
2. Эртель, Л.А. Проблема информированного согласия в педиатрической практике // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2008. – Том 87, № 2. – С. 124–126.
3. Пушкарева, Т.Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 4. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru>.
4. Филиппова, Г.Г. Психология материнства // М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. – 234 с.
5. Эйдемиллер, Э.Г., Добряков, И.В., Никольская, И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов // СПб.: Речь . – 2006 . – 352 с.
6. McCourt, C. Becoming a parent. In: L. Page and R. McCandlish (eds), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*, 2nd edn (Oxford: Churchill Livingstone). – 2006.
7. Добряков, И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода // М.: 2005. – С. 93–101.
8. Халафян, А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е издание // М.: ООО «Бином-пресс». – 2007. – 512 с.
9. Рабовалюк, Л.Н., Кравцова, Н.А. Возраст как один из факторов, определяющих психологический компонент гестационной доминанты [Электронный

ресурс] / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4 (15). –
Режим доступа: <http://medpsy.ru>.

10. Добряков И.В. Перинатальная психология // СПб.: Питер. – 2011. – 272 с.