Сибирский психологический журнал.
2020. № 77. С. 130–152. DOI: 10.17223/17267080/77/7

УДК 159.942.2:616.891-055.2-055.52-053.2:616.831-009.11

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

А.Н. Певнева[a]

[a] *Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, 230023, Республика Беларусь, Гродно, ул. Ожешко, 22*

Представлен сравнительный анализ результатов двух лонгитюдных исследований невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом ($ОГ_{66}$; $ОГ_{48}$), и матерей нормативно развивающихся детей ($КГ_{66}$; $КГ_{48}$), на основе которых выявлены особенности невротического состояния матери ребенка с церебральным параличом, проявляющиеся в низком уровне выраженности показателей всех структурных компонентов, их положительной динамике во временной перспективе, смене доминирующей позиции невротической депрессии на тревогу и истерический тип реагирования, отсутствии ведущего элемента в интеркорреляционных структурах состояний, а также переходе от интеграции к большей дифференциации, снижении средних коэффициентов корреляции, их максимальных и минимальных показателей.

Ключевые слова: особенности; невротические состояния; астения; тревога; невротическая депрессия; обсессивно-фобические нарушения; вегетативные нарушения; истерический тип реагирования; церебральный паралич.

Введение

Актуальность исследования особенностей невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, вызвана активным интересом специалистов различных областей психологической науки к проблемам человека, что приводит к необходимости ее изучения, разработке профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня смертности, популяризацию ответственного и безопасного поведения, формирование культуры здорового образа жизни, охрану здоровья матери и ребенка, развитие системы поддержки семей с детьми с особенностями психофизического развития (ОПФР) и улучшение условий их жизнедеятельности, а также укрепление института семьи.

Следует отметить развитие конкретных направлений, которые затрагивают психологические аспекты семьи ребенка с ОПФР (Е.В. Бурмистрова) и умственно отсталого (Р.Ф. Майромян), родительства в семьях с детьми с ограниченными возможностями (О.Б. Зерницкий) и родителей детей с синдромом Ушера (И.В. Соломатина), отношения родителей к болезни ребенка (Д.Н. Исаев) и реагирования на присутствие в семье ребенка-инвалида (М.С. Карданова, И.В. Рыженко), а также изучение личностных особенно-

стей матерей, воспитывающих детей с ОПФР: воздействие материнской депривации матери и неврологических заболеваний на речевое развитие детей первых трех лет жизни (Е.Е. Ляксо и др.); отношение матери к ребенку с нарушением интеллекта, со сниженным слухом (Е.А. Савина, О.Б. Чарова); эмоционально-оценочное отношение матери к подростку с церебральным параличом (Л.М. Колпакова, Н.А. Шаронова); материнская позиция к детям с церебральным параличом (О.Л. Романова); самопринятие матери ребенка с церебральным параличом (Н.Е. Карпова, Т.А. Стрекалова); матери детей с отклонениями в развитии и их влияния на детско-родительские отношения (Т.Г. Горячева, И.А. Солнцева); матери детей-инвалидов (М.Н. Гуслова, Т.К. Стуре); родители, воспитывающие детей с церебральным параличом (В.В. Ткачева). Однако исследование невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, носит ограниченный характер и имеет иные акценты, определенные потребностью практики оказания психологической помощи.

Невротические состояния возникают в результате длительного воздействия на личность стрессогенных факторов, являясь реакцией на трудные жизненные ситуации, и определяются изменениями в соматической, психической сферах. Начальным выражением невротических расстройств, как отмечает А.Г. Маклаков [1. С. 453–454], являются пограничные состояния, которые не выходят за пределы общепринятой нормы и не относятся к патологии. К пограничным психическим расстройствам В.Д. Менделевич относит патологические психические состояния и процессы, отклонения в поведении, привычках, которые по своим характеристикам не могут быть признаны «нормативными», адекватными ситуации, вследствие чего они располагаются на границе психологических переживаний и психопатологических нарушений. Под невротическим расстройством ученый понимает изменение психики, «проявляющееся непсихотическими психическими и соматовегетативными нарушениями» [2. С. 307], которое обусловлено внутриличностным конфликтом, вызванным действием на личность психических травм, включая психологическую компенсацию. Характерными особенностями невротического состояния являются занимаемое положение между здоровьем и болезнью, связь с психическим и психологическим здоровьем, а также процессом адаптации личности к ситуации. Нетрудно заметить, что понятие «невротическое состояние» употребляется вместе с понятием «ситуация».

Понятие ситуации Е.Ю. Коржова рассматривает в качестве фрагмента среды, как совокупность внешних объективных обстоятельств жизнедеятельности, оказывающих стимулирующее, обусловливающее и корректирующее воздействие на личность. Внешняя сторона ситуации жизнедеятельности представлена множественностью межличностных отношений, в которые вступает человек. Процесс жизнедеятельности исследователем представлен «в виде цепочки взаимодействий человека с жизненными ситуациями» [3. С. 32−35]. Примечательно, что в процессе взаимодействия изменяется как человек, так и ситуация жизнедеятельности, взаимно воз-

действуя друг на друга [3. С. 60]. Наряду с этим необходимо подчеркнуть значимость ситуации в поддержании психического и психологического здоровья, обеспечении целостности психической жизнедеятельности личности и адекватности поведения.

Ситуация рождения, воспитания и лечения детей, независимо от характера заболевания, тяжело переживается матерями и является источником, как отмечает В.В. Ткачева, обусловливающим появление истерики, чувства одиночества, состояние «потерянности и ощущение “конца” жизни» [4. С. 54–55]. Напряжение матери вызвано нарушением упорядоченности жизни и деятельности, решением проблем лечения и реабилитации ребенка с церебральным параличом, что, в свою очередь, требует повышенной целенаправленной активности, принятия решений. Особенности заболевания ребенка, включая двигательные, психические, речевые, сенсорные, эмоционально-личностные расстройства, его поведение, зачастую являются источником материнского раздражения, разочарования и негодования (Е.А. Винникова, М.Н. Гуслова, Д.Н. Исаев, Р.Ф. Майромян, Е.А. Савина, Т.К. Стуре, В.В. Ткачева, О.Б. Чарова). Состояния повышенной утомляемости, апатии, раздражительности, эмоциональной напряженности первоначально носят периодический характер, но со временем появляются чаще, а время, в течение которого они доминируют, постепенно увеличивается. Исследователь Е.А. Винникова отмечает депрессивную симптоматику, развивающуюся у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, невротические расстройства у матерей аутичных детей, у матерей умственно отсталых детей – аффективные расстройства [5], что указывает на их дезадаптацию к ситуации.

Дезадаптацию Ю.А. Александровский относит к пограничным состояниям, которые объединяют группу расстройств, характеризуемых преобладанием проявлений невротического уровня нарушения психической деятельности. Исследователь подчеркивает, что «адаптированная психическая деятельность» является психологическим фактором, который обеспечивает личности состояние психического здоровья [6. С. 13–40]. Адаптация, по мнению Ж. Пиаже, «обеспечивает равновесие между воздействием организма на среду и обратным воздействием среды» [7. С. 66], как свойство организма субъекта, является приспособлением к меняющимся условиям существования в окружающей среде, и напротив, приспособлением внешней среды к возможностям и потребностям. Действие человека на окружающие объекты ученый называет ассимиляцией, а действие среды на него – аккомодацией. В целом под адаптацией понимается единство процессов аккомодации и ассимиляции. Адаптация характеризуется процессом «взаимодействия личности и среды», об этом в своей работе пишет белорусский психолог Т.В. Казак, отмечая, что итогом уравновешивания человека со средой при «благоприятном течении» является состояние адаптированности личности [8. С. 12]. Ученый акцентирует внимание на непосредственной связи понятия «адаптация» с психологической трактовкой ситуации.

О дезадаптации матери к ситуации, связанной с рождением, воспитанием, лечением и обучением ребенка с церебральным параличом (с другими вариантами дизонтогенеза), свидетельствуют состояние депрессии, внутриличностные конфликты, невротические и психопатические реакции, соматические жалобы [9]. В результате отмечаются искажение установок и отношения к ребенку со стороны матери, постоянное раздражение на ситуацию, игнорирование реабилитационных мероприятий, гиперопека больного, социальная депривация, ограничение социальных контактов (И.Л. Белопольская, Е.В. Бурмистрова, М.Н. Гуслова, Р.Ф. Майромян, И.В. Рыженко, М.М. Семаго, И.В. Соломатина, В.В. Ткачева, О.Б. Чарова). О трудностях в адаптации пишет Р.Ф. Майромян [10], отмечая, что многим матерям необходимы годы, чтобы адаптироваться к ситуации воспитания и лечения ребенка с особенностями развития.

Уход за ребенком с церебральным параличом является для матери стрессовым [11]. Она подвержена изменениям как в личностной, так и в эмоциональной сфере, что в целом определяет качество ее жизни [10, 12–14]. По мнению K. Ones и соавт., мать, являясь законным опекуном ребенка с церебральным параличом, сталкивается не только с преодолением трудностей и осложнений, возникающих при его лечении, но и с собственно психологическими проблемами, такими как депрессия и беспокойство [15].

Целью настоящего исследования является выявление особенностей невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, и матерей нормативно развивающихся детей. Основой исследования особенностей невротического состояния матерей в ситуации, связанной с воспитанием детей с церебральным параличом, и матерей нормативно развивающихся детей послужил принцип системности – неразрывной связи психических явлений и различных обстоятельств жизнедеятельности, а также принцип единства «внешнего» и «внутреннего». При объяснении психических явлений личность выступает как целостная система внутренних условий, существенно опосредствующих все внешние причины. Психические явления (в том числе невротические состояния) включены во всеобщую взаимосвязь процессов материального мира, а условия их функционирования и развития рассматриваются в качестве систем «в том множестве внешних и внутренних отношений» [16. С. 67], в которых они существуют как целостная система. Принципы системного подхода дополняются положением А.О. Прохорова о значимости для личности отраженных психикой условий, обстоятельств ситуации, которые приобретают для нее определенный смысл, а результатом отражения «значимости ситуации и ее личностного смысла» выступает состояние [17. С. 39]. Ситуация жизнедеятельности, по мнению исследователя, изменяет психическое состояние, которое является результатом отражения существующей в настоящий момент обстановки. В нашем исследовании мы исходим из того, что психическое состояние является сложной системой, которая выполняет функции регуляции, адаптации, интеграции, развития и включает физиологический, поведенческий, психологический уровни, являясь результатом отражения ситуации [18, 19].

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в государственном учреждении образования «Гомельский областной центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» и учреждениях дошкольного образования № 49, № 152 г. Гомеля. На исследовательских базах с целью формирования групп респондентов осуществлялся анализ психолого-педагогической документации. При выборе респондентов учитывались возраст, образование, состав семьи, количество детей и годы рождения, состояние здоровья ребенка, семейное, материальное положение и условия проживания семьи.

В исследовании приняли участие N = 132 респондента: 66 матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, и 66 матерей нормативно развивающихся детей. В первом измерении (с 2006 по 2009 г.) основную группу составили 66 матерей ($ОГ_{66}$) в возрасте 27,85 ± 2,23 года, воспитывающих детей с церебральным параличом (5,77 ± 1,65 года): 37 мальчиков, 29 девочек. Диагноз ребенка основан на заключении детского врача-психиатра, предоставляемого на психолого-медико-педагогическую комиссию лиц с ОПФР в ГОЦКРОиР. Для сравнительного анализа полученных результатов невротического состояния в исследование была включена контрольная группа ($КГ_{66}$) – 66 матерей (28,52 ± 3,46 года) нормативно развивающихся детей, из которых 36 мальчиков, 30 девочек (5 ± 1,65 года). Все дети посещали государственные учреждения образования «Ясли-сад № 49» и «Ясли-сад № 152» г. Гомеля.

В повторном измерении (с 2015 по 2017 год), которое проводилось с учетом изменения социальной ситуации развития ребенка и социального положения семей, приняли участие N = 96 респондентов, из них: 48 ($ОГ_{48}$) матерей (34,47 ± 3,32 года), воспитывающих ребенка с церебральным параличом: 27 мальчиков, 21 девочка (11,68 ± 1,83 года), и 48 ($КГ_{48}$) матерей (35,43 ± 2,84 года) нормативно развивающихся детей (12,58 ± 1,42 года). Перед заполнением опросников и тестовых заданий респондентам предлагалось записать информацию о возрасте, образовании, составе семьи, количестве детей, с указанием имени и года рождения ребенка, семейном, материальном положении и условиях проживания семьи.

Для реализации цели исследования использовался «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К.К. Яхина и Д.М. Менделевича [20]. Полученные результаты обрабатывались с помощью описательной статистики, метода значимости различий (*t*-критерий Стьюдента). Анализ связей проводился посредством метода линейной корреляции Пирсона, который представлен в пакете программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе первого измерения невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, были получены средние значения (показатель больше 1,28 указывает на уровень здоровья, меньше 1,28 –

болезненный характер выявляемых состояний) по всем шкалам опросника и произведена их оценка наряду с разбросом данных (табл. 1).

Таблица 1

Средние значения невротических состояний респондентов ОГ$_{66}$

Переменные	m	Разброс		d
		min	max	
Тревога	–4,15	–6,57	–1,73	4,18
Невротическая депрессия	–7,62	–12,00	–3,24	8,76
Астения	–4,09	–7,87	–0,31	7,56
Истерический тип реагирования	–6,61	–10,72	–2,50	8,22
Обсессивно-фобические нарушения	–3,95	–7,03	–0,87	6,16
Вегетативные нарушения	–6,08	–12,50	–0,34	12,16

По результатам проведенного исследования самый высокий разброс данных выявлен по шкале «Вегетативные нарушения» (d = 12,16), самый низкий – по шкале «Тревога» (d = 4,18), при этом в среднем показатель по данной шкале у респондентов ОГ$_{66}$ составил (–4,15 ± 2,42). Состояние тревоги и беспокойства матери за себя, ребенка, родных и близких людей обусловлено воспитанием ребенка с церебральным параличом и необходимостью постоянного лечения и связано с ожиданием неудач, неблагополучного развития событий. В состоянии тревоги, подавленности таким матерям с трудом удается заниматься повседневными делами, так как они охвачены ожиданием неприятного события (реального или мнимого).

В зависимости от выраженности проявление вегетативных нарушений (–6,08 ± 6,42) у матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, характеризуется головными болями, головокружением, нарушением сна, различными вегетососудистыми дисфункциями и сопровождается повышенной раздражительностью, постоянным внутренним беспокойством. Полученные данные дополняют результаты исследований Д.Н. Исаева, который отмечает у матерей умственно отсталых детей «преобладание аффективных расстройств» [21. С. 375]. Исследователь подчеркивает, что динамика психогенного заболевания характеризуется сменой острой психопатологии затяжных невротических реакций формированием патологического развития, так как большинство матерей зачастую не способны осознать глубинные переживания, лежащие в основе их душевного дискомфорта, депрессивного состояния, чувства безнадежности, беспомощности, вины, фрустрации, тревоги, астении и апатии. Изменения эмоционально-личностной сферы матери включают пониженный фон настроения, беспокойство, раздражительность, переключение ее внимания на больного ребенка.

Показатель невротической депрессии (–7,62 ± 4,38) у респондентов ОГ$_{66}$, соответствующий высокому уровню выраженности, отражает проявление медлительности, вялости, безразличия, состояние одиночества, подавленности, угнетенности, что является результатом постоянной зависимости матери от потребностей ребенка с церебральным параличом, отсутствия

положительных изменений в его развитии. Со временем у матери ребенка с церебральным параличом появляются состояние статичности, боязнь общества, замкнутость, а окружающий мир делится на две части, одну из которых представляет мать и ребенок, другую – окружающие люди. У матери возникает уверенность в непонимании окружающими ее проблем. Полученные данные дополняют результаты исследования Е.А. Савиной, О.Б. Чаровой, которые свидетельствуют о негативном восприятии своей настоящей жизни 72% матерей детей с интеллектуальным недоразвитием, что является признаком состояния хронической депрессии [22. С. 38].

Состояние астении (–4,09 ± 3,78), по самооценке матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, представлено повышенной утомляемостью и усталостью, раздражительностью и вспыльчивостью, быстрой сменой настроения. Исследователь В.В. Ткачева при изучении психологических особенностей родителей, имеющих детей с церебральным параличом, пишет о том, что «матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии и тоски» [4. С. 55]. Снижение нервно-психической работоспособности матери ребенка с церебральным параличом зачастую связано с психологическим напряжением, вызванным психотравмирующей ситуацией.

В отличие от астении, истерический тип реагирования (–6,61 ± 4,11) представлен более выраженно на уровне средних значений шкальных оценок. У респондентов $ОГ_{66}$ истерический тип реагирования проявляется в виде преувеличения эмоциональных реакций, в частности обидчивости и ранимости при взаимоотношениях с родными и близкими людьми, и является одним из способов привлечения внимания окружающих к себе, своей проблеме. Способами привлечения внимания окружающих, по мнению В.В. Ткачевой, являются проявление агрессии на близких людей, нетерпеливость, нетерпимость и лабильность настроения. Исследователь подчеркивает, что для импульсивно-инертного типа родителей характерны гнев и раздражение, склонность к участию в ссорах и скандалах, противопоставление себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка), и отмечает отсутствие контроля за импульсивностью собственных поступков [Там же. С. 58]. Данная форма поведения, возможно, объясняется чувством вины матери, которая видит причину болезни ребенка в себе, старается держать под контролем даже то, что контролировать невозможно. Переживание матери усложняет напряженную ситуацию. Исследователи М.Н. Гуслова, Д.Н. Исаев, Е.А. Савина, О.Б. Чарова отмечают наличие депрессии, чувства вины, горя, страдания у матерей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Обсессивно-фобические нарушения (–3,95 ± 3,08) в контексте использованного опросника представлены навязчивыми воспоминаниями, мыслями, действиями, сомнениями в правильности поступков и принятии решений. Мать ребенка с церебральным параличом испытывает страх возникновения новых и возвращения старых проблем, а также страх неудач-

ного лечения ребенка, за его жизнь и дальнейшую судьбу при принятии какого-либо решения, она боится что-либо сделать, опасаясь неприятных последствий. Исследователи М.Н. Гуслова, Т.К. Стуре в статье «Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов», приводят пример, характеризующий состояние матери, где она отмечает: «Я нахожусь в состоянии какого-то страха и агрессивной реакции по отношению к Кристине… Я себя чувствую крайне неуверенно и всегда сомневаюсь в правильности своих поступков…» [23. С. 31]. Многие страхи респондентов $ОГ_{66}$ обусловлены тревогой о будущем времени. Яркий пример тому мы находим в исследовании О.Б. Чаровой, которая приходит к выводу, что подавляющему большинству матерей, воспитывающих детей с психофизическими нарушениями, «…о будущем думать даже страшно», они стараются не думать и не говорить о будущем, так как не видят выхода [22. С. 37]. Тревога матерей за будущее своего ребенка с церебральным параличом коррелирует с опасением чего-либо, что может ему навредить [4. С. 57].

С целью определения выраженности показателей невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, «сырые» тестовые баллы были трансформированы в шкалу z-оценок, и, соответственно, процедура ранжирования значений осуществлялась на «взвешенных» тестовых показателях. В результате было установлено, что показатель невротической депрессии респондентов $ОГ_{66}$, соответствующий высокому уровню выраженности, занимает лидирующую позицию (первый ранг; z = –0,64). Особенностью невротического состояния, по мнению В.Д. Менделевич [2], является его проявление в психотравмирующей ситуации. Невротическая депрессия респондентов сопровождается повышенной обидчивостью и ранимостью (истерический тип реагирования – второй; z = –0,60). Обсессивно-фобические нарушения, занимая третью позицию (z = –0,39), указывают на страх матери за жизнь и здоровье ребенка, навязчивые мысли, действия и сомнения в правильности поступков, принятии решений. Показатель состояния тревоги, проявляющейся в виде отчетливых признаков беспокойства, суетливости респондентов, по степени выраженности находится на четвертом месте (z = –0,38) в ранге других шкальных значений. Пятая позиция респондентами $ОГ_{66}$ отводится состоянию астении (z = –0,37) и свидетельствует об утомляемости, слабости, усталости, раздражительности. Вегетативные нарушения, соответствующие шестому рангу (z = –5,10), отражают смену настроения, безрадостность и подавленность матери ребенка с церебральным параличом. Состояние депрессии и ее неблагоприятное воздействие на психологическое здоровье матерей, осуществляющих уход за детьми с церебральным параличом, подробно описаны в исследовании E. Marrón [12].

При дальнейшей обработке результатов мы провели интеркорреляцию невротических состояний респондентов $ОГ_{66}$ с использованием коэффициента корреляции Пирсона. На рис. 1 графически представлены корреляционные плеяды невротических состояний респондентов $ОГ_{66}$.

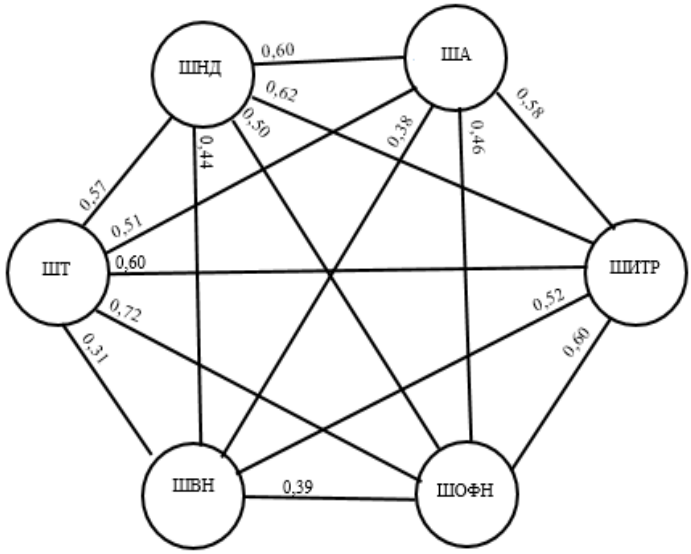

Рис. 1. Корреляционные плеяды – графическое представление связи невротических состояний респондентов ОГ$_{66}$: ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

В результате было выявлено 15 статистически значимых корреляций невротических состояний респондентов ОГ$_{66}$. Полученные коэффициенты взаимосвязи (при $p < 0,05$) варьируют от $r = 0,31$ (тревога и вегетативные нарушения) до $r = 0,72$ (тревога и обсессивно-фобические нарушения). Все связи показателей невротических состояний респондентов ОГ$_{66}$ носят положительную направленность и тесно коррелируют между собой. Средний коэффициент корреляции $r_m = 0,52$ составляет 27,04%, т.е. в 27,04% показателей неслучайно варьируют однонаправленно. Все компоненты невротического состояния респондентов вступают в отношения взаимосвязи друг с другом, при этом невозможно выделить структурообразующий элемент. В своем исследовании B. Okurowska-Zawada с соавт. пишут о состоянии усталости, тревоги, подавленном настроении и физической нагрузке матери в течение нескольких лет после рождения ребенка с церебральным параличом [14]. Подавленное настроение респондентов связано с социальной изоляцией, посттравматическим стрессом, абстиненцией и чувством вины.

Проведем сравнительный анализ результатов первого измерения невротических состояний матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, и матерей нормативно развивающихся детей. Для 96,96% (64 человека) респондентов ОГ$_{66}$ характерны состояния беспокойства, нетерпеливости, суетливости и тревоги. Число таких испытуемых в КГ$_{66}$ составило 18,18% (12 человек). Проявление медлительности, вялости, безразличия и отсутствия прежних интересов, состояния подавленности и

угнетенности, одиночества отмечается у 96,96% (64 человека) испытуемых $ОГ_{66}$, в то время как в $КГ_{66}$ – 15,15% (10 человек). Повышенная утомляемость, раздражительность и вспыльчивость, быстрая смена настроения характерны для 92,40% (61 человек) респондентов $ОГ_{66}$ и 3,03% (2 человека) $КГ_{66}$. Обидчивость и ранимость свойственны для 93,9% (62человека) опрашиваемых $ОГ_{66}$ и 13,63% (9 человек) $КГ_{66}$. У 92,40% (61 человек) респондентов $ОГ_{66}$ и 12,12% (8 человек) испытуемых $КГ_{66}$ присутствуют страх заболеть тяжелой болезнью, навязчивые воспоминания, мысли, действия, сомнения в правильности поступков и принятии решений. Проблемы со здоровьем отметили 92,40% (61 человек) испытуемых $ОГ_{66}$ и 9,09% (6 человек) респондентов $КГ_{66}$.

По самооценке респондентов $КГ_{66}$ показатель тревоги составил $3,67 \pm 3,32$, невротической депрессии – $3,26 \pm 3,21$, астении – $5,63 \pm 2,86$, истерического типа реагирования – $3,00 \pm 3,04$; обсессивно-фобических нарушений – $3,05 \pm 2,82$; вегетативных – $7,17 \pm 4,98$.

В ходе анализа «сырые» тестовые баллы были трансформированы в шкалу z-оценок и проранжированы. При проведении сравнительного анализа ранжированных средних значений невротического состояния было выявлено, что для респондентов $КГ_{66}$ меньше всего свойственны состояния медлительности, вялости, слезливости, безразличия, одиночества, подавленности, угнетенности, снижение активности (астения – первый ранг; $z = 0,51$) по сравнению с респондентами $ОГ_{66}$, у которых шкала астении занимает пятый ранг с отрицательным значением ($z = –0,37$). Положительный показатель состояния тревоги, беспокойства, суетливости респондентов $КГ_{66}$ находится на втором месте ($z = 0,33$) в ранге других шкальных значений, у респондентов $ОГ_{66}$ – на четвертом месте. Для матерей нормативно развивающихся детей выраженными являются состояния, связанные с трудоспособностью, боязливостью, возбудимостью (раздражительной слабостью), колебаниями настроения, безрадостностью и подавленностью, при этом данные состояния находятся в пределах нормы, а у респондентов $ОГ_{66}$ показатель вегетативных нарушений находится на низком уровне и имеет отрицательное значение ($z = –0,27$). В табл. 2 представлен сравнительный анализ оценок респондентами $ОГ_{66}$ и $КГ_{66}$ невротических состояний.

Таблица 2

Оценка невротических состояний респондентами $ОГ_{66}$ и $КГ_{66}$

Переменные	$ОГ_{66}$			$КГ_{66}$		
	m	z-оценки	ранг	m	z-оценки	ранг
Тревога	–4,15	–0,38	4	3,67	0,33	**2**
Невротическая депрессия	–7,62	–0,64	**1**	3,26	0,27	5
Астения	–4,09	–0,37	5	5,63	0,51	**1**
Истерический тип реагирования	–6,61	–0,60	**2**	3,00	0,27	5
Обсессивно-фобические нарушения	–3,95	–0,39	**3**	3,05	0,30	4
Вегетативные нарушения	–6,08	–0,27	6	7,17	0,32	**3**

Примечание. Жирным шрифтом выделены более высокие ранги.

Страх матери за жизнь и здоровье ребенка, навязчивые мысли, действия, сомнения в правильности поступков и принятии решений у матерей нормативно развивающихся детей проявляются менее выражено (обсессивно-фобические нарушения; четвертый ранг z = 0,30) по сравнению с матерями детей с церебральным параличом (третья ранговая позиция; z = –0,39). У респондентов $КГ_{66}$ показатели невротической депрессии и истерического типа реагирования занимают пятый ранг, у респондентов $ОГ_{66}$ – первую, доминирующую (z = –0,64), и вторую позиции (z = –0,60) соответственно.

В ходе дальнейшего анализа полученных результатов было установлено 15 положительных статистически значимых и тесно взаимосвязанных между собой интеркорреляций невротических состояний респондентов $КГ_{66}$. В целом коэффициенты корреляции (при $p < 0,05$) варьируют от r = 0,44 (невротическая депрессия и вегетативные нарушения) до r = 0,74 (тревога и обсессивно-фобические нарушения, тревога и вегетативные нарушения). Полученные результаты наглядно представлены на рис. 2.

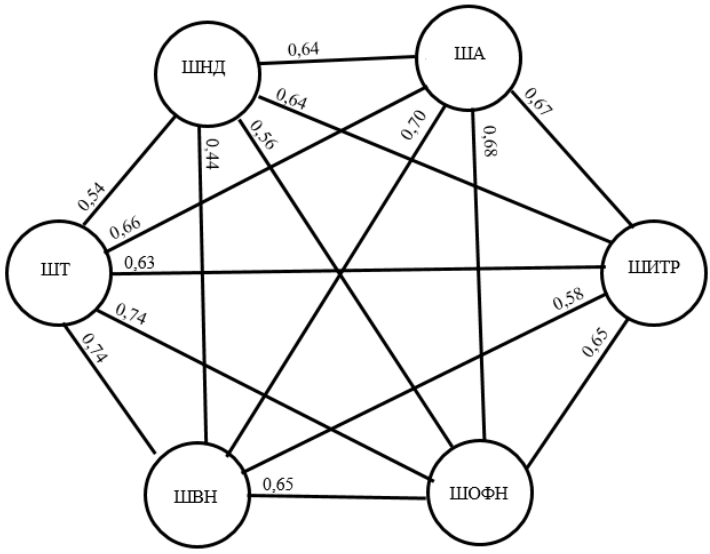

Рис. 2. Корреляционные плеяды – графическое представление связи невротических состояний респондентов $КГ_{66}$: ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

Средний коэффициент корреляции $r_m = 0,63$ составляет 39,69%, т.е. в 39,69% показателей неслучайно варьируют однонаправленно. Необходимо отметить, что чем больше количество связей и выше уровень значимости корреляций, тем устойчивее структура состояния.

Различия между показателями невротического состояния респондентов $ОГ_{66}$ и $КГ_{66}$ достигают статистической значимости (по *t*-критерию Стью-

дента) при $p < 0{,}0001$. В целом показатели выше у матерей нормативно развивающихся детей. Полученные результаты наглядно представлены в табл. 3.

Таблица 3

Различия в показателях невротического состояния респондентов ОГ$_{66}$ и КГ$_{66}$ по *t*-критерию Стьюдента

Переменные	Среднее значение		Стандартное отклонение		*t*-критерий ($p < 0{,}0001$)
	ОГ$_{66}$	КГ$_{66}$	ОГ$_{66}$	КГ$_{66}$	
Тревога	–4,15	3,67	2,42	3,33	–15,45
Невротическая депрессия	–7,62	3,26	4,38	3,21	–16,28
Астения	–4,09	5,63	3,79	2,86	–16,65
Истерический тип реагирования	–6,62	3,00	4,11	3,04	–15,27
Обсессивно-фобические нарушения	–3,95	3,05	3,08	2,82	–13,61
Вегетативные нарушения	-6,09	7,17	6,42	4,98	-13,25

Примечание. В таблице приведены только статистически значимые различия.

В рамках лонгитюдного дизайна повторный диагностический срез невротического состояния респондентов проводился с разрывом во времени до 8 лет. Исследование выполнялось с учетом изменения социальной ситуации развития ребенка и социального положения семей на выборке N = 96 матерей, по 48 респондентов в каждой социальной группе, принявших участие в первом измерении.

По результатам повторного измерения невротического состояния матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, выявлены проявления состояния тревоги (–1,71 ± 2,46), отсутствие прежних интересов и увлечений (–1,48 ± 3,93), усталость и повышенная утомляемость (–0,90 ± 3,22), чувство безразличия и отсутствие понимания со стороны окружающих (–1,69 ± 4,13); навязчивые действия и опасения (–1,15 ± 3,28); ухудшение самочувствия (–0,98 ± 4,91). Некоторые показатели приближаются к значению +1,28, что указывает на слабо выраженное проявление данных состояний, вместе с тем показатели невротического состояния матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, находятся на низком уровне и изменяются в его пределах. При этом необходимо отметить повышение показателей невротических состояний у респондентов ОГ$_{48}$.

У матерей в ситуации воспитания ребенка с церебральным параличом отмечаются снижение состояния тревоги, медлительности, утомляемости и обидчивости, улучшение самочувствия. Возможно, улучшение состояния здоровья матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, объясняется появлением в семье других детей, улучшением жилищных условий и материального благополучия. Интересным является факт повышения субъективной оценки собственных состояний, соответственно, и переживания матери, связанные с ситуацией воспитания, обучения и лечения ребенка с церебральным параличом, приобретают положительный характер. Это отражает известный факт, что закономерные изменения в оценке ситуации, а также ее осмысление трансформируют состояние личности.

Положительную динамику претерпели все показатели невротических состояний респондентов по результатам повторного измерения. При этом максимальный показатель различий обнаружен по шкале «Невротическая депрессия» (max = 6,17), минимальный – «Обсессивно-фобические нарушения» (min = 2,8). Из результатов следует, что начальное отрицательное состояние невротической депрессии матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, сдвинулось в сторону его уменьшения. Также достоверно улучшился показатель обсессивно-фобических нарушений испытуемых. В совокупности эти результаты позволяют заключить, что показатели невротического состояния достоверно изменяются по сравнению с исходным уровнем в положительном направлении. Возможно, болезненный характер выявляемых расстройств матери по результатам первого измерения оправдан постановкой диагноза ребенку, отсутствием знаний матери о данном заболевании, его лечении, симптомах. Вместе с тем значения состояний находятся на низком уровне и варьируют в его пределах, следовательно, наличие больного ребенка вносит существенные коррективы в состояние респондентов.

Для выявления наиболее выраженного невротического состояния у респондентов $ОГ_{48}$ мы провели ранжирование «взвешенных баллов» (z-оценок), а также их сравнительный анализ с полученными результатами в первом измерении. При сопоставлении данных выявлена лидирующая позиция состояния тревоги и истерического типа реагирования (первый ранг; z = –0,15) в первом исследовании по сравнению с доминирующей позицией невротической депрессии у респондентов в повторном. Второй ранг (m = –0,12) по выраженности респондентами $ОГ_{48}$ отводится проявлению невротической депрессии, а респондентами $ОГ_{66}$ – истерического типа реагирования. Третий (m = –0,11) у респондентов $ОГ_{48}$ занимают обсессивно-фобические нарушения, как и у респондентов $ОГ_{66}$.

Анализ результатов повторного исследования невротического состояния матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, позволил выявить уменьшение числа количества интеркорреляций – 12. Корреляционные плеяды невротических состояний респондентов $ОГ_{48}$ графически представлены на рис. 3.

Коэффициенты корреляции варьируют от r = 0,32 (при $p < 0,05$) до r = 0,52 (при $p < 0,001$). Необходимо подчеркнуть, что структура невротических состояний респондентов $ОГ_{48}$ отличается большей дифференцированностью, и в среднем показатели корреляции между переменными менее тесные ($r_m = 0,44$). Минимальный показатель интеркорреляции состояний выявлен между шкалой истерического типа реагирования и шкалой астении (r = 0,32), а максимальный – между шкалой невротической депрессии и истерическим типом реагирования (r = 0,52). В среднем коэффициент корреляции между переменными составил $r_m = 0,44$, т.е. 19,36% показателей не случайно варьируют однонаправленно. При уменьшении количества связей и снижении уровня значимости корреляций структура состояния становится менее устойчивой. В целом устойчивость структуры состояния респондентов ОГ в своем развитии продвигается в сторону стагнации.

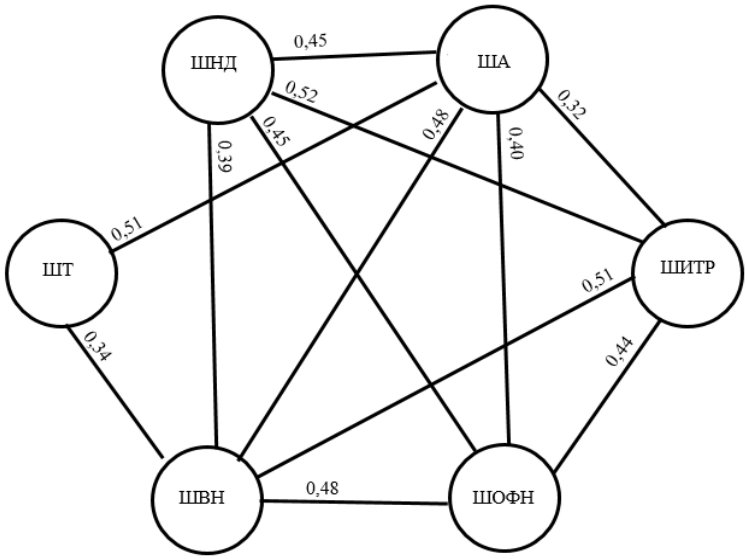

Рис. 3. Корреляционные плеяды – графическое представление связи невротических состояний респондентов $ОГ_{48}$: ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

Обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,0001$) выраженности показателей невротического состояния у респондентов ОГ во временной перспективе. Показатели состояния респондентов во втором измерении выше по сравнению с полученными результатами в первом. По результатам повторного измерения отмечается положительная динамика показателей невротического состояния у матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, но его проявление по-прежнему носит болезненный характер.

При повторном исследовании невротического состояния у матерей нормативно развивающихся детей выявлены положительные значения всех шкал опросника, что служит показателем удовлетворенности состоянием здоровья респондентами. При этом отмечается снижение показателей невротического состояния у респондентов КГ, но значения изменяются в пределах нормы. Показатель тревоги респондентов $КГ_{48}$ составил $2,16 \pm 2,82$, притом что данный показатель по результатам первого измерения был $3,67 \pm 2,82$; показатель отсутствия прежних интересов и увлечений во втором этапе исследования составил $2,56 \pm 3,33$ (в первом – $2,3,26 \pm 3,21$); показатель шкалы усталости и повышенной утомляемости – $4,51 \pm 3,62$ (в первом – $5,63 \pm 2,86$); значение шкалы безразличия и отсутствия понимания со стороны окружающих – $2,50 \pm 2,56$ (в первом – $3,00 \pm 3,04$); навязчивых действий – $1,95 \pm 2,22$ (в первом – $3,05 \pm 2,82$); ухудшения самочувствия – $5,22 \pm 4,43$ (в первом – $7,17 \pm 4,98$). Происходящие изменения

в средних показателях невротического состояния у матерей нормативно развивающихся детей (респондентов КГ) характеризуются тенденцией к проявлениям тревоги, беспокойства, усталости, обидчивости, страха, навязчивых состояний, при этом диагностические коэффициенты всех шкал опросника по своим значениям больше 1,28 и, соответственно, указывают на уровень здоровья.

С целью сравнения полученных результатов средние значения невротического состояния респондентов $КГ_{48}$ нами были проранжированы и одновременно соотнесены с рангами значений невротического состояния респондентов $ОГ_{48}$ (табл. 4).

Таблица 4

Оценка невротического состояния респондентами $КГ_{48}$ и $ОГ_{48}$

Переменные	$ОГ_{48}$		$КГ_{48}$	
	z-оценки	ранг	z- оценки	ранг
Тревога	–0,15	**1**	0,19	5
Невротическая депрессия	–0,12	**2**	0,21	4
Астения	0,08	5	0,41	**1**
Истерический тип реагирования	–0,15	**1**	0,22	**3**
Обсессивно-фобические нарушения	–0,11	**3**	0,19	5
Вегетативные нарушения	–0,04	4	0,23	**2**

Примечание. Жирным шрифтом выделены более высокие ранги.

При проведении сравнительного анализа оценок состояния респондентами ОГ и КГ между собой необходимо отметить, что характеристики невротического состояния матерей нормативно развивающихся детей основываются на положительных показателях, так как все значения шкал больше 1,28 и указывают на уровень здоровья, а у респондентов $ОГ_{48}$ – на показателях меньше 1,28, отражая негативную окраску состояния. При оценке состояний респондентами $КГ_{48}$ первое место отводится состоянию астении с максимальным значением (z = 0,41), в то время как у респондентов $ОГ_{48}$ отмечается чрезмерная реакция на жизненную ситуацию (доминирующим является состояние истерического типа реагирования) в сочетании с тревогой. Немаловажное значение для матерей нормативно развивающихся детей имеет забота о здоровье (вегетативные нарушения – второй ранг; z = 0,23), состояние матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, проявляется в невротической депрессии. Для респондентов $КГ_{48}$ менее характерен истерический тип реагирования на события ситуации (третий ранг; z = 0,22), третью позицию у респондентов $ОГ_{48}$ занимают навязчивые мысли, действия (обсессивно-фобические нарушения; z = 0,11). Пятый ранг респондентами $КГ_{48}$ отводится тревоге, респондентами $ОГ_{48}$ – астении. Истерический тип реагирования (третий ранг) предшествует усталости и апатии (четвертый ранг) у респондентов $КГ_{48}$. У респондентов $ОГ_{48}$ отсутствие прежних интересов и увлечений предшествует навязчивым действиям и поступкам (третий ранг), которые проявляются неярко. В целом показатели невротического состояния у респондентов $КГ_{48}$ выше по сравнению с респондентами $ОГ_{48}$.

Для определения интеркорреляции показателей невротических состояний респондентов КГ$_{48}$ использовался коэффициент корреляции Пирсона. В результате анализа было установлено пять интеркорреляций. Минимальная интеркорреляция выявлена между шкалами тревоги и вегетативных нарушений (r = 0,30), а максимальная – между невротической депрессией и истерическим типом реагирования (r = 0,44). При среднем показателе корреляции r_m = 0,35 процент неслучайной однонаправленной варьируемости показателей составил 12,25%. Полученные коэффициенты варьируют от r = 0,30 до r = 0,44 и характеризуются положительной направленностью (рис. 4).

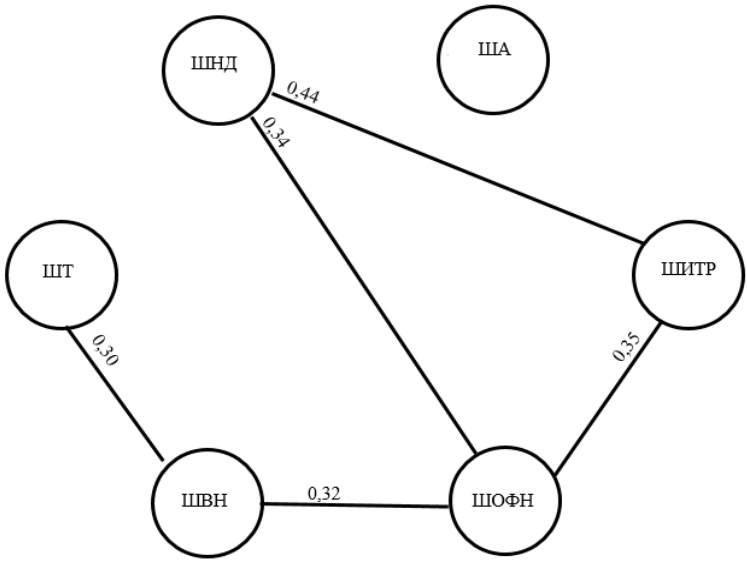

Рис. 4. Корреляционные плеяды – графическое представление связи невротических состояний респондентов КГ$_{48}$: ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

Необходимо отметить, что структура показателей невротического состояния респондентов КГ$_{48}$ отличается иерархичностью и большей дифференциацией: отдельные переменные приобретают статус автономных. Наряду с этим шкала обсессивно-фобических нарушений имеет максимальное количество (3) корреляционных связей по сравнению с другими шкалами, поэтому можно выделить обсессивно-фобические нарушения в качестве структурообразующего показателя. Структура невротических состояний матерей нормативно развивающихся детей претерпевает трансформацию: уменьшается ее связность, происходит разрушение прежних связей, некоторые элементы становятся дискретными, в то же время намечается тенденция к дифференциации различных показателей, появляется ведущий элемент – обсессивно-фобические нарушения. Однако данная

структура и ее изменения, возможно, связаны с снижением показателей невротических состояний у респондентов $КГ_{48}$ во временном континууме.

Обращаясь к результатам исследования, необходимо отметить, что в обычной ситуации, т.е. в ситуации воспитания нормативно развивающего ребенка, невротические состояния у матерей не выражены. В ситуации воспитания и лечения ребенка с церебральным параличом у матерей отмечается болезненное проявление исследуемых состояний, даже при незначительном улучшении. Как в первом, так и в повторном измерениях невротическое состояние респондентов $ОГ_{48}$ характеризуется проявлениями тревоги, беспокойства, одиночества, подавленности, утомляемости и раздражительности, обидчивости и ранимости. Статистический анализ показывает значимые различия выраженности показателей невротического состояния у респондентов $КГ_{48}$ и $ОГ_{48}$ при $p < 0{,}0001$ (табл. 5).

Таблица 5

Различия в показателях невротического состояния респондентов $КГ_{48}$ и $ОГ_{48}$ по *t*-критерию Стьюдента

Переменные	Среднее значение		*t* – критерий ($p < 0{,}0001$)
	$КГ_{48}$	$ОГ_{48}$	
Тревога	2,16	–1,71	2,55
Невротическая депрессия	2,56	–1,48	1,13
Астения	4,51	0,90	1,85
Истерический тип реагирования	2,50	–1,69	0,92
Обсессивно-фобические нарушения	1,95	–1,15	2,24
Вегетативные нарушения	5,22	–0,98	2,16

Примечание. В таблице приведены только статистически значимые различия.

Полученные результаты, возможно, указывают, что ситуация является коррелятом состояний респондентов. Данный вывод основан на идее А.О. Прохорова о том, что трансформация состояния является отражением значимости ситуации, включая ее составляющие [17]. Данное предположение требует проведения дальнейшего исследования и более глубокого анализа, при котором необходимо учитывать и другой факт: что воздействие ситуации и ее содержания на состояние опосредовано смысловой организацией сознания личности. Смысловые структуры сознания, через которые опосредуется воздействие ситуации, способствуют выделению значимых составляющих, имеющих для субъекта смысл.

В процессе сравнительного анализа ранжирования средних значений невротического состояния респондентов КГ выявлены расхождения, которые заключаются в том, что чувство обиды, ощущение недооценивания окружающими (шестой ранг) у респондентов $КГ_{66}$ со временем сменяется на навязчивые состояния. Страх заболеть тяжелым заболеванием (пятый ранг) у респондентов $КГ_{48}$ со временем сменяется тревогой. Состояние подавленности (четвертый ранг) респондентов КГ постепенно переходит в ощущение безразличия со стороны окружающих, а тревога (третий ранг) у респондентов $КГ_{66}$ сменяется усталостью (третий ранг). Менее всего для

респондентов КГ характерны вегетативные нарушения. Наряду с этим статистически значимые различия ($p < 0,01$) были выявлены только между показателями шкалы тревоги у матерей нормативно развивающихся детей. Возможно, проявления тревоги, беспокойства, суетливости, колебаний при принятии решений коррелируют с изменением ситуации жизнедеятельности, включающей воспитание нормативно развивающегося ребенка подросткового возраста, особенности материального положения и жилищных условий семьи, появление в семье других детей и ряд других аспектов, что требует проведения дополнительных исследований.

Подводя итог изучению особенностей невротических состояний респондентов ОГ и КГ во временной перспективе, отметим волнообразный характер показателей при тенденции к росту у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, и их снижению у матерей нормативно развивающихся детей. Как следствие, заметно сближение значений (рис. 6).

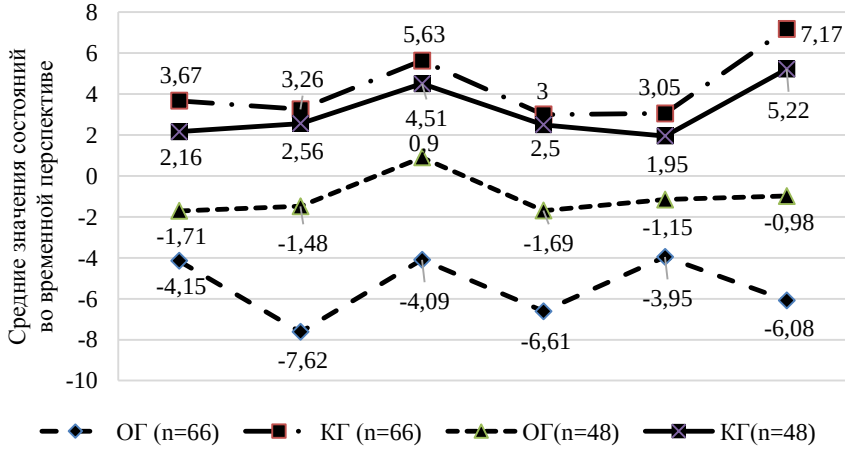

Рис. 5. Динамика средних значений невротических состояний респондентов ОГ и КГ: ШТ – шкала тревоги; ШНД – шкала невротической депрессии; ША – шкала астении; ШИТР – шкала истерического типа реагирования; ШОФН – шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН – шкала вегетативных нарушений

На рисунке показано, что невротические состояния испытуемых демонстрируют определенную динамику и специфику выраженности показателей. В ситуации рождения, воспитания, лечения и обучения ребенка с церебральным параличом проявление невротических состояний у матери выше, чем у матери при воспитании нормативно развивающего ребенка. Исследователи S.Z. Baron, S.J. Younesi, A.H. Sedaghati, Z. Sedaghati [13] указывают на необходимость оказания эффективной психотерапевтической помощи родителям детей с церебральным параличом, которая поможет снизить повышенный уровень дистресса, депрессии и тревоги. Надо признать, что наличие больного ребенка в семье негативно сказывается на состоянии матери, которое связано с их адаптацией / дезадаптацией

к ситуации воспитания и лечения ребенка с церебральным параличом. В связи с этим матери детей с церебральным параличом нуждаются в психотерапевтической, психологической помощи, направленной на восстановление, сохранение и поддержание психического здоровья, а в целом – на адаптацию к ситуации жизнедеятельности.

Заключение

Подводя итог проведенного исследования, отметим следующие особенности невротического состояния матери ребенка с церебральным параличом.

1. Невротические состояния матерей характеризуются динамикой показателей с разницей в значениях, что обнаруживает их сближение. У матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, установлен болезненный характер выявляемых невротических состояний, показатели которых во временном континууме улучшаются, при этом оставаясь на низком уровне и изменяясь в его пределах. У матерей нормативно развивающихся детей со временем происходит снижение показателей состояния, они варьируют в пределах нормы, наряду с этим статистически значимо проявление их тревоги и беспокойства.

2. Отличительной особенностью невротического состояния матери ребенка с церебральным параличом является смена доминирующей позиции невротической депрессии на проявление тревоги и чрезмерной реакции на обыденные жизненные ситуации. Структурная иерархия шкал невротических состояний матерей нормативно развивающихся детей отличается константностью в оценке показателя астении во временном континууме.

3. Своеобразным признаком динамики интеркорреляционных структур невротических состояний матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, являются относительная стабильность, переход от интеграции к большей дифференциации, отсутствие выраженного ведущего элемента. У матерей нормативно развивающихся детей структура трансформируется, усложняется, отличается иерархичностью и большей дифференциацией, а отдельные переменные приобретают статус автономных, появляется ведущий элемент.

Резюмируя полученные результаты, подчеркнем необходимость принятия во внимание особенностей невротического состояния специалистами общественных и государственных структур в учреждениях дошкольного, среднего, специального и дополнительного образования, социально-педагогических и психологических служб при оказании психотерапевтической, психологической помощи, направленной на адаптацию к ситуации матери ребенка с церебральным параличом.

Литература

1. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб. : Питер, 2016. 583 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 426 с.

3. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Понятие ситуации // Психология социальных ситуаций : хрестоматия / сост. и общ. ред. Н.В. Гришиной. СПб. : Питер, 2001. С. 133–138.
4. Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. № 1. С. 53–62.
5. Винникова Е.А. Принципы и технологии взаимодействия с семьей ребенка с особенностями психофизического развития // Спецыяльная адукацыя. 2010. № 6. С. 24–29.
6. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация: пограничные нервно-психические расстройства. М. : Наука, 1976. 272 с.
7. Пиаже Ж.П. Избранные психологические труды. М. : Междунар. пед. академия, 1994. 647 с.
8. Казак Т.В. Профессиональная самоактуализация и психосоциальная адаптация сотрудников органов внутренних дел. Минск : Республиканский ин-т высшей школы, 2015. 360 с.
9. Левчик Т.П. Особенности родительского отношения в семьях, воспитывающих детей с нормальным и нарушенным развитием // Психологический журнал. 2011. № 3/4. С. 29–33.
10. Майромян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: психопатологические и психологические аспекты проблемы : автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1976. 24 с.
11. Ogunlana M., Oyewole O., Falola J., Davis A., Lateef A., Adepoju M. Psychosocial problems among mothers of children with cerebral palsy attending physiotherapy outpatient department of two selected tertiary health centres in Ogun state: a pilot study // AIMS Medical Science. 2019. Vol. 6 (2). P. 158–169. DOI: 10.3934 / medsci.2019.2.158.
12. Marrón E., Redolar-Ripoll D., Boixadós M., Nieto R., Guillamón N., Hernández E., Gómez B. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors // Universitas Psychologica. 2013. Vol. 12 (3). P. 767–777. DOI: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.bccc.
13. Barog Z.S., Younesi S.J., Sedaghati A.H., Sedaghati Z. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy // Iran J Psychiatry. 2015. Vol. 10 (2). P. 86–92.
14. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Wojtkowski J., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G. Quality of life of parents of children with cerebral palsy // Progress in Health Sciences. 2011. Vol. 1 (1). P. 116–123.
15. Ones K., Yilmaz E., Cetinkaya B., Caglar N. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers) // Neurorehabil Neural Repair. 2005. Vol. 19 (3). P. 232–237. DOI: 10.1177/1545968305278857.
16. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М. : Наука, 1999. 349 с.
17. Прохоров А.О. Семантические пространства психических состояний. Дубна : Феникс+, 2002. 278 с.
18. Певнева А.Н. Динамика невротического состояния матери ребенка с двигательными нарушениями // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. № 4. С. 47–57.
19. Певнева А.Н. Психическое состояние как системно-динамическое явление // Психологическое сопровождение образовательного процесса : сб. науч. ст. Минск : РИПО, 2017. Вып. 7, ч. 1. С. 19–29.
20. Яхин К.К., Менделевич В.Д. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология : практ. руководство. М. : МЕДпресс, 1999. С. 545–552.
21. Исаев Д.Н. Умственная отсталость детей и подростков. СПб. : Речь, 2007. 389 с.
22. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34–39.
23. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 6. С. 28–32.

Поступила в редакцию 15.07.2019 г.; повторно 02.03.2020 г.;
принята 02.09.2020 г.

Певнева Анжела Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и психологии детства Гродненского государственного университета им. Янки Купалы. E-mail: pevneva.angela@rambler.ru

For citation: Pevneva, A.N. Neurotic State Characteristics of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology.* 2020; 77: 130–152. doi: 10.17223/17267080/77/7. In Russian. English Summary

Neurotic State Characteristics of Mothers of Children with Cerebral Palsy

A.N. Pevneva[a]

[a] *Yanka Kupala State University of Grodno, 22 Ozheshko Str., Grodno, 230023 Belarus*

Abstract

The research topicality is determined by the state policy priorities in the field of preservation, strengthening and restoration of mental and psychological health as important indicators of the individual's quality of life as well as the development of preventive measures aimed at protecting health of mothers and children, developing a support system for families with children with mental and physical needs, improving their living conditions and strengthening the institution of the family.

The goal of the research is to identify the neurotic features of a mother whose child is suffering from cerebral palsy.

From 2006 to 2009 in the study participated 132 respondents: 66 mothers raising children with cerebral palsy, and 66 mothers of neurotypical children. The restudy in 2015-2017 was conducted on a sample of 96 mothers, 48 respondents in each group. Research methods we used are theoretical analysis of literature, psych diagnostic methods, longitudinal method, correlation research as well as methods of mathematical statistics.

In the process of analyzing the results for mothers raising children with cerebral palsy there has been revealed a painful nature of the detected neurotic state characteristics followed by positive dynamics but their values are low and vary within its margins. On the contrary, the indicators of neurotic state characteristics for mothers of neurotypical children vary within the norm along with the statistically significant manifestation of their anxieties and worries. Neurotic depression of MG66 respondents occupies a dominant position in the structural hierarchy of the scales of the questionnaire which eventually gives way to the manifestation of anxiety and hysterical type of response to life situations. The structure of neurotic state is characterized by a differentiation of the respondents from main group, while in control group it is more integrated. Over time the structure of neurotic state characteristics in the main group respondents retains relative stability, and in the control group respondents it is transformed, complicated and differs in hierarchy and greater differentiation: individual variables acquire the status of autonomous ones where the additional research is required. Statistically significant differences in the severity of neurotic state characteristics for the main group and control group respondents in the time perspective were found.

The neurotic state characteristics of mothers whose children have cerebral palsy are characterized by different severity levels of indicators in all structural components with their positive dynamics in the time perspective, the predominance of neurotic depression and its changeability by anxiety and over-reaction to everyday life situations.

Keywords: features; neurotic states; structure; asthenia; anxiety; neurotic depression; obsessive-phobic disorders; vegetative disorders; hysterical type of response; cerebral palsy.

References

1. Maklakov, A.G. (2016) *Obshchaya psikhologiya* [General Psychology]. St. Petersburg: Piter.
2. Mendelevich, V.D. (2008) *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Health Psychology]. Moscow: MEDpress-inform.
3. Burlachuk, L.F. & Korzhova, E.Yu. (2001) Ponyatie situatsii [The concept of situation]. In: Grishina, N.V. (ed.) *Psikhologiya sotsial'nykh situatsiy* [Psychology of social situations]. St. Petersburg: Piter. pp. 133–138.
4. Tkacheva, V.V. (2009) Psikhologicheskie osobennosti roditeley, imeyushchikh detey s detskim tserebral'nym paralichom [Psychological characteristics of parents having children with cerebral palsy]. *Spetsyyal'naya adukatsyya*. 1. pp. 53–62.
5. Vinnikova, E.A. (2010) Printsipy i tekhnologii vzaimodeystviya s sem'ey rebenka s osobennostyami psikhofizicheskogo razvitiya [Principles and methods of interaction with the family of a child with psychological and physical development peculiarities]. *Spetsyyal'naya adukatsyya*. 6. pp. 24–29.
6. Aleksandrovsky, Yu.A. (1976) *Sostoyanie psikhicheskoy dezadaptatsii i ikh kompensatsiya: pogranichnye nervno-psikhicheskie rasstroystva* [The state of mental maladaptation and the compensation: borderline neuro-mental disorders]. Moscow: Nauka.
7. Piaget, J. (1994) *Izbrannye psikhologicheskie trudy* [Selected psychological works]. Translated from French. Moscow: Mezhdunar. ped. akademiya.
8. Kazak, T.V. (2015) *Professional'naya samoaktualizatsiya i psikhosotsial'naya adaptatsiya so-trudnikov organov vnutrennikh del* [Professional self-actualization and psychosocial adaptation of employees of the Internal Affairs bodies]. Minsk: National Institute of Higher Education.
9. Levchik, T.P. (2011) Osobennosti roditel'skogo otnosheniya v sem'yakh, vospityvayushchikh detey s normal'nym i narushennym razvitiem [Parental relations in families with children with normal and impaired development]. *Psikhologicheskiy zhurnal*. 3/4. pp. 29–33.
10. Mayromyan, R.F. (1976) *Sem'ya i umstvenno otstalyy rebenok: psikhopatologicheskie i psi-khologicheskie aspekty problemy* [Family and a mentally retarded child: mental and psychological aspects of the problem]. Abstract of Medicine Dr. Diss. Moscow.
11. Ogunlana, M., Oyewole, O., Falola, J., Davis, A., Lateef, A. & Adepoju, M. (2019) Psychosocial problems among mothers of children with cerebral palsy attending physiotherapy outpatient department of two selected tertiary health centres in Ogun state: A pilot study. *AIMS Medical Science.* 6(2). pp. 158–169. DOI: 10.3934 / medsci.2019.2.158
12. Marrón, E. et al. (2013) Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors. *Universitas Psychologica*. 12(3). pp. 767–777. https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.bccc
13. Barog, Z.S., Younesi, S.J., Sedaghati, A.H. & Sedaghati, Z. (2015) Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Iranian Jpurnal of Psychiatry.* 10(2). pp. 86–92.
14. Okurowska-Zawada, B., Kułak, W., Wojtkowski, J., Sienkiewicz, D. & Paszko-Patej, G. (2011) Quality of life of parents of children with cerebral palsy. *Progress in Health Sciences*. 1(1). pp. 116–123.
15. Ones, K., Yilmaz, E., Cetinkaya, B. & Caglar, N. (2005) Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *Neurorehabil Neural Repair*. 19(3). pp. 232–237. DOI: 10.1177/1545968305278857
16. Lomov, B.F. (1999) *Metodologicheskie i teoreticheskie problemy psikhologii* [Methodological and theoretical problems of psychology]. Moscow: Nauka.
17. Prokhorov, A. (2002) *Semanticheskie prostranstva psikhicheskikh sostoyaniy* [Semantic fields of mental states]. Dubna: Fe-niks+.

18. Pevneva, A.N. (2019) Dynamics of Neurotic State of Mother of the Child with Cerebral Palsy. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya – Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology.* 4. pp. 47–57. (In Russian).
19. Pevneva, A.N. (2017) Psikhicheskoe sostoyanie kak sistemno-dinamicheskoe yavlenie [Mental state as a system-dynamic phenomenon]. *Psikhologicheskoe soprovozhdenie obrazovatel'nogo protsessa.* 7(1). pp. 19–29.
20. Yahin, K.K. & Mendelevich, V.D. (1999) Klinicheskiy oprosnik dlya vyyavleniya i otsenki nevro-ticheskikh sostoyaniy [Clinical questionnaire for identifying and assessing neurotic states]. In: Mendelevich, V.D. (ed.) *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Moscow: MEDpress-inform. pp. 545–552.
21. Isaev, D.N. (2002) *Umstvennaya otstalost' detey i podrostkov* [Mental retardation of children and adolescents]. St. Petersburg: Rech'.
22. Charova, O.B. & Savina, E.A. (1999) Osobennosti materinskogo otnosheniya k rebenku s intellektual'nym nedorazvitiem [Features of maternal attitude to children with intellectual underdevelopment]. *Defektologiya*. 5. pp. 34–39.
23. Guslova, M.N. & Sture, T.K. (2003) Psikhologicheskoe izuchenie materey, vospityvay-ushchikh detey-invalidov [Psychological study of mothers raising children with disabili-ties]. *Defektologiya.* 6. pp. 28–32.

Received 15.07.2019; Revised;02.03.2020
Accepted 02.09.2020

Anzhela N. Pevneva – Associate Professor of the Department of Pedagogy and the Psychology of Childhood, Yanka Kupala State University of Grodno . Cand. Sc. (Psychol.).
E-mail: pevneva.angela@rambler.ru