

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования города Москвы  
«Московский городской психолого-педагогический университет»

*На правах рукописи*

СОЛОВЬЕВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА,  
ЗАЧАТЫХ ПОСРЕДСТВОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ,  
И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МАТЕРЯМИ

Специальность 19.00.13 - Психология развития, акмеология

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Научный руководитель:  
кандидат биологических наук  
Ланцбург М.Е.

Москва – 2015

## Оглавление

Введение .....	4
ГЛАВА 1. Теоретические и экспериментальные подходы к изучению психического развития детей раннего возраста .....	13
1.1. Методологические подходы к изучению психического развития детей в отечественной и зарубежной психологии .....	13
1.2. Психическое развитие детей раннего возраста и методы его исследования.....	19
1.3. Взаимодействие с матерью и развитие ребенка раннего возраста в работах отечественных и зарубежных психологов и методы его исследования.....	28
1.4. Состояние здоровья, особенности развития детей и становление материнско-детских отношений в случае зачатия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.....	53
Выводы по 1 главе.....	77
ГЛАВА 2. Эмпирическое исследование психического развития и взаимодействия с матерями детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО и спонтанно.....	79
2.1. Организация и методы исследования.....	79
2.2. Умственное развитие детей раннего возраста, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно.....	85
2.3. Психическое развитие и взаимодействие с матерями детей раннего возраста в связи со способом зачатия.....	99
2.3.1. Возрастная динамика умственного развития детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно .....	99
2.3.2. Предметная деятельность детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно.....	109
2.3.3. Материнское отношение к детям, зачатым при помощи ЭКО и спонтанно .....	114
2.3.4. Взаимодействие матерей и детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно.....	133
2.4. Структура взаимосвязей социально-демографических, перинатальных и психологических показателей матерей и детей.....	145
2.5. Анализ и обсуждение результатов.....	155

Заключение.....	168
Список сокращений.....	171
Список литературы .....	172
Приложения 1-9 .....	198

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В мире растет частота бесплодных браков. Для решения данной проблемы возникла отдельная врачебная специальность – репродуктология - гинекология, специализирующаяся на бесплодии, использующая в своем арсенале вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), предоставляющие возможность людям, ранее обреченным на бездетность, зачинать детей. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) относится к наиболее эффективным и часто используемым методам вспомогательных репродуктивных технологий: эффективность метода в настоящее время составляет 30-35% (такова средняя частота наступления беременности в расчете на один цикл ЭКО). По данным Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ), доля ЭКО и ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида) в 2013 г. в общем числе циклов ВРТ в России составила не менее 74% [Российская Ассоциация Репродукции человека. Регистр ВРТ. Отчет за 2013 год, 2015].

В нашей стране экстракорпоральное оплодотворение применяется с 1986 г., когда эта процедура была успешно проведена в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии Российской академии медицинских наук в г. Москве. С 2006 г. ЭКО включено в перечень высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных клиниках и клиниках, подведомственных Российской Академии медицинских наук [Приказ Минздрава РФ..., 2004], а согласно постановлению правительства РФ № 1074 от 22 октября 2012 г. ЭКО включено в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 гг. и финансируется в рамках программы обязательного медицинского страхования. Таким образом, метод ЭКО, появившись в жизни нашего общества почти 30 лет назад, становится все более доступным для населения альтернативным способом зачатия детей. По числу выполненных циклов ВРТ в 2013 г. Россия занимает 3 место в мире (после Франции и Германии).

Число клиник ВРТ в нашей стране быстро увеличивается. По данным РАРЧ в 2013 г. в России действовали по меньшей мере 148 клиник ВРТ, что в 4,9 раза больше, чем их было в 2000 г. Большинство клиник (29,7 % по данным 2013 г.) находятся в Москве и Санкт-Петербурге, в последние годы появились клиники в регионах. Соответственно, быстрыми темпами растет в нашей стране (так же, как и во всем мире) число детей, зачатых с применением новых технологий: если в 2003 г. после зачатия с помощью ВРТ родилось 1830 детей, что соответствует 0,12% от общего числа рожденных детей, то в 2013 г. появилось на свет 17569 детей, что составило уже 0,93% от всех родившихся в России младенцев [Российская Ассоциация Репродукции человека. Регистр ВРТ. Отчет за 2013 год, 2015].

Широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий основывается на предположении, что способ зачатия «в пробирке» не оказывает негативного влияния на развитие детей, зачатых таким путем. Однако с самого начала практического применения этих технологий специалисты - врачи, психологи, педагоги - выражали озабоченность в связи с возможностью отсроченного влияния альтернативных методов зачатия на здоровье и развитие детей и настаивали на необходимости углубленного изучения особенностей их развития вплоть до достижения репродуктивного возраста, прежде чем сделать окончательные выводы. Несмотря на это, развернутые исследования влияния указанных технологий на психическое развитие ребенка, как в нашей стране, так и за рубежом до сих пор немногочисленны и, будучи проведенными на небольших выборках испытуемых, дают неоднозначные результаты. Исследования в этой области в своем большинстве касаются изучения состояния физического здоровья детей, зачатых посредством ВРТ, и выявления факторов, на него влияющих [Атласов В.О. и соавт., 2004; Барашнев Ю.И., 2004; Евсюкова И.И., Маслянюк Н.А., 2005; Рищук С.В., Мирский В.Е., 2010; Golombok S., et al., 1996; Squires J., Kaplan P., 2007 и др.]. В большинстве работ авторитетных российских и зарубежных специалистов, посвященных данной проблематике, утверждается, что такие дети ничем не отличаются от своих сверстников,

зачатых естественно [Adair V., 1998; Brandes J.M., et al., 1992; Colpin H., Soenen S., 2002; Golombok S., et al., 1990; 1995; 1996; Fitzsimmons B.P., Bebbington M.W., Fluker M.R., 1998; Minakami H., et al., 1998; Ponjaert-Kristoffersen I., 2004]; отмечается более высокое качество жизни семей, которые успешно воспользовались репродуктивными технологиями [Плаксина А.Н., Ковтун О.П., Блохина С.И., 2011; Golombok S., et al., 2006]. Встречаются, однако, исследования, которые, напротив, доказывают, что дети, зачатые с применением ВРТ, в большей мере страдают врожденными заболеваниями [Patrat C., et al., 1999; Hansen M., et al., 2002; Wennerholm U.-B., et al., 2000], имеют ослабленное здоровье и особенности развития [Атласов В.О. и соавт., 2004; Барашнев Ю.И., 2004; Бахтиярова В.О., 1993; Битенский В.С., Чернова Т.М., 2002; Кузнецова В.С. и др., 2004; Парамей О.В., Сидоренко Е.И., 1997; Klemetti R., et al., 2006]. При этом отмечается, что часть этих проблем связана не с самим способом зачатия, а с особенностями протекания беременности из-за хронических заболеваний матери или многоплодием [Gibson F.L., et al., 2000; Kelly-Vance L., et al., 2004]. Таким образом, можно заключить, что к настоящему времени еще не в достаточной мере изучено развитие детей, зачатие которых произошло с помощью ВРТ.

То же можно сказать и в отношении изучения взаимодействия родителей с детьми, зачатыми при помощи ВРТ. Несмотря на то, что научный интерес к вопросам, связанным с психологическими особенностями женщин и супружеских пар с нарушениями репродуктивного здоровья, достаточно высок, до настоящего времени вопрос о влиянии трудностей на этапе зачатия на материнское отношение к ребенку, редко становился предметом научного исследования. Между тем известно, что психическое развитие ребенка в раннем возрасте непосредственно связано с качеством общения с ухаживающим за ним взрослым, чаще всего - матерью, в то время как проблемы на этапе зачатия, которые нередко впоследствии сопровождаются отягощенным течением беременности и родов, могут оказать негативное влияние на становление этого взаимодействия и формирование материнского отношения к ребенку.

В связи с этим исследование, посвященное изучению психического развития детей, зачатых при помощи ЭКО, и их взаимодействия с матерями, актуально, ново и востребовано как с точки зрения практики, так и в связи с необходимостью научной проработки и осмысления заявленной проблемы. Крайне важно, чтобы спрос на процедуры ВРТ и ускоренное внедрение научно-технологических достижений в практику не превышали способность специалистов к пониманию потенциальных отсроченных последствий применения этих методов для детей.

Тема диссертационного исследования соответствует следующим пунктам Перечня приоритетных направлений научных исследований, проводимых МГППУ в 2012-2016 гг.: 7.5 - Норма и варианты развития ребенка в современных социокультурных условиях, 7.6 - Функциональное и возрастное развитие психики ребенка, 11 - Психология здоровья, здоровьесберегающие технологии, а также следующим мероприятиям Государственной программы города Москвы на 2012-2016 гг. «Развитие образования города Москвы («Столичное образование»)»: 0301012 - Сохранение и укрепление здоровья детей, формирование у них культуры здорового образа жизни, 0302002 - Формирование и реализация механизмов обеспечения доступности качественных образовательных услуг общего образования детям с ограниченными возможностями здоровья, преемственности и непрерывности их психолого-педагогического сопровождения.

**Цель исследования:** изучение психического развития детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, и их взаимодействия с матерями, в сравнении с группой матерей и детей раннего возраста, зачатых спонтанно

**Объект исследования:** психическое развитие детей раннего возраста

**Предмет исследования:** психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, и их взаимодействие с матерями

### **Гипотезы исследования:**

1. В раннем возрасте у детей, зачатых при помощи ЭКО, по сравнению с зачатыми спонтанно ровесниками, реже встречается уровень умственного развития, соответствующий возрастной норме.
2. У женщин, зачавших при помощи ЭКО, по сравнению с зачавшими спонтанно, чаще наблюдается снижение материнской компетентности.
3. У матерей и детей, зачатых посредством ЭКО, чаще, чем у матерей и детей в случае спонтанного зачатия, имеет место нарушение диадического взаимодействия.

### **Задачи исследования:**

1. Провести изучение и анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной психическому развитию и детско-материнскому взаимодействию в раннем возрасте, в том числе и в случае применения ВРТ для зачатия
2. Подобрать и разработать комплекс методик для изучения психического развития и взаимодействия с матерями детей раннего возраста
3. Провести эмпирическое исследование по выявлению особенностей умственного развития детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, в сравнении со сверстниками, зачатыми спонтанно, в различных возрастных срезах
4. Выявить особенности материнского отношения к детям раннего возраста, зачатым при помощи ЭКО
5. Изучить и сравнить характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста в связи со способом зачатия
6. Выявить и описать связи показателей психического развития детей с условиями пре- и перинатального периода и характеристиками взаимодействия с матерями

**Теоретико-методологической основой исследования** является культурно-исторический подход к развитию (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин), концепция генезиса общения (М.И. Лисина, Н.Н. Авдеева, Е.О. Смирнова), представления о развитии ребенка раннего возраста в контексте отношений с матерью (А. Фрейд, Д. Винникотт, М. Кляйн, М. Малер) и в диадической системе «мать - ребенок» (Дж. Боулби, Д.Н. Стерн, Р.Ж.



Мухамедрахимов), системный подход в психологии семейных отношений (А.Я. Варга, Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская), теория привязанности (Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Р.Ж. Мухамедрахимов, Н.Н. Авдеева), представления о материнской компетентности (Г.Г. Филиппова, М.Е. Ланцбург).

### **Методы и методики исследования**

Изучение психического развития детей включало оценку их умственного развития, предметной деятельности и взаимодействия с матерями, для чего использовались методы: инструментальное наблюдение с использованием видеосъемки и последующим анализом видеозаписей, опрос, анализ медицинской документации, тестирование с использованием следующих методик: «Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни» (Э.Л. Фрухт), «Ранняя диагностика умственного развития» для детей 2-3 лет (Е.А. Стребелева), «Диагностика развития предметной деятельности» (Е.О. Смирнова и соавт.), методика анализа видеозаписей игрового взаимодействия матерей и детей (М.Е. Ланцбург), проективная методика «Родительские оценки детей» (М.Е. Ланцбург).

При статистической обработке эмпирических данных были использованы критерий  $\chi^2$  Пирсона, угловое преобразование Фишера, t-тест Стьюдента, критерий Манна-Уитни, корреляционный, ковариационный и регрессионный анализ (пошаговый метод), факторный анализ (метод главных компонент). Расчеты проводились с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS Statistics 19.

### **Организация исследования и эмпирическая база**

Всего в исследовании приняли участие 430 детей младенческого и раннего возраста, из них 170 были зачаты при помощи ЭКО и 260 были зачаты спонтанно, и их матери. Диагностика детей, опрос матерей и видеосъемка проводились в специально оборудованных помещениях Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы и детских дошкольных учреждениях №2613, №1798, №2336 г. Москвы. Прием каждой пары «мать - ребенок» проводили одновременно два специалиста - психолога. Сначала матерям предлагалось в

течение 10 минут поиграть с ребенком, сидя за столиком или на ковре, как это обычно происходит дома, используя при этом предложенный набор игрушек, соответствующий возрасту ребенка. С информированного согласия матери взаимодействие записывалось на видео для последующего анализа. Затем один специалист проводил диагностику развития ребенка, в это же время второй специалист беседовал с матерью.

**Достоверность и обоснованность** полученных результатов и выводов обеспечены методологической обоснованностью исходных теоретических позиций, анализом предыдущих исследований по изучаемой теме, достаточным объемом выборки, использованием методов, соответствующих цели и задачам исследования, применением адекватных методов статистической обработки данных.

**Научная новизна работы** состоит в том, что в ней выявлены особенности психического развития детей раннего возраста, зачатых при помощи ЭКО, в познавательной сфере, в предметной деятельности и во взаимодействии с матерями. Описана возрастная динамика умственного развития данного контингента детей. Получены новые эмпирические данные, свидетельствующие о статистически достоверных различиях в материнско-детском взаимодействии в связи со способом зачатия, для чего был разработан оригинальный перечень параметров взаимодействия. Проведен сравнительный анализ влияния условий пре- и перинатального периода и характеристик взаимодействия с матерью на развитие детей в раннем детстве. Получены связи показателей психического развития ребенка с первичными биологическими условиями и характеристиками материнской компетентности.

**Теоретическая значимость исследования.** Новые эмпирические данные способствуют расширению теоретических представлений о вкладе биологических и социальных факторов в психическое развитие детей раннего возраста, в том числе зачатых с использованием ЭКО. Полученные результаты дают представление об особенностях уровня и темпа умственного развития детей, зачатых посредством ЭКО, способствуют углублению представлений о

формировании и функционировании диады «мать – ребенок», пониманию значения условий пре- и перинатального периода в развитии детей в первые годы жизни, расширяют теоретические представления о направлениях раннего междисциплинарного вмешательства. Представляется, что данное исследование вносит вклад в психологию развития и перинатальную психологию.

**Практическая значимость** исследования заключается в возможности применения его основных результатов при разработке программ психологического сопровождения супружеских пар с проблемами репродуктивной сферы (на этапе лечения бесплодия и в процессе подготовки к родам и родительству) и семей, имеющих детей, зачатых с применением ЭКО. Психологическое сопровождение системы «мать - ребенок» должно быть направлено на оптимизацию развития ребенка и взаимодействия матери и ребенка. Результаты работы могут быть использованы в лекционных курсах и практических занятиях по психологии развития, перинатальной, семейной психологии.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Положения и результаты диссертации были представлены и обсуждены на заседаниях кафедры возрастной психологии факультета «Психология образования» Московского городского психолого-педагогического университета. Материалы исследования докладывались на I Национальном Конгрессе «Дискуссионные вопросы современного акушерства» (Санкт-Петербург, 2013), Международной научной конференции «Раннее вмешательство и психическое здоровье детей: от учреждения к семейному окружению» (Санкт-Петербург, 2013), V Международном Конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 2013), IV Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития «У истоков развития» (Москва, 2013), XLI международной научно-практической конференции «Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии» (Новосибирск, 2014), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Дети и общество: социальная реальность и новации»

(Москва, 2014), VI-ой Международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи» (Москва, 2015). Основные положения и результаты исследования используются в учебной дисциплине «Перинатальная психология», который читается на кафедре возрастной психологии МГППУ для бакалавров и магистров, в программах повышения квалификации, проводимых АНО «Родительский дом»: «Психологическая подготовка будущих родителей к воспитанию детей. Перинатальная психология», «Психологическое консультирование женщин и пар с нарушениями репродуктивного здоровья».

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. У детей первого и второго года, зачатых посредством ЭКО, реже, чем у спонтанно зачатых ровесников, встречается уровень умственного развития, соответствующий возрастной норме; на третьем году показатели умственного развития детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно, имеют тенденцию к выравниванию.
2. Факторами риска отставания в умственном развитии в раннем детстве преимущественно являются совокупность осложненных условий пре- и перинатального периода.
3. Во взаимодействии матерей и детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, по сравнению с диадами в случае спонтанного зачатия, чаще встречается снижение чувствительности и отзывчивости матери к ребенку и меньшая частота использования вербальных и невербальных средств общения в диаде.

### **Структура и объем работы.**

Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения. Основной текст изложен на 197 страницах, общий объем работы 217 страниц. Диссертация содержит 52 таблицы, 24 рисунка, список литературы, включающий 235 источников, из них 67 на английском языке, и 9 приложений. Основное содержание работы отражено в 12 научных публикациях.

## **ГЛАВА 1. Теоретические и экспериментальные подходы к изучению психического развития детей раннего возраста**

### **1.1. Методологические подходы к изучению психического развития детей в отечественной и зарубежной психологии**

В рамках культурно-исторической теории Л.С. Выготского развитие психики человека понимается как процесс, представляющий собой последовательность качественных преобразований, когда на каждом этапе возникают новые качества, подготовленные всем предыдущим ходом развития, но не содержащиеся на более ранних этапах в готовом виде [Выготский Л.С., 1984]. В соответствии с этим онтогенез подразделяется на отдельные периоды – психологические возраста, относительно замкнутые циклы развития [там же]. В отечественной психологии структуру и динамику психологического возраста принято изучать на основе анализа следующих понятий: социальной ситуации развития, ведущей деятельности, центральных новообразований и возрастных кризисов.

*Социальная ситуация развития* - главный компонент структуры возраста - это специфическая для данного возраста система отношений между субъектом и социальной действительностью [там же]. Она определяет способ, при помощи которого из своего социального окружения субъект приобретает новые свойства личности [там же]. В каждом возрасте социальная ситуация развития содержит противоречие, которое человек должен решить в особом типе деятельности - ведущем, специфическом для данного возраста.

*Ведущая деятельность* (А.Н. Леонтьев) - деятельность, в рамках которой происходят главные изменения в психических процессах и психологических особенностях субъекта на данном этапе его развития, развивается личность субъекта, зарождаются новые формы деятельности [Леонтьев А.Н., 1996]. Смена видов деятельности происходит следующим образом: в ходе развития, накопления новых знаний, умений, представлений прежнее место, занимаемое субъектом в окружающем его социальном мире, начинает осознаваться им как

несоответствующее его возможностям, и он стремится его изменить. Возникает противоречие между актуальным образом жизни человека и его новыми возможностями. В соответствии с этим его деятельность перестраивается, и совершается переход к новой стадии развития [там же]. На каждой возрастной ступени формируется *центральное, ведущее новообразование*, которое характеризует личностную перестройку субъекта в новых условиях. Наряду с центральным новообразованием возраста формируются остальные – частные – новообразования, которые в свою очередь относятся к отдельным сторонам личности, и процессы развития, связанные с новообразованиями предыдущих возрастов. Эти новообразования созревают в течение стабильных (т. наз. литических) периодов развития. Не соответствуя социальной ситуации развития данного возрастного периода, они выходят за ее пределы и актуализируются во время *возрастных кризисов* – закономерных явлений, переломных точек онтогенеза, которые отделяют один психологический возраст от другого. На этих этапах по мере развития ребенка прежняя социальная ситуация развития распадается, и формируется новая ситуация развития, которая должна стать отправным моментом для следующего психологического возраста [Выготский Л.С., 1984]. Перестройка социальной ситуации развития – возникновение нового типа социальных отношений и смена ведущего типа деятельности – составляет главное содержание возрастных кризисов [там же]. Протекание кризисов различно по времени и интенсивности в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, культурных и социальных условий, особенностей воспитания в семье.

Итак, в рамках социальной ситуации развития через институты социализации субъект принимает новую социальную позицию и осваивает деятельность, которая, являясь ведущей для данного возраста, формирует основные новообразования возрастного этапа. Результат и продукт возрастного развития суть психологическое новообразование – новое свойство личности, которое ведет к перестройке сознания, восприятия внешней действительности и внутренней жизни, характера деятельности субъекта. Психологическое

новообразование и возникающее в связи с ним изменение личности приводят к противоречиям в существующей социальной ситуации развития, к нарушению гармонии между субъектом и его окружением и к необходимости построения новых отношений между ними, что означает рождение новой «идеальной формы» развития [Леонтьев А.Н., 1996], которой субъект должен овладеть. В этом состоит диалектика психического развития человека.

В отечественной психологии общепринятой считается периодизация возрастного развития, разработанная Д.Б. Элькониным [Эльконин Д.Б., 1971, 1997]. В процессе развития в каждом психологическом возрасте у ребенка происходит усвоение как мотивов деятельности и правил отношений между людьми, так и способов действий с предметами. Оба этих вида деятельности взаимосвязаны и взаимодополняемы, но в каждом из них ребенок усваивает разные аспекты действительности. Выделяют две группы деятельностей ребенка, чередующихся в онтогенезе и направленных на усвоение:

- мотивов, задач, смыслов человеческой деятельности, норм отношений между людьми,
- общественно выработанных способов действий с предметами.

Д.Б. Эльконин выявил закономерность чередования этих типов деятельности, которая состоит в том, что в развитии человека в детском возрасте существуют периоды преимущественного развития мотивационно-потребностной сферы и периоды преимущественного формирования интеллектуально-познавательной сферы, причем период освоения мотивов и задач всегда предшествует периоду освоения способов действий [там же].

Присутствие и активное сотрудничество взрослого (по Эльконину - «общественного взрослого») [Эльконин Д.Б., 2001] и ребенка необходимо для его психического развития: культурный опыт присваивается ребенком только в процессе общения и активного взаимодействия со взрослым.

Общение ребенка со взрослым как отдельный предмет изучения в отечественной психологии был впервые рассмотрен М.И. Лисиной [Лисина М.И., 1986]. Согласно данной концепции общение рассматривается как отдельный

особый вид деятельности – коммуникативной, у которой имеются потребность, предмет, мотивы и средства: предметом является партнер по общению, потребностью – стремление к познанию других людей, и посредством этого – к самопознанию и самооценке, мотивами – деловые, познавательные и личностные качества как субъекта общения, так и других людей, ради которых субъект вступает в общение; средства общения – это операции, с помощью которых осуществляется коммуникативная деятельность; выделяются экспрессивно-мимические, предметно-действенные и речевые средства.

Параметры коммуникативной деятельности на каждом этапе развития образуют устойчивые сочетания – своеобразные, целостные формы общения, которые являются важнейшей характеристикой психического развития ребенка, поскольку в процессе общения со взрослым происходит становление новых мотивов деятельности ребенка [там же]. Согласно теории М.И. Лисиной развитие общения в детском возрасте представляет собой смену ряда качественно своеобразных форм общения, каждая из которых характеризуется временем возникновения в онтогенезе, особым содержанием потребности в общении, которую ребенок удовлетворяет в рамках данной формы общения, побуждающим мотивом и основными средствами общения.

Зарубежные теории психического развития предлагают свои подходы к объяснению движущих сил и источников психического развития человека. Так, в рамках психоанализа З. Фрейда, развитие рассматривается как процесс усложнения сферы влечений, мотивов и чувств, созревание и взаимодействие трех уровней психики, составляющих личность человека (Ид, Эго и Суперэго); в основу периодизации психического развития положен способ удовлетворения инстинктивных (т.е. бессознательных) влечений и получения удовольствия, характерный для ребенка на каждом возрастном этапе [Фрейд З., 1989].

Дальнейшее развитие идеи психоанализа Фрейда получили в работах его последователей. Так, А. Фрейд рассматривала развитие ребенка как постепенную его социализацию, происходящую путем перехода от принципа удовольствия к принципу реальности [Фрейд А., 2003] и распространила основные положения



классического психоанализа на сферу сознания. Согласно А. Фрейд, мать, являясь для ребенка не только первым объектом любви, но и первым законодателем, оказывает существенное влияние на развитие ребенка.

Согласно эпигенетической теории развития личности Э. Эриксона [Эриксон Э., 2002] на каждой стадии развития (а всего их 8, от младенчества до старости) человек решает для себя определенную специфическую задачу, которую ставит перед ним общество. Общество же определяет содержание развития на каждом этапе жизненного цикла. Переход к каждой последующей стадии происходит, по Эриксону, через кризисы идентичности, которые трактуются автором как точки развития личности. В детском возрасте эти задачи могут быть решены благодаря взаимодействию с близкими взрослыми, прежде всего, с матерью. Принципы теории Эриксона в известной мере согласуются с положениями культурно-исторической психологии в понимании социальной среды как источника развития и кризисов как способов перехода на каждый следующий жизненный этап. По Эриксону, потребность в сохранении целостности Эго (Эго-идентичности) как ведущая потребность человека остается актуальной в течение всей жизни, поэтому периодизация развития должна охватывать весь жизненный путь индивида. Авторы психоаналитических концепций периодизаций социально-эмоционального развития подчеркивают, что данные теории разработаны не с использованием непосредственного наблюдения за детско-материнским взаимодействием, а в результате ретроспективного анализа, цель которого - понимание механизмов возникновения психопатологии, главным образом – во взрослом возрасте [Стерн Д.Н., 2006].

Идеи возрастного развития, изначально выдвинутые Л.С. Выготским и его последователями для анализа психического развития человека в детском и подростковом возрасте, были использованы в изучении развития во взрослости и доказали свою эвристичность [Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 2001]. В соответствии с концепцией о непрерывности психического развития становление личности осуществляется на всех этапах жизни человека, не ограничиваясь конкретными временными промежутками. В зрелом возрасте развитие личности так же, как и

детстве и подростковом возрасте, представляет собой множественные смены социальной ситуации развития и переходы от одной стадии развития к другой, что обусловлено накоплением противоречий между внутренними условиями развития и внешними обстоятельствами. Каждый следующий возрастной этап в зрелости также характеризуется появлением психологических новообразований, изменяющих структуру личности. Но в отличие от детства, где ввиду наличия в обществе устойчивых институтов социализации происходят типичные, характерные для всех детей психологические преобразования, развитие в зрелом возрасте более вариативно: трудно обозначить четкие поворотные единые для всех моменты, которые отделяют один период развития от другого; смена социальной ситуации развития в зрелости в намного меньшей степени, чем в детстве и подростковом возрасте, зависит от паспортного возраста человека. Гораздо больше кризисы зрелости определяются личными обстоятельствами человека: его профессиональным ростом, социальным статусом, семейными отношениями и др. Эти события могут накапливаться постепенно или внезапно возникать при резком изменении в социальной ситуации развития. Таким образом, вопрос о возможности применения представлений о культурно-исторической обусловленности развития человека в детском и подростковом возрасте к анализу личностных изменений взрослого человека не решен однозначно и до сих пор является одной из дискуссионных проблем в психологии развития [Захарова Е.И., 2008].

## 1.2. Психическое развитие детей раннего возраста и методы его исследования

### *Характеристика раннего возраста*

В отечественной психологии в культурно-исторической концепции психического развития Л.С. Выготского [Выготский Л.С., 1983, 1984], теории деятельности А.Н. Леонтьева [Леонтьев А.Н., 1959], концепции периодизации психического развития в онтогенезе Д.Б. Эльконина [Эльконин Д.Б., 1971, 2001, 2007] детерминирующими факторами психического развития ребенка являются ведущая деятельность и общение со взрослым в рамках определенной социальной ситуации развития. Эти же положения были развиты в концепции генезиса общения ребенка со взрослыми М.И. Лисиной, где развитие общения ребенка со взрослым рассматривается как последовательность качественно своеобразных форм общения [Лисина М.И., 1986], каждую из которых характеризуют потребности, мотивы, средства и время появления в онтогенезе.

Согласно общепринятой в отечественной психологии периодизации возрастного развития Д.Б. Эльконина [Эльконин Д.Б., 1971] ранним возрастом считается период жизни человека от года до трех лет. Переход ребенка в ранний возраст из младенчества осуществляется посредством кризиса первого года жизни, в результате которого происходит смена социальной ситуации развития: если в младенческом возрасте это была ситуация неразрывного единства ребенка и взрослого, то в раннем детстве социальная ситуация развития представляет собой качественно новое отношение: это *совместная деятельность* ребенка со взрослым как сотрудничество [Эльконин, 1997, 1999; Обухова Л.Ф., 1996]. Соответственно, ведущей деятельностью становится *предметная*. Постепенно внутри предметной деятельности выделяются два отдельных направления - собственно предметная (т.е. практические действия с предметами) и основы процессуальной игры. Овладение предметно-практической деятельностью происходит как усвоение конкретных действий с предметами с пониманием их смысла и стремлением к точности выполнения. К концу раннего возраста

предметная деятельность становится все более произвольной и самостоятельной, а становление процессуальной игры готовит ребенка к переходу на следующий возрастной этап, где ведущей деятельностью будет уже сюжетно-ролевая игра [там же].

Согласно концепции генезиса общения ребенка со взрослым М.И. Лисиной основной формой общения в раннем возрасте является *ситуативно-деловая*, которая приходит на смену ситуативно-личностной формы общения и побуждается потребностью в сотрудничестве со взрослым; основными средствами общения здесь являются предметно-действенные. Таким образом, в раннем возрасте предметные действия являются также способом установления и налаживания межличностных контактов; общение же, в свою очередь, опосредовано предметными действиями и практически не отделено от них. В процессе предметной деятельности интенсивно развивается восприятие, на его основе функционируют и развиваются другие познавательные процессы, возникают простые формы наглядно-действенного мышления.

В раннем возрасте ребенок начинает овладевать новым средством общения – речью - как важнейшим способом передачи ребенку общественного опыта; речевая активность обычно резко возрастает на третьем году жизни. Д.Б. Эльконин называл развитие речи «веточкой» в развитии самостоятельной предметной деятельности [Эльконин Д.Б., 1958]. Поэтому ситуативно-деловое общение со взрослым, оставаясь основной формой общения до 3 лет, следует разделять на этапы доречевого и речевого ситуативно-делового общения.

Центральным новообразованием раннего возраста является появление у ребенка самосознания; этот феномен Л.С. Выготский назвал «внешнее Я сам». Суть этого новообразования в том, что ребенок начинает видеть себя через призму своих достижений, признанных и оцененных другими. Это означает, что к концу раннего возраста для ребенка резко повышается значимость результативной стороны деятельности и признание его успехов другими. Появление данного феномена – новой системы Я - приводит к распаду социальной ситуации развития, это проявляется в кризисе трех лет [Выготский

Л.С., 1997] и является началом перехода к следующему психологическому возрасту - дошкольному детству.

В классическом психоанализе раннему возрасту соответствует анальная фаза психосексуального развития; в этот период ребенок знакомится с системой прав и социальных норм поведения. Роль близких людей (в первую очередь – матери) состоит в адекватном участии в формировании этих отношений, здесь требуется гибко сочетать поддержку ребенка и предоставление ему самостоятельности. Согласно эпигенетической теории Э. Эриксона [Эриксон Э., 2002] ранний возраст соответствует второй стадии психосексуального развития личности, задача которой состоит в преодолении чувства стыда и сомнения и формировании и отстаивании ребенком своей автономии и независимости. Эта стадия начинается, когда ребенок начинает ходить, и связана с приучением к опрятности.

### ***Зарубежные и отечественные методы диагностики развития детей раннего возраста***

В зарубежной психологии первые методики диагностики развития детей первых лет жизни появились в 30-40 годы XX столетия. Преимущественно они представляли из себя тестовые методы, построенные по типу шкал, например, Шкалы умственного развития Бине-Симона, Станфорд-Бине, таблицы развития А. Гезелла, тесты нервно-психического развития детей 1-6 лет жизни Бюлер и Гетцер, Laishley Scales in Infant Development и др. [Смирнова, Е.О., Галигузова, Л.Н., Ермолова, Т.В., Мещерякова, С.Ю., 2002]. Авторы данных методик разработали различные схемы наблюдений за детьми и составили свои тесты из ряда заданий на проверку развития у ребенка различных сфер (моторной, сенсорной, эмоциональной, речевой и др.). Успешность выполнения заданий (в соответствии с возрастными нормативами) является критерием успешного психического развития.

В последнее время за рубежом для задач диагностики детского развития наиболее часто применяется Шкала Бэйли [Brandes J.M., et al., 1992; Dhont, M., et al., 1999; Kelly-Vance L., Anthis K., Needelman H., 2004]. Впервые появившись в 1969 году, Bayley Scales of Infant Development [Bayley, N., 1993] был предназначен для обследования детей в возрасте от 2 до 30 месяцев. Более поздний вариант теста - Bayley Scales of Infant and Toddler Development [Bayley, N., 2005] - позволяет обследовать детей в возрасте от 1 до 42 месяцев. Шкала Бэйли является высоковалидным стандартизированным тестом и считается среди зарубежных специалистов одним из лучших для раннего возраста. Тест оценивает психическое развитие, моторное развитие и поведение; в результате тестирования вычисляются индексы ментального и психомоторного развития ребенка. По мнению автора метода, эта шкала качественно диагностирует актуальный уровень развития ребенка, но неприменима для прогностических целей. Также специфика использования Шкалы Бэйли состоит в том, что процедура тестирования достаточно продолжительна и требует специального обучения и высокой квалификации специалистов.

Для обследования детей, страдающих задержкой психического развития, в возрасте до 6 лет, эффективным является Денверский скрининг-тест развития (Denver Developmental Screening Test) [Frankenburg W.K., Dodds J.V., 1967]. Это достоверный стандартизированный тест содержит 4 шкалы: грубая моторика, тонкая моторика, речь и социальная адаптация. Тестирование проводится как методом наблюдения, так и на основании сведений от родителей. Преимущество данного теста по сравнению со Шкалой Бэйли состоит в том, что процедура тестирования непродолжительна (занимает около получаса) и требует минимальной подготовки исследователя.

Примером порядковой (числовой) шкалы психологического развития ребенка может служить тест, разработанный I. Uzgiris и J. McHunt на основании подхода Ж. Пиаже к изучению психического развития [Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В., 2001]. Тест представляет собой психометрическую оценку развития детей от рождения до 2 лет и содержит ряд

шкал, по которым оценивается психическое развитие, в определенных возрастных промежутках от рождения до двух лет.

Представленные методики дают возможность диагностировать актуальный уровень развития ребенка путем сравнения его результатов с заданными возрастными нормативами. В результате определяется, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка. По этому же принципу построена, к примеру, Шкала ментального развития Гриффитс (Griffiths Mental Development Scales from Birth to 2 years) [Кешишян Е.С., 2000].

В отличие от рассмотренных выше методик KID-шкала (Kent Infant Development Scale) предполагает оценку уровня развития ребенка через опрос матерей, которые самостоятельно в домашних условиях заполняют регистрационный лист [Reuter, J.M., & Wozniak, J.R., 1996]. По их ответам определяется условный возраст ребенка, который сравнивается с паспортным. Оригинальная версия KID-шкалы была разработана в США J. Reuter, последняя стандартизация проведена в 1990г., русская адаптация выполнена в 1996 и в 2000 гг. [Чистович И., Рейтер Ж., Шапиро Я.Н., 2000].

Такой же подход применяется в Профиле развития Альперна и Болла (Alpern And Boll Developmental Profile) [Alpern G., Boll T., Shearer T., 2007], где уровень развития ребенка определяется по результатам структурированного интервью с родителями или заполнения ими опросного листа. Профиль Альперна и Болла удобен в случае грубых нарушений развития, когда стандартные диагностические процедуры не могут быть применены. Нельзя не отметить, что такой подход к диагностике опирается на субъективную оценку взрослыми психического развития ребенка, что понижает объективность выводов.

В отличие от вышеописанных методик, предполагающих один способ диагностики - тестирование ребенка или опрос родителей, методика исследования психического развития ребенка Баттелл (Battelle Developmental Inventory) [Newborg J., 2005] предполагает следующие три пути получения данных: структурированное задание, наблюдение в естественных условиях и беседа с родителями или воспитателями. Преимуществом этой методики также является

возможность ее использовать для детей с особенностями развития, так как многие тестовые задания имеют модификации для детей с сенсорными, двигательными и множественными нарушениями. Методика Баттелл в последние годы активно применяется отечественными специалистами, в частности, психологами Санкт-Петербургского государственного университета [Эмоции и отношения..., 2008; Аринцина И.А. 2010; Борковская О.Л., 2010] для изучения психического развития детей, в том числе из групп риска – проживающих в домах ребенка [Пальмов О.И., Мухамедрахимов Р.Ж., 2008], оперированных в период младенчества [Аринцина И.А., 2009, 2010].

Первые отечественные диагностические методики развития младенцев появились, как и за рубежом, к 30-40 гг. прошлого века: это «Краткая диагностическая схема развития ребенка до 1 года» И.Л. Фигурина и М.П. Денисовой и «Показатели нервно-психического развития детей в первый год их жизни» Н.М. Щелованова [Смирнова Е.О., 2002]. За основные показатели нервно-психического развития в них были приняты ориентировочные реакции (зрительные и слуховые), эмоции, социальное поведение, действия с предметами, движения рук. Основанием соответствия норме или наличия нарушений развития так же, как и в рассмотренных выше зарубежных тестах, было сравнение сроков появления тех или иных новообразований у ребенка с заданными возрастными нормативами.

В основе диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста К.Л. Печоры, Г.В. Пантюхиной и Л.Г. Голубевой [Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л., 1996] лежат схожие основания. Методика, состоящая из 3 возрастных шкал - отдельно для 1-го, 2-го и 3-го лет жизни - качественно, т.е. без подсчета баллов, предполагает оценку нервно-психического развития ребенка по следующим направлениям развития: речевое, сенсорное, игра и действия с предметами, общие движения, навыки самостоятельности и (к концу раннего возраста) продуктивной деятельности. Нормой считается выполнение навыков в пределах 15 дней от проверяемого возраста.



Примерами такого же, шкалированного подхода к изучению развития детей раннего возраста могут служить разработанный Г.В. Козловской и соавт. тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев) [Козловская Г.В., Баженова О.В., 1995] и диагностика нарушений психомоторного развития детей первого года жизни Л.Т. Журба и Е.М. Мастюковой [Журба Л.Т., Мастюкова Е.М., 1981].

Итак, показатели, лежащие в основе большинства отечественных и зарубежных методик развития ребенка, получены эмпирически, нормы выстроены на основе наблюдений, стандартизированные параметры исключают возможность индивидуальных различий. Все линии диагностики равнозначны, соответственно, не выявляются главные, наиболее существенные направления психического развития детей в каждом конкретном возрастном периоде. По мнению Е.О. Смирновой [Смирнова Е.О., 2002] указанные недостатки являются следствием отсутствия в основе построения методик периодизации психического развития и субъектно-ориентированного отношения к ребенку.

Одна из первых попыток процессуального подхода к психическому развитию младенцев была предпринята О.В. Баженовой. Главным принципом разработанной ею в 1986 г. «Диагностики психического развития детей первого года жизни» [Баженова О.В., 1986] явилась идея изучения психической активности ребенка во взаимодействии со средой в рамках предметно-манипулятивной деятельности и общения. Автор поставила задачу получить интегральную характеристику психического развития младенцев и возможность его анализировать с точки зрения различных групп реакций (двигательных, эмоциональных и пр.) К недостаткам методики следует отнести длительность процедуры диагностики (96 проб и около 100 показателей), что затрудняет ее практическое использование.

В данном диссертационном исследовании для изучения умственного развития детей раннего возраста была использована «Ранняя диагностика умственного развития» Е.А. Стребелевой [Стребелева Е.А., 2001]. Теоретической основой этого метода являются положения культурно-исторической теории о

предметной деятельности как ведущей в раннем возрасте и о сотрудничестве со взрослым как основном способе усвоения общественного опыта и о зоне ближайшего развития [Выготский Л.С., 1997, Эльконин Д.Б., 1971, 1997, 2001; Лисина М.И., 1997]. Согласно позиции Д.Б. Эльконина, «...содержание диагностируемых сторон психического развития в каждом отдельном возрастном периоде должно отражать уровень сформированности и прогноз дальнейшего развития ведущего типа деятельности, ее основных структурных компонентов и уровень сформированности и прогноз развития основных новообразований в умственном и мотивационном развитии» [Эльконин Д.Б., 1997]. Методика представляет собой серию из 10 диагностических заданий, направленных не только на выявление нормы или нарушений умственного развития ребенка (т.е. актуального уровня развития), но и на разработку коррекционно-развивающих мероприятий путем определения зоны ближайшего развития. Основными параметрами умственного развития ребенка Е.А. Стребелева считает: принятие ребенком задания, способы его выполнения, обучаемость в процессе диагностического обследования и отношение ребенка к результату своей деятельности.

Сравнительный анализ отечественных и зарубежных методик, проведенный Ю.А. Разенковой и Э.Л. Фрухт [Разенкова Ю.А., 1998; Разенкова Ю.А., Фрухт Э.Л., 1999], показал, что выделенные во всех методиках линии развития ребенка часто близки по названию, но имеют разное содержание, что затрудняет интерпретацию результатов. Причину этого авторы видят в различии научных концепций и методологических подходов.

Итак, большинство диагностических методик развития детей первых лет жизни - как отечественные, так и зарубежные - в качестве объекта изучения рассматривают отдельные, изолированные линии развития психики (моторное, сенсорное, умственное, эмоциональное развитие и пр.). Такие диагностики не дают представления о целостном психическом развитии ребенка, поскольку нормативное развитие отдельных психических функций является лишь необходимым условием благополучного развития. Комплексное изучение

психического развития должно включать не менее существенные области психической жизни - мотивационную сферу, взаимоотношения с окружающими людьми и др. Такой подход был предложен Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой и С.Ю. Мещерякой в книге «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет» [Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю., 2002]. Этими авторами была предпринята попытка реализовать целостный личностно ориентированный подход к оценке психического развития ребенка раннего возраста в парадигме культурно-исторического подхода, где в качестве основных факторов психического развития ребенка рассматриваются его общение со взрослыми и ведущая деятельность. Следовательно, оценка данных факторов на соответствие возрастной норме является необходимой и важнейшей составляющей психодиагностики детей [там же]. Ситуативно-деловое общение ребенка со взрослым изучается по следующим характеристикам: инициативность, чувствительность, средства общения; сформированность предметной деятельности проверяется по параметрам: виды действий с предметами, познавательная активность ребенка, включенность предметных действий в общение, речевое сопровождение деятельности; параметры оцениваются в соответствии с разработанными авторами критериями.

### **1.3. Взаимодействие с матерью и развитие ребенка раннего возраста в работах отечественных и зарубежных психологов и методы его исследования**

#### ***Изучение материнско-детского взаимодействия в зарубежной психологии***

Важность отношений с матерью для психического развития ребенка подчеркивалась специалистами различных психологических школ и направлений, поэтому информацию о природе этого отношения и его особенностях можно найти во многих исследованиях.

Первым на важность детских переживаний и роли матери в формировании ранних личностных структур ребенка указал З. Фрейд. Путем ретроспективной реконструкции ранних отношений взрослого человека Фрейд выявил, что социально-эмоциональное развитие ребенка происходит во взаимодействии с матерью: в раннем возрасте мать удовлетворяет желания ребенка, обеспечивая комфорт и удовольствие, становясь для него первым объектом любви. Влияние родителей состоит и в том, что они с раннего возраста ограничивают непосредственные детские импульсы, требуя выражать их социально приемлемым способом [Фрейд З., 1989]. А. Фрейд [Фрейд А., 2003; 2004], изучая материнское влияние на ребенка, считала, что развитие ребенка детерминируется личными предпочтениями матери: лучше всего развивается то, что мать приветствует и одобряет, т.е. положительно подкрепляет. Соответственно, развитие замедляется в тех случаях, когда мать равнодушна либо скрывает свое одобрение. Мать не только исполняет, но и отвергает некоторые желания ребенка и поэтому становится для него не только первым объектом любви, но и первым законодателем [Смирнова Е.О., 2002]. Развитие ребенка А. Фрейд рассматривала как последовательные фазы - от выраженной зависимости от матери к самодостаточности и взрослым объектным отношениям.

Одной из первых, кто исследовал поведение ребенка в контакте с матерью, была М. Малер. Выделенный А. Фрейд период биологического единства матери и младенца Малер разделила на фазу нормального аутизма (первые несколько недель) и фазу нормального симбиоза (со второго месяца до полугода). Контакт с матерью как источником эмоциональной поддержки детерминирует активность ребенка в познании окружающего мира. Итогом прохождения всех стадий процесса отделения – индивидуализации является формирование у ребенка представлений о себе как отдельном человеке, формирование границ между матерью и ребенком [Мухамедрахимов Р.Ж., 2003]. Исследования отношений между матерью и ребенком первых лет жизни, проведенные М. Малер и соавт. [Малер М., Мак-Девитт Дж.Б., 2005], показали, что в начале отделения ребенка от матери (примерно в возрасте одного года), мать избирательно реагирует на разнообразные реакции ребенка, неосознанно поддерживая те из них, которые отвечают ее личным интересам и нуждам. Мать может различными способами поощрять независимость и самостоятельность ребенка, или, наоборот, сдерживать его в стремлении сохранить симбиотические отношения, непосредственно оказывая влияние на познавательную активность ребенка.

О влиянии близких взрослых на развитие детей указывал последователь психоаналитической концепции Э. Эриксона. Проводя исследования в индейских племенах [Эриксон Э., 2002] он обнаружил существование в каждой культуре своего, особого, единственно правильного стиля материнства, который определяется общественными ожиданиями от ребенка в будущем. Согласно Эриксону, мать, будучи носителем определенных социокультурных представлений о воспитании и отношении к ребенку, оказывает на него непосредственное влияние, причем на каждом возрастном этапе перед матерью стоят различные задачи. Так, в младенчестве определяющей будет качество заботы, формирующее у ребенка базовое доверие/недоверие к миру, на втором и третьем годах жизни - поддержка и поощрение самостоятельности ребенка для формирования у него чувства автономности. Уверенное поведение матери во взаимодействии с ребенком помогает ему обрести веру в ее помощь и надежду на

скорое завершение неприятных переживаний и удовлетворение потребности; за счет этого ребенок учится переживать состояние дискомфорта.

По мнению К. Хорни [Хорни К., 2004, 2007], именно в раннем детстве лежат причины неврозов. Главная потребность маленького ребенка - потребность в безопасности - может быть удовлетворена только в случае теплой атмосферы и внимания в семье. Тирания, чрезмерное давление, удушающая любовь, восхваление, а также непредсказуемость поведения родителей являются неблагоприятными факторами для развития ребенка.

Согласно трехмерной теории интерперсонального поведения В. Шутца (известной также под названием ФИРО, т.е. фундаментальная ориентация межличностных отношений), каждому индивиду необходимо удовлетворение трех межличностных потребностей: потребность включения, потребность в контроле и потребность в любви [Андреева Г.М. и соавт., 2002]; фрустрация этих потребностей, может приводить к психическим расстройствам. Идеи В. Шутца также подтверждают идею о том, что ребенок в первые годы жизни должен получать достаточное количество материнской любви, чтобы в последующем уметь успешно строить отношения в социуме.

Популярное понятие «безусловной любви» появилось впервые в работах Э. Фромма [Фромм Э., 2008]. По его мнению, безусловная, все принимающая любовь идет от женского начала в родителе, а условная любовь – от мужского. По мнению Фромма, в первые годы жизни ребенку нужна безусловная материнская любовь, после 6 лет – руководство и авторитет, которые дают отцовская любовь. Э. Фромм считал, что наличие или отсутствие родительской любви будет влиять на формирование у человека таких личностных качеств, как способности любить и стремления к саморазвитию или черствости и жестокости.

Основатель гуманистической психологии К. Роджерс считал, что оценка человека другими людьми, особенно в детстве, влияет на формирование образа Я. Позитивный образ Я формируется только в случае позитивного безусловного внимания со стороны родителей независимо от поступков ребенка [Rogers C.R.,

1954], что согласуется с идеей Э. Фромма о безусловной родительской любви, дающей начало развитию здоровой личности.

Изучение взаимодействия матери и ребенка в рамках теории привязанности исходит как из психоаналитических, так и из этологических идей. К. Лоренц, основатель этологического подхода, объяснял появление привязанности матери и ребенка врожденными инстинктами [Быкова М.В., 2003]. Так, например, первые 36 часов близкого контакта вызывают у матери «психологический импринтинг на ребенка», что благоприятно сказывается на его дальнейшем развитии. В свою очередь, у младенцев есть врожденные поведенческие программы, которые вызывают со стороны окружающих взрослых людей необходимую для его выживания и развития заботу [Бурменская Г.В., 2003]. Эти положения нашли свое отражение в идеях Дж. Боулби: основа личности человека лежит в самых ранних его взаимоотношениях с матерью или лицом, ее постоянно замещающим, и что для нормального психического развития ребенку необходимо установить близкие отношения хотя бы с одним человеком, который бы о нем заботился в течение длительного времени [Боулби Дж., 2003, 2004]. Таким образом, в основе теории привязанности Боулби и его последователей [Авдеева Н.Н., 2010; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003; Эйнсворт М., 1979; Crittenden Р.М., 1985], лежат понятия о необходимом для психического развития ребенка эмоциональном комфорте, о потребности в защите и безопасности и о роли матери в их обеспечении.

Согласно положениям теории Дж. Боулби, привязанность как мотивационно-потребностная система формируется к концу первого года жизни, когда у ребенка складывается т. наз. «внутренняя рабочая модель» [Боулби Дж., 2003] - неразрывная, взаимообусловленная связь себя и другого, посредством которой формируется представление ребенка о себе и его отношение к себе. В дальнейшем, на втором году уже сформированная модель привязанности реализуется в актуальных отношениях в диаде «мать - ребенок», становясь наиболее сильной в первой половине второго года и несколько уменьшаясь к концу раннего возраста, когда в поведении ребенка начинают проявляться

тенденции, связанные с развитием самосознания: стремление к самостоятельности и самоутверждению. Таким образом, Боулби рассматривал взаимоотношения ребенка и матери эволюционно и объяснял привязанность как универсальный способ решения главной биологической задачи выживания и взросления индивида вплоть до репродуктивного возраста [Криттенден П., 2002].

В дальнейшем исследования особенностей и качества привязанности у детей и матерей проводила М. Эйнсворт, которая при помощи разработанного ею теста «Незнакомая ситуация» выделила различные типы привязанности [Эйнсворт М., 1979; Ainsworth M.D.S., 1968, 1989; Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S., 1978]. Разработанная Эйнсворт классификация типов привязанности [там же] была впоследствии расширена и дополнена ее последователями [Криттенден П., 2002; Crittenden P.M., 1985; Radke-Yarrow M. et al., 1985; Main, M., Solomon, J., 1990 и др.]. Это позволило изучать отношения привязанности у более широкого контингента матерей и детей, в том числе в семьях из групп риска (которые не были объектом изучения у М. Эйнсворт). Во всех этих исследовательских проектах могли применяться различные типы классификации привязанности, однако они однозначно показывают, что паттерны привязанности, приводящие к нарушениям развития у детей, формируются в условиях небезопасного социального окружения и нарушения отношений с матерью [Плешкова Н.Л., 2008]. Исследования Боулби и его учеников и последователей подчеркивают влияние матери на формирование глубинных структур личности ребенка: ребенок осознает себя через отношение к нему близкого взрослого, и это отношение становится внутренним самоощущением ребенка, основой представления о себе.

Исследования детей, разлученных с матерями по различным причинам, проведенные Боулби и его коллегами [Bowlby J., 1959; Robertson J., Bowlby J., 1952 и др.] показали, что в ситуациях отделения от матери у детей начинались глубокие патологические изменения в их психоэмоциональном состоянии, что подтверждает глубокую природу диадической связи «мать - ребенок». Эти работы привлекли внимание к таким проблемам, как разлучение матери с ребенком в



роддоме, при помещении ребенка в больницу, депривация в интернатных учреждениях, отношения с приемными родителями. В результате во многих зарубежных роддомах и больницах были организованы комнаты совместного пребывания матерей и детей, пересмотрены концепция ухода и воспитания в детских домах и процесс усыновления.

Большой вклад в изучение младенчества внес Д. Винникотт [Винникотт Д.В., 1994, 1998]. Он постулировал, что младенца нужно изучать не отдельно, а только вместе с матерью в силу сильной связи между ними. По убеждению Винникотта, именно мать, являясь для младенца внешним миром, обладая способностью тонко чувствовать потребности ребенка, делает возможным становление Самости младенца. Женщину, включенную в своего ребенка, умеющую понимать и удовлетворять его основные физиологические и психоэмоциональные потребности, Винникотт называл «достаточно хорошей матерью» [Винникотт Д.В., 1998], разведя это понятие с недостижимым образом «идеальной матери». «Достаточно хорошая мать», или «обычная преданная мать» [там же] обеспечивает оптимальный уход, создавая ребенку подходящие условия для благополучного развития. Для описания этого взаимодействия Винникотт ввел понятие «холдинг», распространяя его значение на все, чем является мать, и что она делает для своего ребенка в данное время. Первоначально речь идет о физическом холдинге: нахождение на руках у матери дает ребенку уверенность в благожелательности мира. Лучше всего с осуществлением холдинга справляется мать, которая приспосабливается к потребностям младенца. Важно отметить, что, в отличие от большинства психоаналитиков, Д. Винникотт не считал кормление грудью источником чувственного наслаждения, но определял это как важный этап становления взаимоотношений матери и ребенка, когда происходит «инициация человеческих отношений» и «у ребенка закладывается модель отношения к объектам и миру в целом» [там же].

Зарубежные исследователи вводят важные понятия – сензитивность и респонсивность матери по отношению к ребенку (*sensitive and responsive behavior*), т.е. ее чувствительность, восприимчивость к сигналам ребенка и

готовность и умение точно и своевременно реагировать на них с учетом особенностей ребенка [Shaffer H.R., Crook C.K., 1980; Skinner E.A., 1985]. В отечественной психологии понятия сензитивность (чувствительность) и респонсивность (отзывчивость) матери по отношению к ребенку рассматриваются в качестве неотъемлемых составляющих материнской компетентности – одного из блоков психологической готовности к материнству [Филиппова Г.Г., 2002; 2005]. В данном исследовании мы рассматриваем материнскую сензитивность как чувствительность матери к ребенку, внимание к проявлениям ребенка, эмпатическое понимание его состояний (плач, смущение и т.п.) [Мещерякова С.Ю., 2000]. Под респонсивностью понимается отзывчивость матери, умение адекватно реагировать на состояния и нужды ребенка, согласованность собственных действий с действиями ребенка.

Естественно предположить, что взаимодействие матери с ребенком детерминировано ее личностными особенностями и психическим состоянием. В зарубежных публикациях представлены работы, посвященные изучению того, как психологическое состояние матери (в первую очередь – депрессия и тревожность) влияет на показатели ее взаимодействия с ребенком. Так, исследования материнско-детского взаимодействия во время игры в связи с уровнем депрессии матери [Kochanska G., 1991; Gordon D., Burge D., Hammen C. et al., 1989; Houck G.M., Booth C.L., Barnard K.E., 1997] показали, что депрессия у матери влияет на качество ее отношений с ребенком, причем более ярко это проявляется в поведении ребенка, чем матери. Было выделено несколько паттернов взаимодействия депрессивных матерей и их детей: это может быть как социальное отдаление и понижение уровня взаимодействия со стороны матери, так и более явное проявление отрицательного аффекта, враждебности и помех в процессе взаимодействия; также может наблюдаться лабильность в поведении матери: от отстраненности к избыточной стимуляции ребенка. Депрессивные матери не только чаще проявляют негативное поведение по отношению к своим детям, но также менее отзывчивы по отношению к ним [Radke-Yarrow M., et al., 1985]. В свою очередь, состояние тревожности матери может обуславливать

ограниченность средств ее взаимодействия с ребенком [Rickel A.U., Williams D.L., Loigman G.A., 1988]: матери с высоким уровнем тревожности менее чувствительны к ребенку, их психоэмоциональное состояние во взаимодействии менее позитивно, чем у матерей с низким и средним уровнем тревожности [Nicol-Harper R., Harvery A.G., Stein A., 2007].

Итак, проведенный анализ литературы позволяет заключить, что исследования зарубежных психологов внесли неоценимый вклад в понимание роли близкого человека в психическом развитии ребенка. В их работах было исследовано и раскрыто понятие безусловной любви, разработана теория привязанности, изучено влияние матери на развитие ребенка в первые годы его жизни. Исследования как классиков зарубежной психологии (З. Фрейда, А. Фрейд, К. Хорни, Э. Эриксона, Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Д. Стерна, М. Малер, Дж. Винникотта и др.), так и современные публикации, посвященные развитию ребенка раннего возраста, фокусируются главным образом на изучении роли матери в формировании ранних личностных структур, и в возникновении нарушений психического развития ребенка. Мать и ребенок рассматриваются как составляющие единой системы, внутри которой они взаимно развиваются.

### ***Изучение материнско-детского взаимодействия в отечественной психологии***

Согласно принятому в отечественной психологии культурно-историческому подходу к развитию [Выготский Л.С., 1983, 1997; Леонтьев А.Н., 1959, 1996; Эльконин Д.Б., 1971], гармоничное психическое развитие в первые годы жизни возможно в условии активного сотрудничества со взрослым, который для ребенка является носителем культурных средств, способов действия, источником смысла деятельности и интереса к ней [Эльконин Д.Б., 1989, 1999]. Через совместную деятельность в рамках каждого возрастного периода развития взрослые «передают» ребенку общественно-выработанные способы употребления

предметов, ... организуют действие ребенка по образцу, а затем осуществляют функции поощрения и контроля хода осуществления и формирования этих действий» [там же]. Ребенок, в свою очередь, осваивает «общественное использование» [там же] предметов и технические приемы его осуществления. Таким образом, в парадигме культурно-действенного подхода роль родителя в развитии ребенка рассматривается в первую очередь с позиции социального и культурного опыта, который передается от родителя к ребенку. Такое понимание роли взрослого в развитии ребенка легло в основу выделения взаимодействия ребенка со взрослым в качестве самостоятельного объекта исследования. Поведение взрослого в этом случае рассматривается как источник развития ребенка, а сам ребенок – как субъект активности, общения, самосознания.

А.Н. Леонтьев считал, что от отношений ребенка с близкими взрослыми «не только зависят его успехи и неудачи, в них самих заключены его радости и огорчения, они имеют силу мотива» [Леонтьев А.Н., 1959; с. 286].

Л.С. Выготский впервые в отечественной психологии показал, что психика ребенка по своему происхождению социальна и берет начало из общения с окружающими взрослыми [Выготский Л.С., 1983, 1997]. Е.О. Смирнова считает, что в работах Выготского взрослый выступает в качестве некоего абстрактного носителя «... знаков, сенсорных эталонов, интеллектуальных операций, правил поведения, то есть как посредник между ребенком и культурой, но не как живой конкретный человек» [Смирнова Е.О., 2002; с. 77]. М.И. Лисина, рассматривая процесс общения как самостоятельный предмет исследования, показала, что взрослый при общении с ребенком выступает не только как носитель культурно-исторического опыта, но и как уникальная личность со своими мотивами, переживаниями, ценностями и смыслами [Лисина М.И., 1997; Лисина М.И., Капчеля Г.И., 1987]. Таким образом, взаимодействие взрослого и ребенка не ограничивается передачей культурного опыта и обучением общественным способам действий с предметами. На ранних этапах развития для обеспечения своих жизненно важных потребностей ребенок нуждается в постоянном участии любящего, эмоционально вовлеченного в него взрослого. Это признается и

подчеркивается психологами практически всех направлений как зарубежной [Боулби Дж., 2003; Фрейд А., 2003; Шпиц Р., 2001; Эриксон Э., 2002 и др.], так и отечественной психологии [Авдеева Н.Н., 2010; Авдеева Н.Н., Мещерякова Н.Ю., Ражников В.Г., 1996; Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Варга А.Я., 1986; Добряков И.В., 2010; Лисина М.И. 1986; Ланцбург М.Е., 2011; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003, 2008; Скобло Г.В., Дубовик О.Ю., 1992; Смирнова Е.О., 1994, 1995]: необходимым условием гармоничного личностного развития ребенка являются эмоционально теплые, стабильные, продолжительные отношения с матерью или лицом, постоянно ее замещающим. Ситуация «регулярного взаимодействия с близким взрослым» [Мухамедрахимов Р.Ж., 2003] суть единственная нормальная ситуация для благополучного развития ребенка в первые годы его жизни. Таким образом, отечественные психологи рассматривают развитие ребенка в его первые годы жизни с позиций диадического подхода к развитию личности Р. Сирса. Соответственно, неблагоприятным для психического здоровья ребенка является положение, когда близкий взрослый, особенно мать, не проявляет во взаимодействии с ребенком эмоциональной включенности, стабильности, демонстрирует неадекватную родительскую позицию. А.С. Спиваковская [Спиваковская А.С., 1991] считает, что родительская позиция детерминируется сознательным или бессознательным оцениванием ребенка. Реальное выражение подобная оценка находит в способах и формах взаимодействия с ребенком. Важным параметром родительской позиции является адекватность, т.е. способность родителя видеть индивидуальные особенности ребенка, его возможности и способности [Спиваковская А.С., 1988; 1991].

В работах А.И. Захарова показано, что для семей, где у детей впоследствии были диагностированы невротические нарушения, характерны трудности в эмоциональном контакте родителей и детей [Захаров А.И., 2000]. По исследованиям А.И. Захарова, развитию невроза способствуют ситуации, когда мать не может обеспечить полноценного и стабильного эмоционального контакта с ребенком, когда он в нем особенно нуждается. Предъявление близкими взрослыми, в первую очередь, матерью, неадекватного поведения - паники,

внешнего проявления страха, завышенной тревоги - особенно в ситуациях, которые могут быть потенциально опасными для ребенка, провоцирует появление невроза, т.к. такой способ реагирования значимых взрослых индуцирует в ребенке состояние повышенной тревоги и страха в силу его повышенной восприимчивости к аффективному состоянию окружающих. В подобных условиях формируется так называемая «невротическая» привязанность; вместо обособления собственного чувства «Я» и развития самостоятельности появляется пассивность и зависимость от матери. С другой стороны, А.И. Захаров показал, что ситуацию развития неврозов у детей создает отсутствие безусловной любви со стороны родителей и предъявление ими завышенных требований. Это продуцирует у ребенка ощущение, что его любят только при соблюдении жестких условий, что является травматичным для психоэмоционального развития. Часто эта проблема связана с гиперсоциальной направленностью личности матери, т.е. ее излишней принципиальностью, пунктуальностью, повышенным чувством долга, бескомпромиссностью. Так, исследования А.И. Захарова наглядно показывают глубокую потребность ребенка в принятии и предъявлении к нему соответствующих его возможностям требований.

Результаты, полученные А.И. Захаровым, созвучны выводам В.В. Столина, который выделил в детско-материнских отношениях так называемый феномен мистификации, когда мать создает определенный образ ребенка и приписывает ему набор конкретных личностных качеств [Столин В.В., 1983]. При этом она взаимодействует не с ребенком, а с этим образом, и реальному ребенку приходится стараться этому образу соответствовать. В этом случае В.В. Столин выявил тенденцию матерей к более частому приписыванию ребенку негативных качеств. Это неблагоприятно влияет на формирование представления ребенка о себе ввиду наличия тесной связи положительного материнского отношения к ребенку и его положительного образа Я [Авдеева Н.Н., 2010; Варга А.Я., 1986; Ланцбург М.Е., 2010, 2011; Петрова А.А., 2006; Столин В.В., 1983; Эйдемиллер Э.Г., 1996 и др.].

В последние годы при исследовании детско-материнского взаимодействия российские исследователи часто обращаются к положениям теории привязанности Дж. Боулби [Боулби Дж., 2003, 2004]. Понятия и экспериментальные подходы, разработанные Дж. Боулби, М. Эйнсворт и их последователями, эффективно используются в современных исследованиях [Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А., 1999; Мещерякова С.Ю., 2000; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003, 2008 и др.] для изучения особенностей взаимодействия в диадах «мать - ребенок» в зависимости от типа привязанности.

Так, в работах Н.Н. Авдеевой и Н.А. Хаймовской [Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А., 1999; Хаймовская Н.А., 1998] показано, что тип формирующейся у ребенка привязанности определяется особенностями его взаимодействия с близким взрослым. На развитие надежной привязанности у детей, воспитывающихся в семье, существенное влияние оказывает наличие тонкой подстройки друг к другу взрослого и ребенка в процессе взаимодействия и высокая активность ребенка при адекватном ответном поведении взрослого. Индифферентная ненадежная привязанность у ребенка складывается при несогласованном взаимодействии с матерью, когда превалирует активность взрослого, а инициативы ребенка недостаточно поддерживаются.

Всестороннее изучение психического развития младенцев с позиций теории привязанности Дж. Боулби содержится в трудах Р.Ж. Мухамедрахимова [Мухамедрахимов Р.Ж., 1999, 2003], где подчеркивается, что «мать и младенец формируют единую систему психологического взаимодействия, функционирование которой зависит от индивидуальных особенностей партнеров» [там же]. Р.Ж. Мухамедрахимов большое внимание уделяет эмоциональному компоненту отношений между матерью и ребенком и формированию чувства здоровой привязанности ребенка к матери на первом году жизни. Автор утверждает, что «формирование безопасной эмоциональной привязанности матери и ребенка в раннем возрасте обеспечивает основу для его последующего эмоционального и социального развития» [там же, с. 34-35]. Р.Ж. Мухамедрахимов и его коллеги и ученики в своих работах [Аринцина И.А., 2009,

2010; Плешкова Н.Л., 2008 и др.] экспериментально доказывают, что в системе «мать - ребенок» важную роль играет умение матери чувствовать сигналы ребенка, подстраиваться под него и удовлетворять его физиологические и психологические потребности. У этих авторов представлены работы по изучению диадического взаимодействия не только в случаях нахождения ребенка в семье, нормального физического состояния ребенка, но также у детей с нарушениями здоровья (с синдромом Дауна [Пальмов О.И., Мухамедрахимов Р.Ж., 2008], оперированных с период новорожденности [Аринцина И.А., 2009, 2010]), и в случае пребывания детей в домах ребенка, где изучалось взаимодействие ребенка и ухаживающего за ним взрослого – сотрудника учреждения [Эмоции и отношения человека..., 2008].

В отечественной психологии важным является понятие о субъект-объектных и субъект-субъектных отношениях между людьми [Абульханова-Славская К.А., 1980; Ломов Б.Ф., 1984]. В рамках данной концепции субъектно ориентированное отношение к ребенку - как к самостоятельной ценности, целостной личности, конечной цели общения - играет ведущую роль в его психическом развитии, важнейшими характеристиками которого являются качество общения ребенка с матерью, становление образа себя и удовлетворение потребности в сопереживании [Мещерякова С.Ю., Авдеева Н.Н., Ганошенко Н.И., 1996].

Г.Г. Филиппова ввела понятие «материнская компетентность», которое включает знания и принятие своих материнских функций, способность понимать состояние ребенка, умение своевременно и качественно удовлетворять его потребности, владение навыками как ухода, так и общения, воспитания в соответствии с возрастом и индивидуальными особенностями ребенка [Филиппова Г.Г., 2002]. Уровень развития материнской компетентности во многом детерминирует личностно-ориентированное взаимодействие [Лисина М.И., 1997] матери с ребенком. Изучая динамику состояний ребенка в процессе удовлетворения матерью его потребностей, Г.Г. Филиппова выделила следующие три составляющие эмоционального сопровождения матерью этого



взаимодействия, которые будут зависеть от конкретной ситуации. Эмоциональная реакция матери на отрицательные эмоции ребенка, показывающие его дискомфортное состояние, состоит в устранении этих эмоций, для чего необходимы сострадание и жалость к ребенку, уверенность в себе. Как показали М. Кляйн и ее последователи, выражение матерью в подобных случаях таких же, как у ребенка, отрицательных эмоций не соответствует ситуации. Адекватной реакцией матери на выражение ребенком положительных эмоций является проявление эмоций того же качества. Как показала С.Ю. Мещерякова [Мещерякова С.Ю., 2002], уже к трем месяцам у ребенка складывается стойкая потребность в обмене положительными эмоциями со взрослым, для чего ребенок применяет комплекс оживления. Эмоциональное поведение матери во время устранения отрицательного эмоционального состояния ребенка должно быть направлено на то, чтобы ребенок учился переживать дискомфорт с верой в его устранение и был уверен в участии в этом матери. Формирование стиля эмоционального сопровождения матерью своего ребенка зависит как от онтогенеза материнской сферы женщины, так и от актуальных условий материнства [Филиппова Г.Г., 2002].

Г.Г. Филиппова выделила три основных типа эмоционального сопровождения матерью ребенка [там же]: развивающий тип - мать ориентирована на достижения в развитии ребенка, ее поведение стимулирует проявление у ребенка активности (в отечественной психологии такое поведение матери – стимулирующее, поддерживающее - рассматривается как ее ориентация на зону ближайшего развития ребенка); тип «следования за гештальтом младенчества» - мать в целом отзывчива к ребенку, она фиксирует его достижения в развитии, осваивает новые формы взаимодействия вслед за появлением новых особенностей поведения ребенка, но не предвосхищает их; неадекватный тип - эмоциональные проявления матери не соответствуют динамике развития ребенка.

Существуют различные варианты взаимосвязи между характером взаимодействия матери и ребенка раннего возраста и характеристиками матери

(психологическими, социально-демографическими, перинатальными). Взаимодействие в диадах «мать - ребенок» в связи с личностными характеристиками матерей, а также с социально-демографическими и перинатальными условиями было исследовано О.Л. Борковской [Борковская О.Л., 2010]. В своей диссертации автор показала, что характеристики взаимодействия матерей и детей раннего возраста связаны с психологическими особенностями матерей: тревожностью (личностной и ситуативной), депрессивными переживаниями, отношением к воспитательным стратегиям, способом разрешения проблем, особенностями онтогенеза материнской сферы, а именно - представлениями о ранних отношениях с близкими взрослыми. Так, при повышенной тревожности и депрессивной симптоматике матери менее способны отражать сигналы ребенка, у них повышается раздражительность, они чаще вмешиваются в игру детей; в этом случае повышается саморегуляция и коммуникативная компетентность детей и взаимность в диаде. В случаях, когда мать придерживается традиционного отношения к воспитанию, у нее наблюдается увеличение отрицательных средств общения (вербальных и невербальных), а в диаде происходит снижение обоюдного внимания и активности. При использовании матерями стратегии активного разрешения проблем характеристики диадического взаимодействия повышаются, а при выборе стратегии отрицания проблемы они уменьшаются. Таким образом, исследование О.Л. Борковской показало, что поведение ребенка связано не только с актуальным поведением матери в процессе взаимодействия, но и с ее индивидуально-психологическими характеристиками, которые детерминируют специфику первичного окружения ребенка и приобретаемого им социально-эмоционального опыта.

М.Е. Ланцбург [Ланцбург М.Е., 2011] выделяет три основных направления развития ребенка: биологическое развитие, социальное формирование и индивидуальное становление. Два первых направления ребенок может в основном освоить и вне семьи, для полноценной же индивидуации ребенку необходимо субъектно-ориентированное отношение к нему заинтересованного взрослого,

который постоянно находится рядом. Таким включенным человеком в норму является мать, которая принимает во внимание возрастные и индивидуальные особенности и возможности ребенка и с их учетом в процессе общения вырабатывает свой собственный стиль воспитания.

Основной характеристикой ребенка является развитие [Ланцбург М.Е., 2005], поэтому главным свойством отношений в системе «мать - ребенок» является их динамика. Это может быть обеспечено в случае гибкости материнской позиции - готовностью и способностью матери изменять стиль общения и способы взаимодействия с ребенком по мере его взросления и в связи с изменениями в жизни семьи.

Экспериментальные исследования последних десятилетий позволили получить данные о направленности младенца на взаимодействие с матерью или другим близким и ухаживающим человеком, описать вызванное младенцем поведение матери, рассмотреть собственно процесс взаимодействия [Авдеева Н.Н., Мещерякова Н.Ю., Ражников В.Г. 1996; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003; Обухова Л.Ф., Шаграева О.А., 1999; Смирнова Е.О. и соавт., 2002]. В отличие от сложившегося к 70-м гг. прошлого века подхода к развитию ребенка как результата однонаправленного влияния родителей, новые данные позволили понять влияние младенца на поведение матери и роль взаимодействия в развитии ребенка. Таким образом, появилось основание рассматривать развитие с позиций функционирования сложной диадической системы «мать - ребенок» [Авдеева Н.Н., Мещерякова Н.Ю., Ражников В.Г., 1996; Исенина Е.И., 2000; Ланцбург М.Е., 2000, 2005; Мещерякова С.Ю., 2000; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003 и др.].

Можно заключить, что отечественные исследователи в области психологии развития, социальной и семейной психологии однозначно выделяют ведущее значение качества отношений в диаде «мать - ребенок» для полноценного психического развития и благополучия ребенка в первые годы его жизни. Мать (или заменяющий ее близкий взрослый) является гарантом обеспечения жизненно важных потребностей ребенка и, в парадигме культурно-деятельностного подхода к развитию, является для него носителем культурно-исторического опыта.

## *Методы исследования детско-материнского взаимодействия*

К настоящему времени в зарубежной психологии представлено значительное число различных методов диагностики детско-родительских отношений. Как указывают Е.О. Смирнова и М.В. Быкова [Смирнова Е.О., Быкова М.В., 2000], многие зарубежные исследования имеют в своей основе либо типологию родительского отношения Шафера и Белла, более известную как методика PARI (Parental Attitude Research Instrument) [Schaefer E.S., 1958], где в основу родительского отношения положены два фактора: «любовь/ненависть», т.е. эмоциональный фактор и «автономия/контроль» - поведенческий фактор, либо известную модель Д. Баумринд [Baumrind D., 1971, 1975], в которой в качестве четырех основных стилей родительского отношения выделены следующие: авторитетный, авторитарный, попустительский и игнорирующий.

Отечественные исследователи - А.Я. Варга, А.И. Захаров, А.В. Петровский, В.В. Столин, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис и др. [Варга А.Я., 1986; Захаров А.И., 2000; Петровский А.В., 1981; Столин В.В., 1983; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2009] - всесторонне исследовали детско-родительские отношения и выделили патогенные типы воспитания, приводящие к эмоциональным нарушениям у детей. Соответственно, были разработаны и находят широкое практическое применение диагностические методики, предлагающие различные подходы к классификации типов родительского отношения. Большинство методик представляют собой опросники для родителей. Например, опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина [Рогов Е.И., 1996], тест-опросник анализа семейного воспитания и профилактики нарушений воспитания (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2009], типология детско-родительских отношений А.В. Петровского [Петровский А.В., 1981], диагностика структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка Е.О. Смирновой и М.В. Соколовой [Смирнова Е.О., Соколова М.В., 2005] и многие другие. В различных методиках для описания родительского отношения (а также родительского

поведения, позиций, установок) могут быть использованы разные понятия и категории, которые отвечают конкретной теоретической позиции того или иного автора.

Результаты диагностики, основанной только на анкетировании и интервью, часто могут иметь искажения в связи с субъективным восприятием ситуации матерью/родителями и преобладанием социально желательных ответов, нередко получаемых при заполнении текстовых опросников и в процессе беседы. Поэтому для повышения объективности результатов целесообразно включать в методический пакет и другие методики. К примеру, использование проективных методик может существенно повысить результативность и качество диагностики. Так, Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова и О.А. Карабанова, основываясь на своем практическом опыте, рекомендуют для изучения межличностных отношений в семье использовать следующую батарею методик, которая содержит как опросники, так и проективные методы [Бурменская Г.В. и соавт., 2002]. Часть методик адресована родителям - среди них уже упомянутые выше опросник анализа семейного воспитания (АСВ) и опросник родительского отношения (ОРО), а также родительское сочинение «История жизни моего ребенка» и сбор анамнестических данных. Другие методики предлагаются поочередно детям и родителям: например, опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми И.М. Марковской (ВРР) [Марковская И.М., 1999] (эта методика имеет зеркальную форму для обоих участников взаимодействия, что позволяет оценить особенности восприятия ситуации с разных позиций). Также как ребенку, так и родителю может быть предложено нарисовать рисунок семьи [Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007] (с учетом запроса возможно использовать его различные модификации), методику Рене Жиля (адаптированную), различные варианты методики «Незаконченные предложения», детский апперцептивный тест САТ (Children's Apperception Test) [Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1999], методику «Модель личностной сферы», детский тест «Эмоциональные отношения в семье» Бене - Антони [Бурменская Г.В. и соавт., 2002]. Пробы на совместную деятельность (например, «Архитектор-строитель», «Слепой художник»)

предлагаются для выявления особенностей взаимодействия в детско-родительских парах.

Широко известны и другие методики диагностики межличностных отношений в семье. Так, методика ОДРЭВ (опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия) Е.И. Захаровой [Захарова Е.И., 1996] позволяет оценить эмоциональный компонент родительского отношения и может быть применена для родителей детей раннего возраста.

Проективные методики часто используются в работе с семьей и как средство диагностики семейных отношений, и в качестве самостоятельной терапевтической процедуры. К примеру, рисуночный тест «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой [Филиппова Г.Г., 2007] часто применяется при работе с матерями (в том числе и с женщинами в период ожидания ребенка) и позволяет выявить содержание образа ребенка, психологическую дистанцию между ребенком и матерью, а также охарактеризовать общее эмоциональное состояние матери (благополучное состояние или неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности) по стандартным признакам, принятым в психодиагностике (расположение фигур на листе, качество линий и т.д.). Методика «Семейная социограмма» [Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007; Никольская И.М., Пушина В.В., 2010] и ее модификация «Моя семья», «Моя семья через 5 лет» и «Моя семья в идеале», предложенная М.Е. Ланцбург, быстро и эффективно выявляет положение испытуемых в системе межличностных отношений в семье, характер взаимоотношений, удовлетворенность ими или желание их изменить, удовлетворенность собой, отношение матери к своему ребенку, восприятие ею межличностных дистанций с ним и другими членами семьи и др. Популярны также методика «Рисунок гнезда» [Sheller S., 2007], метод незаконченных предложений Сакса и Леви, интервью «Волшебный мир», методика «Родительское сочинение» О.А. Карабановой [Захарова Е.И., Карабанова О.А., 2002; Шведовская А.А., 2005] и другие. Методика «Родительские оценки детей», разработанная М.Е. Ланцбург [Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014] на основе известного метода исследования самооценки

Дембо-Рубинштейн [Рубинштейн С.Я., 2004], направлена на изучение восприятия ребенка родителем и дает возможность получить представления о родительских представлениях и ожиданиях от ребенка.

Несмотря на множество методических средств, имеющих в распоряжении психологов, мы можем отметить их определенные ограничения. Во-первых, часто они составлены для оценки какого-либо одного аспекта родительского отношения и, следовательно, не дают комплексной картины функционирования семейной системы. Во-вторых, многие опросники не могут использоваться для родителей с детьми раннего возраста либо из-за своей трудоемкости, либо в силу того, что они разработаны для иной возрастной категории: задания, предлагаемые детям (рисунки, игровые ситуации, беседа и пр.) предназначены для детей как минимум дошкольного возраста. И, наконец, опросники и проективные тесты, эффективно выявляя типы (стили) и устойчивые паттерны в родительском отношении к ребенку, не имеют возможности (и не ставят своей задачей) учитывать реальные процессы взаимодействия матери и ребенка, что особенно важно в младенческом и раннем возрасте.

Итак, на сегодняшний день сохраняется потребность в методах изучения детско-материнского диадического взаимодействия, для чего требуются специальные методы исследования, в частности, метод структурированного наблюдения. Взаимодействие в системе «ребенок - близкий взрослый» на основе наблюдения изучалось в работах Н.Н. Авдеевой, Е.И. Исениной, Т.Н. Барановской, Р.Ж. Мухамедрахимова и соавт., Н.А. Хаймовской [Авдеева Н.Н., 2010; Исенина Е.И., Барановская Т.И., 2008; Мухамедрахимов Р.Ж. и соавт., 2008; Хаймовская Н.А., 1998] и др.

В последние годы набирает популярность использование видеозаписей взаимодействия в диадах «мать - ребенок» (или «близкий взрослый - ребенок») и их последующий анализ. Использование видеозаписей имеет ряд преимуществ перед обычным наблюдением: оно дает возможность просматривать сюжеты многократно, привлекая независимых экспертов в случае неоднозначности выводов. Будучи незнакомым с обследуемыми участниками, специалист

выступает в роли отстраненного наблюдателя, что способствует адекватному и объективному анализу видеосюжетов. В качестве примеров приведем методику «Оценка психологического взаимодействия родителя и ребенка» PCERA (The Parent-Child Early Relation Assessment) R. Clark [Clark R., 1985] и методику «Оценка эмоций матери и ребенка» (Dyadic Affect Manual) J.Osofsky at al. [Osofsky J., Muhamedrahimov R., Hammer B., 1998]. Эти методики активно используются в последние годы в исследовательских проектах, проводимых в Санкт-Петербургском государственном университете [Эмоции и отношения человека..., 2008]. Методика PSERA [Clark R., 1985] включает несколько сюжетов, которые записываются на видеопленку и впоследствии анализируются: кормление ребенка, структурированная игра в соответствии с возрастом и способностями ребенка и свободная игра, в течение которой происходят два эпизода разлучения и последующего воссоединения с матерью. Каждый эпизод длится 5 минут. Взаимодействие оценивается в пятибалльной системе оценок по 65 шкалам, которые описывают характеристики матери, ребенка и взаимодействия в диаде. Методика «Оценка эмоций на лицах ребенка и матери» [Osofsky J., Muhamedrahimov R., Hammer B., 1998] в свою очередь предназначена для изучения эмоций на основе анализа видеозаписей взаимодействия ребенка и матери. При этом используется техника поинтервального изучения видеоматериалов, когда эпизоды делятся на короткие интервалы в 30 секунд, и в каждом интервале по пятибалльной шкале оцениваются 8 эмоций: четыре позитивных (радость, интерес, радостное возбуждение, удивление) и четыре негативных (горе, печаль, гнев, страх). Упомянем здесь же интерактивную методику анализа видеозаписей взаимодействия матери с младенцем Е.И. Исениной [Исенина Е.И., Барановская Т.И., 2008], где изучение качеств матери во взаимодействии с ребенком проводилось при помощи авторской схемы кодирования.

В результате анализа методом наблюдения исследователь получает преимущественно качественные характеристики изучаемого явления, которые, как правило, оцениваются в балльных (порядковых) шкалах, и при их



статистической обработке могут возникнуть трудности. Это обстоятельство не умаляет достоинства метода наблюдения, но должно учитываться при обобщении результатов и формулировании выводов.

В данном диссертационном исследовании взаимодействие матери и ребенка изучалось при помощи анализа видеозаписей совместной игры матери и ребенка. Это метод, предложенный М.Е. Ланцбург, дает возможность изучить психическое развитие ребенка в парадигме культурно-исторического подхода (оценить уровень общения и предметной деятельности) и проанализировать показатели взаимодействия в диаде «мать - ребенок» (использование вербальных и невербальных средств общения, проявление эмоций, характер взаимодействия). При разработке данного метода был использован подход к изучению психического развития ребенка в раннем детстве, предложенный Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой и С.Ю. Мещеряковой [Смирнова Е.О. и соавт., 2002], где методом структурированного наблюдения изучается предметная деятельность как ведущая в раннем возрасте и ситуативно-деловое общение ребенка со взрослым в различных игровых ситуациях.

### ***Материнское отношение и его влияние на психическое развитие ребенка раннего возраста***

Под материнским отношением понимается единая система чувств и представлений матери по отношению к ребёнку, которая определяет способы общения с ребенком, поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с ним, особенности восприятия и понимания характера ребёнка и его поступков [Варга А.Я., 1986]. Данный конструкт включает эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Материнское отношение является важнейшим фактором, определяющим характер материнско-детского взаимодействия: именно оно лежит в основе поведения матери, создает уникальную для ребенка ситуацию развития, в которой реализуются его индивидуально-личностные особенности [Авдеева Н.Н., 1997, 2010; Мухамедрахимов Р.Ж., 1999, 2003].

На характер материнского отношения оказывает влияние множество факторов. Прежде всего - это личностные качества матери как субъекта взаимодействия (ее темперамент, особенности характера, уровень общего и культурного развития), особенности онтогенеза материнской сферы [Филиппова Г.Г., 2002], а также возраст, национально-культурная и религиозная принадлежность, социальное положение, семейный статус и пр. Безусловно, на материнское отношение оказывают влияние взгляды на воспитание детей в обществе, т.е. социальные установки.

Материнское отношение к ребенку не возникает в один момент, в своем становлении оно проходит ряд этапов, важнейшим из которых является время беременности [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю., 2000, 2002; Райгородский Д.Я., 2003; Филиппова Г.Г., 2002 и др.], когда у женщины «происходят закономерные, глубокие психофизиологические сдвиги, которые становятся основой для изменений сознания будущей матери, направленных на ее подготовку к материнству» [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; с. 44]. Именно с этого момента можно говорить о начале формирования привязанности матери к ребенку и, соответственно, о предикторах материнского отношения к нему.

По мнению многих исследователей [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994; Филиппова Г.Г., 2005 и др.], образ будущего ребенка начинает строиться в сознании женщины с момента идентификации беременности. По мере нарастания телесных ощущений образ ребенка, фантазийный сначала, постепенно обретает конкретные черты, развивается эмоциональное отношение будущей матери к ребенку; новый чувственный опыт от движений растущего плода побуждает будущую мать признать его отдельным субъектом [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997]. На основе наблюдений за характером шевелений и реакциями ребенка на воздействия матери, начинают формироваться важные материнские качества - сензитивность, респонсивность [Филиппова Г.Г., 2002] и субъектно-ориентированное отношение к ребенку.

По данным исследования О.А. Копыл, О.В. Баженовой и Л.Л. Баз существуют определенные закономерности в характере изменений основных представлений, связанных с предстоящим материнством. Речь идет о таких представлениях, как образ ребенка, образ материнства и образ реальной домашней ситуации после родов [Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994]. В частности, в большинстве случаев образ ребенка в сознании будущей матери в течение беременности имеет следующую динамику: от неопределенного, часто жестко структурированного образа, который характерен для женщин в первом триместре, к концу беременности этот образ «омладенчивается», ему приписываются определенные психологические свойства. Важно подчеркнуть, что образ ребенка становится неотъемлемой частью самосознания будущей матери, на его основе формируется материнское отношение [там же]. Полученные результаты о динамике образа ребенка во время беременности подтверждаются исследованием Н.И. Мироновой и В.И. Брутмана [Миронова Н.И., Брутман В.И., 2001]. Объективными маркерами готовности к материнству в этом проекте послужили лингвистические особенности речи будущих матерей. Авторы показали, что изменения речевых характеристик от первого к третьему триместру беременности могут служить свидетельством возникновения у будущей матери реального образа ребенка, существующего во времени и пространстве [там же]. При этом изменения качественных характеристик в описании женщинами своего ребенка соответствуют данным, полученным О.А. Копыл, О.В. Баженовой и Л.Л. Баз [Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994]: в третьем триместре отмечен характерный сдвиг в сторону психологических характеристик младенца.

Г.Г. Филиппова [Филиппова Г.Г., 2005] считает, что в основном стиль материнского отношения формируется в течение беременности и младенческого возраста ребенка, причем не только в отношении функций матери как объекта привязанности, но и в ее эмоциональном сопровождении ребенка. В дальнейшем эти ее особенности реализуются в воспитательных стратегиях, во введении культурных норм и правил поведения, а также лежат в основе интереса к ребенку как к развивающейся личности.

В различных культурах и социальных группах содержание материнских установок различно и меняется в разные эпохи, поэтому не существует единой «нормы» материнского отношения, да и само это понятие, несмотря на его популярность в психологических исследованиях, не имеет четкого определения. Г.Г. Филиппова [Филиппова Г.Г., 2001] выделяет следующие критерии материнского отношения: эмоциональное сопровождение, субъективизация ребенка, средства контроля при определении состояния ребенка, развитие материнской компетентности, готовность изменить режим своей жизни с учетом индивидуального ритма жизнедеятельности ребенка, удовлетворенность собой как матерью. Критерием адекватного материнского отношения к ребенку раннего возраста мы можем считать его эмоциональное благополучие, которое зависит от оптимальности системы «мать - ребенок».

#### **1.4. Состояние здоровья, особенности развития детей и становление материнско-детских отношений в случае зачатия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий**

##### *Состояние здоровья и особенности развития детей, зачатых с помощью ВРТ*

Увеличение частоты бесплодия в браке и успешная коррекция репродуктивного здоровья супружеских пар при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в последние десятилетия привели к росту во всем мире числа детей, зачатых при помощи ВРТ; в связи с этим вопрос об их развитии весьма актуален. Несмотря на это, исследования влияния способа зачатия на дальнейшее развитие детей остается еще недостаточно изученным. Исследования в этой области в своем большинстве касаются изучения состояния физического здоровья детей и выявлению факторов, на него влияющих. Материалов, касающихся психосоциальных вопросов развития детей, рожденных в результате применения ВРТ, в литературе гораздо меньше. В данной главе представлен обзор зарубежных и российских исследований, посвященных изучению особенностей физического и психического развития детей, рожденных после применения ВРТ.

К наиболее эффективным и часто используемым методам вспомогательных репродуктивных технологий (assisted reproductive technologies – ART) относятся: экстракорпоральное оплодотворение – ЭКО (in vitro fertilization - IVF) и инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки – ИКСИ (intracytoplasmic sperm injection - ICSI). По данным<sup>1</sup> Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ) доля ЭКО и ИКСИ в общем числе циклов ВРТ в России составляет не менее 75%.

Суть метода ЭКО состоит в следующем. Яйцеклетку извлекают из организма женщины и оплодотворяют искусственно, вне организма будущей

---

<sup>1</sup>Здесь и далее данные взяты с официального сайта РАРЧ [www.rahr.ru](http://www.rahr.ru).

матери, в условиях *in vitro* (т.е. «в пробирке»). Полученный эмбрион содержат в условиях инкубатора, где он развивается в течение 2-5 дней, после чего его переносят в полость матки. Дальнейшее развитие плода происходит в матке, так же, как при естественном оплодотворении [Медицинская энциклопедия Vidal. Электронный справочник 2011-2015 [www.vidal.ru](http://www.vidal.ru)].

В нашей стране ЭКО применяется с 1986 г. По данным РАРЧ в России в 2013 гг. работали по меньшей мере 148 клиник ВРТ, что в 4,9 раза больше, чем их было в 2000 г. (см. рис. 1).

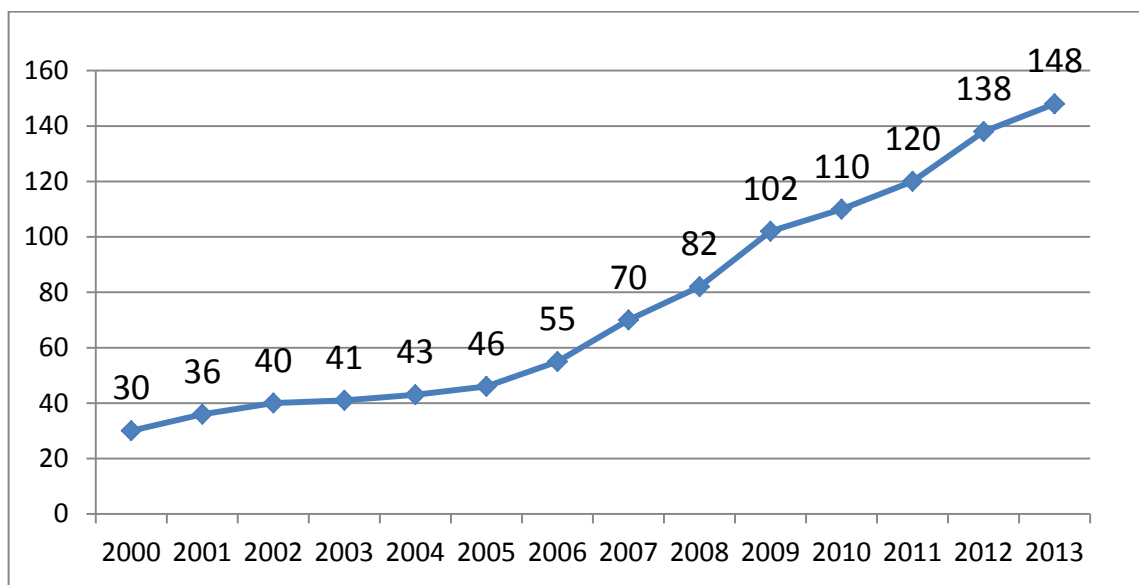


Рис. 1. Число клиник ВРТ в России в период 2000-2013 гг.

По числу выполненных циклов ВРТ в 2013 г. Россия занимает 3 место в мире (после Франции и Германии). Соответственно, число детей, зачатых с применением ВРТ, растет в нашей стране быстрыми темпами: если в 2003 г. после ВРТ у нас родилось 1830 детей, что соответствует 0,12% от всех рожденных детей, то в 2013 г. после ВРТ появилось на свет 17569 детей, что составило уже 0,93% от всех родившихся в России младенцев [отчеты РАРЧ] (см. рис. 2).

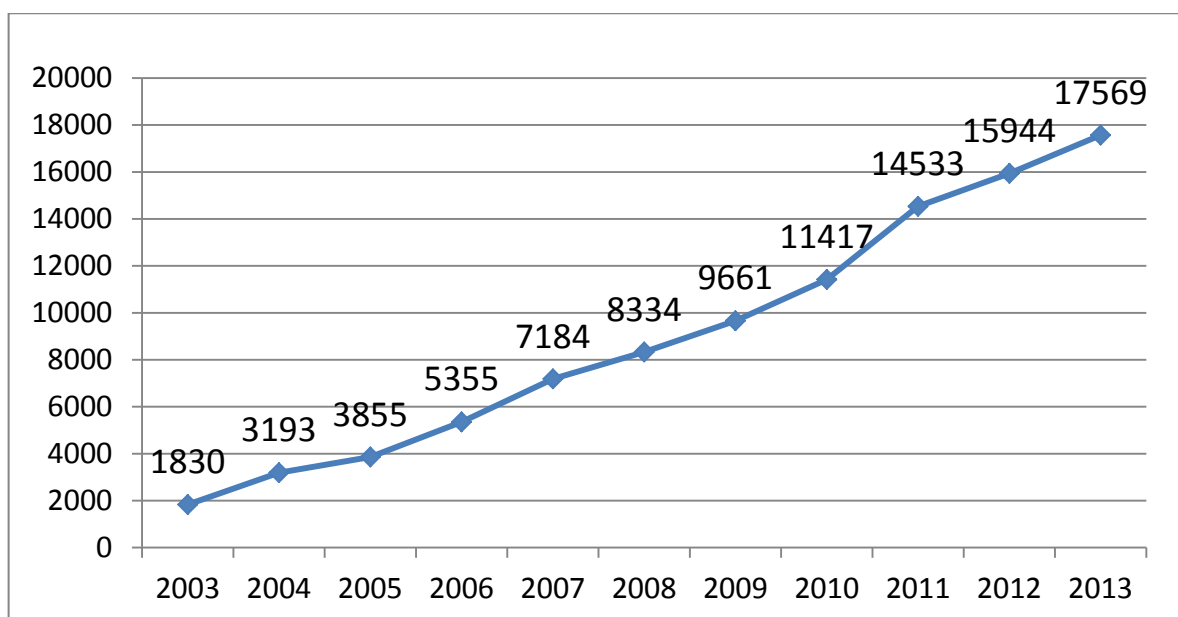


Рис. 2. Число детей, зачатых при помощи ВРТ, родившихся в России в 2003-2013 гг.

Начиная с 2006 года, в России процедура экстракорпорального оплодотворения включена в «Перечень высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных клиниках и клиниках, подведомственных Российской Академии медицинских наук» [Исупова О.Г., Русанова Н.Е., 2012], а согласно Постановлению правительства РФ № 1074 от 22 октября 2012 г. экстракорпоральное оплодотворение включено в «Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014-2015 гг.» [Постановление..., 2012]. Из этого следует, что ЭКО как альтернативный способ зачатия становится все более доступным для рядовых российских супружеских пар.

Результаты изучения здоровья и развития детей, рожденных после ВРТ, чаще встречаются в зарубежных публикациях. С самого начала практического применения новых технологий специалисты – врачи, психолого-педагогические работники - выражали озабоченность возможным отсроченного влияния альтернативных методов зачатия на развитие детей. Обзор материалов о состоянии здоровья детей, зачатых при помощи ВРТ, обнаруживает неоднозначные результаты.

Состояние детей, зачатых при помощи ВРТ, в связи с условиями  
перинатального периода

Большинство женщин, преодолевших бесплодие при помощи ЭКО, относятся к группе высокого риска развития осложненного течения беременности и родов, что неблагоприятно влияет на внутриутробное развитие плода. В качестве факторов риска для развития отклонений в состоянии здоровья детей, зачатых путем ЭКО, выделяют [Барашнев Ю.И., 2004]:

1) Специфику внутриутробного развития детей: возраст большинства женщин к моменту наступления беременности превышает 30 лет. Более того, в последние годы значительно возросла доля женщин 40-50 лет (от 1,6% в 1993 г. до 8,4% в 2003 г.) при длительности лечения бесплодия, превышающей 5 лет. При этом многие женщины страдают хроническими гинекологическими и соматическими заболеваниями.

2) Несостоятельность репродуктивной сферы женщин: акушерский анамнез у большинства отягощен предшествовавшими медицинскими абортами, самопроизвольными выкидышами, внематочной беременностью и другими.

3) Фармакологическое воздействие: женщины получают мощную и продолжительную гормональную терапию (в ходе подготовки к ЭКО – 100%, во время беременности - около 60% женщин).

4) Несоответствие условий внутриутробного развития плода физиологическим нормам: у большинства женщин беременность на всем протяжении протекает с патологией, что требует стационарного лечения.

5) Возрастание количества многоплодных беременностей: при многоплодии резко ухудшаются параметры, определяющие жизнеспособность новорожденных: чаще регистрируются низкий гестационный возраст, малая масса тела при рождении, сопутствующие патологические состояния младенцев. Согласно отчету РАРЧ, частота многоплодной беременности в программах ЭКО и ИКСИ в России на 2013 год составила 22,4%, после переноса размороженных



эмбрионов – 16,4%, в программе «Донорство ооцитов» – 21,2% [Отчет РАРЧ за 2013 год, 2015].

Большинство публикаций, представленных в зарубежной литературе, описывают результаты исследований состояния здоровья детей, рожденных после ВРТ, в связи с условиями протекания перинатального периода их развития. Часто предметом исследований выступают такие показатели, влияющие впоследствии на состояние и развитие ребенка, как гестационный возраст и вес при рождении [Brandes J.M., et al., 1992; Nyirati I., et al., 1997; Paneth N.S., 1995]. Эти перинатальные факторы являются предикторами проблем, связанных со здоровьем детей и последующими трудностями в обучении [Paneth N.S., 1995].

В ряде исследований авторы приходят к выводу об отсутствии отрицательного влияния данных процедур на здоровье детей. К примеру, в одном из проектов, организованном в Израиле [Brandes J.M., et al., 1992] был проведен сравнительный анализ ряда показателей развития детей, зачатых с помощью ЭКО и спонтанно, и результатов диагностики их развития по Шкале Бэйли. В результате были обнаружены различия в весе при рождении и гестационном сроке: в группе детей, рожденных после ЭКО, оба этих показателя были ниже, чем в контрольной группе. Тем не менее, диагностика развития детей, зачатых путем ЭКО, в возрасте 22 месяцев не выявила отставаний в физическом развитии по сравнению со сверстниками контрольной группы. Эти выводы частично согласуются с результатами исследования Kelly-Vance и соавт. [Kelly-Vance L., Anthis K., Needelman H., 2004], где также были обнаружены более низкие перинатальные показатели у двоен, зачатых с помощью ВРТ. Здесь также не было выявлено различий в умственном развитии ЭКО-детей в возрасте 2 лет в сравнении с зачатыми спонтанно ровесниками (также по Шкале Бэйли), однако показатели физического развития детей, зачатых при помощи ВРТ, оказались ниже, чем в контрольной группе. Похожие результаты были получены в 1999 году в Бельгии, где М. Dhont и соавт. [Dhont, M., et al., 1999] провели сравнительное исследование младенцев, зачатых как при помощи ВРТ, так и спонтанно, по ряду показателей их состояния при рождении. Были выявлены различия в

гестационных сроках: при одноплодной беременности после ЭКО сроки гестации были достоверно меньше, чем при одноплодной спонтанной беременности; в случае рождения двоен различия между группами не были выявлены.

Итак, в зарубежных публикациях чаще встречаются выводы об отсутствии отрицательного влияния ВРТ на здоровье детей: несмотря на менее благоприятные перинатальные показатели, у детей, рожденных после ВРТ, в раннем возрасте не обнаружены отклонения в физическом и умственном развитии.

Исследователи в России, напротив, чаще приходят к выводам о неблагоприятном влиянии ЭКО на показатели здоровья детей в перинатальном и раннем неонатальном периоде: отмечаются более частые, чем в среднем по популяции, задержки внутриутробного развития, асфиксия при рождении и неврологические проблемы [Бахтиарова В.О., 1993], высокий процент недоношенности, перинатального поражения ЦНС, снижение адаптации в раннем неонатальном периоде [Кузнецова В.С., Логинова И.Н., Коротких Н.Н., 2004; Савельева Г.М. и др., 2010, 2014], что может служить причиной патологии в будущем.

Известно, что дети с низким весом при рождении чаще попадают в группу риска по развитию, чем дети с нормальной массой тела при рождении. Это могут быть как проблемы физического здоровья (неврологические нарушения, проблемы зрения и слуха и пр.), так и трудности обучения [Paneth N.S., 1995]. Следовательно, если дети, зачатые искусственно, имеют более высокую вероятность низкого веса при рождении (и коррелирующей с ним недоношенности), то они, в свою очередь, подвергаются более высокому риску возникновения нарушений развития в будущем.

Состояние детей, зачатых при помощи ВРТ, в случае  
многоплодной беременности

В связи с существенно более частым многоплодием в случае применения репродуктивных технологий (многоплодие после ВРТ имеет место в 25-30% случаев, тогда как при обычном зачатии – около 1,5%) представляет интерес сравнительные исследования показателей на момент рождения и последующего развития двоен в связи со способом их зачатия. Мы можем встретить зарубежные исследования [Addor V., 1998; Fitzsimmons B.P., Bebbington M.W., Fluker M.R., 1998; Minakami H., et al., 1998] в которых не выявлено различий в состоянии детей, рожденных после многоплодной беременности, наступившей как спонтанно, так и в результате применения ВРТ. Напротив, в упомянутом выше исследовании L. Kelly-Vance и соавт. [Kelly-Vance L., Anthis K., Needelman H., 2004] показано, что способ зачатия может оказывать влияние, во-первых, на перинатальные показатели близнецов при рождении, во-вторых - на их физическое развитие. Выборку в этом проекте составили 60 пар двоен, зачатых как при помощи ВРТ, так и спонтанно, в возрасте 2 лет. Из-за серьезных рисков по развитию, связанных с низкой массой тела при рождении и недоношенностью, авторы сравнивали две группы двоен (зачатых спонтанно и при помощи ВРТ) по их характеристикам при рождении. Также ставилась задача выявить наличие отсроченного эффекта применения ВРТ на дальнейшее развитие детей. Полагая, что любой ребенок (вне зависимости от способа зачатия) может попасть в группу риска по развитию из-за сниженных показателей при родах, в исследование была включена группа детей, которые прошли через реанимационные мероприятия в отделениях интенсивной терапии новорожденных. Диагностика умственного и физического развития детей в возрасте 24 месяцев была проведена с использованием Шкалы Бэйли (Mental and Motor Scales from the Bayley Scales of Infant Development) [Bayley N., 1993]. Полученные результаты свидетельствуют, что способ зачатия может оказывать влияние, во-первых, на показатели ребенка при рождении (сроки гестации и веса при рождении у двоен, рожденных после

ВРТ, были существенно ниже, чем в контрольной группе), во-вторых - на показатели физического развития детей в двухлетнем возрасте: дети из двоен, зачатые после ВРТ, имели значительно более низкие баллы по Индексам физического развития Шкалы Бэйли, чем дети из двоен, зачатые естественно. Значимых различий в умственном развитии у детей обеих групп в возрасте 2 лет не было выявлено.

Выводы данного исследования частично подтверждаются результатами, полученными J. Brandes и соавт. [Brandes J.M., et al., 1992] и I. Nyirati и соавт. [Nyirati I., et al., 1997], где также были обнаружены более низкий вес при рождении и гестационный возраст для детей, зачатых с помощью ЭКО. Эти исследования также не выявили различий в психическом развитии ЭКО-детей в возрасте около 2 лет в сравнении со сверстниками, зачатыми спонтанно, причем диагностика психического развития была также проведена при помощи Шкалы Бэйли. Однако исследование J. Brandes и соавт. [Brandes J.M., et al., 1992] не выявило отклонений и в физическом развитии двухлетних детей после ВРТ, в то время как L. Kelly-Vance и соавт. получили противоположные результаты [Kelly-Vance L., et al., 2004].

Работа F.L. Gibson и соавт. [Gibson F.L., et al., 2000] подтверждает высокий риск преждевременных родов в случае многоплодной беременности после ЭКО, когда успешно развиваются два и более подсаженных эмбриона.

В исследовании И.И. Евсюковой и Н.А. Маслянюк [Евсюкова И.И., Маслянюк Н.А., 2005] было установлено, что задержка физического, психомоторного развития и высокая заболеваемость на первом году жизни характерны для недоношенных детей от многоплодной беременности после ЭКО при условии сочетания ряда неблагоприятных факторов: недоношенности, задержки внутриутробного развития, а также иной перинатальной патологии. Здоровые доношенные дети от многоплодной беременности после ЭКО по физическому и психомоторному развитию в возрасте от рождения до 3 лет не отличаются существенно от детей, родившихся после естественной многоплодной беременности.

Итак, большинство исследователей в России и за рубежом выделяют фактор многоплодия после ЭКО как одну из основных причин возникновения серьезных рисков по здоровью и развитию детей. Соответственно, эти риски могут быть существенно снижены при подсадке одного эмбриона; такие рекомендации встречаются в ряде работ [Stromberg V., et al., 2002; Савельева Г.М. и др., 2014 и др.].

*Врожденные аномалии, соматические и неврологические заболевания  
детей, зачатых с помощью ВРТ*

В вопросе о повышенном риске врожденных пороков развития у детей, зачатых «альтернативно», исследования дают неоднозначные результаты. В ряде зарубежных статей мы можем найти сведения о том, что дети, зачатые при помощи ВРТ, имеют более высокий риск врожденных аномалий, чем естественно зачатые дети. Так, в исследовании М. Hansen и соавт. [Hansen M., et al., 2002] сообщается, что у детей, зачатых после ВРТ, присутствует вдвое более высокий риск появления на свет с врожденными аномалиями и хромосомными и скелетно-мышечными дефектами, чем у детей, зачатых естественно. С. Patrat и соавт. [Patrat S., et al., 1999] описывают у этих детей высокий риск врожденных дефектов, чаще затрагивающих центральную нервную систему. Исследование по определению частоты врожденных аномалий у 1139 детей, рожденных после ИКСИ в Швеции [Wennerholm U.-B. et al., 2000], выявило, что почти 8% таких младенцев появились на свет с выявленной врожденной аномалией, что было следствием большого количества многоплодных беременностей после ИКСИ (35%).

Напротив, в исследовании Ю.И. Барашнева [Барашнев Ю.И., 2004], показано, что частота пороков у потомства матерей, зачавших с помощью ЭКО, не превышает норму в 3–5%. Однако в неонатальном периоде около 65% детей, родившихся после ЭКО, с первых минут жизни нуждаются в интенсивной терапии и реанимации. Перенесенные ими в периоде новорожденности

патологические состояния (искусственная вентиляция легких, гипоксия и др.) небезопасны для дальнейшего развития.

Увеличение после ВРТ риска внутриутробных и последующих перинатальных осложнений отмечается и в исследовании [Sutcliffe A.G., Ludwig M., 2007]. В частности, у мальчиков могут присутствовать урогенитальные нарушения, даже в случае одноплодной беременности.

Весьма показательны результаты международного исследования физического здоровья пятилетних одиночно рожденных детей, зачатых с использованием ВРТ, из 5 европейских стран [Bonduelle M., 2005]. Важной особенностью этого проекта была попытка авторов выяснить, как на здоровье детей может влиять конкретный тип новых репродуктивных технологий: ИКСИ и ЭКО. Выборку составили 540 детей, зачатых при помощи ИКСИ, 437 детей, зачатых с помощью стандартной процедуры ЭКО и 538 детей контрольной группы. Углубленное медицинское обследование не выявило существенных различий в состоянии здоровья между группами детей после ИКСИ и ЭКО, кроме факта, что мальчики, зачатые посредством ИКСИ, чаще подвержены болезням мочеполовой системы, что согласуется с результатами Sutcliffe A.G., Ludwig M. [Sutcliffe A.G., Ludwig M., 2007]. Кроме того, у детей, зачатых с помощью ИКСИ, и ЭКО, чаще, чем у зачатых спонтанно, в анамнезе присутствуют детские инфекции, хирургические операции, госпитализации, нарушения развития; они чаще нуждаются в медицинском наблюдении, чем естественно зачатые дети.

В связи с отсутствием лонгитюдных исследований рисков неврологических осложнений у детей, родившихся после ЭКО, шведские специалисты В. Stromberg и соавт. [Stromberg V., et al., 2002] провели ретроспективное изучение неврологических проблем у детей, зачатых посредством ЭКО в Швеции в 1982-1995 гг. Было обследовано более 5500 человек – практически все дети, зачатые «альтернативно» в стране в данный период. Анамнестические данные были взяты из национальной базы абилитационных центров Швеции. Исследование показало, что дети, зачатые посредством ЭКО (как одиночно рожденные, так и после многоплодных беременностей), чаще нуждаются в абилитационных

мероприятиях по сравнению с контрольной группой, чаще попадают в группу риска по возникновению неврологических проблем, в первую очередь - детского церебрального паралича; задержки развития в 4 раза чаще встретились в группе детей после ЭКО. Эти риски главным образом связаны с высокой частотой многоплодных беременностей, недоношенностью и малым весом при рождении детей после ЭКО и не коррелируют с возрастом матерей. Авторы рекомендуют подсаживать женщине во время процедуры ЭКО только один эмбрион.

Таким образом, большинство российских и зарубежных специалистов-медиков сходятся во мнении, что дети, рожденные в результате ВРТ, чаще имеют отклонения в состоянии здоровья, но причина этих нарушений – не собственно применение новых технологий, а факторы, им сопутствующие: недоношенность как следствие многоплодия и осложнения в перинатальном периоде. В связи с этим в последнее время большинство клиник и государственных регулирующих органов идут по пути снижения риска возникновения многоплодной беременности после применения ВРТ, вводя ограничения на число вводимых в организм женщины эмбрионов. Так, в Канаде, Австралии, Новой Зеландии, Канаде, России пересаживается максимум два эмбриона, за исключением особых случаев; в Англии женщине старше 40 лет может быть пересажено до 3 эмбрионов. В России частота многоплодной беременности в программах ЭКО и ИКСИ за последние 6 лет немного снизилась: с 25,0% в 2006 г. до 22,4% в 2013 г. [отчеты РАРЧ].

#### *Данные о психическом развитии детей, зачатых посредством ВРТ*

Материалов, касающихся вопросов психического и социального развития детей, рожденных в результате применения ВРТ, в научной литературе гораздо меньше. Трудности в проведении такого рода опросов часто связаны с этическими проблемами, так как многие родители скрывают факт искусственного зачатия и неохотно соглашаются включать своих детей в исследования. Кроме того, учитывая долгосрочность наблюдения, высока частота выпадения пациентов

из исследований. В большинстве публикаций говорится об отсутствии проблем у детей в этой сфере развития, и, соответственно, об отсутствии существенных различий в развитии детей в зависимости от способа их зачатия.

Один из основных вопросов, представляющих профессиональный интерес для психологов – какой эффект ВРТ оказывают на умственное развитие ребенка. Большинство работ показывает отсутствие существенных различий в этой сфере между детьми, зачатыми естественно и «альтернативно». При этом авторами признается необходимость более углубленного изучения особенностей развития этих детей, прежде чем можно будет сделать окончательные выводы [Golombok S., MacCallum F., 2003], а также важность исследования общего функционирования семейной системы в случае преодоления бесплодия путем применения вспомогательных репродуктивных технологий.

В течение двух последних десятилетий интерес к вопросам развития детей, рожденных после ВРТ, наблюдается у британских ученых, чьи исследования [Golombok S., et al., 1995; 1996; Golombok S., MacCallum F., 2003] доказывают, что развитие таких детей даже несколько превышает популяционную норму. В то же время у них несколько чаще диагностируются поведенческие и эмоциональные проблемы. Изучение особенностей поведения и психологических профилей более 700 детей, зачатых при помощи ЭКО, дошкольного и младшего школьного возраста из Великобритании [Montgomery T.R., et al., 1999] не выявило у них существенного превышения количества психологических проблем по сравнению с контрольной группой. Также внутри исследуемой группы не было обнаружено никаких статистически значимых различий в результатах в зависимости от пола ребенка и в случае рождениях двоен и троен. Более ранние исследования детей, зачатых в результате ЭКО в Великобритании, также не выявили существенных различий в развитии этих детей от всей детской популяции [Golombok S., et al., 1990]: дети, зачатые с помощью ВРТ, показали хороший уровень развития; у них несколько чаще присутствовали поведенческие и эмоциональные проблемы, не достигающие уровня патологии. В то же время ЭКО-дети (как мальчики, так и



девочки) показали тенденцию к более традиционно-маскулинному поведению, в сравнении с контрольной группой.

Среди российских публикаций также есть исследования, результаты которых свидетельствуют о благополучном развитии и условиях жизни детей, рожденных в результате ВРТ. К примеру, А.Н. Плаксина с соавт. [Плаксина А.Н., Ковтун О.П., Блохина С.И., 2011] изучали качество жизни детей, зачатых при помощи ВРТ, по оценкам родителей и лечащих врачей-педиатров, которым был предложен авторский опросник, охватывающий следующие факторы: нервно-психическое развитие, физическое здоровье, поведение, общение, семейная обстановка, способность оставаться одному. Полученные данные показали, что по таким показателям, как возраст, наличие соматических патологий у матери, социальный статус и состав семьи, течение беременности, наличие или отсутствие многоплодия, способ родоразрешения, пол ребенка, значимых различий в оцениваемых факторах качества жизни детей обнаружено не было. Результаты этого исследования также показали, что дети, зачатые с использованием ВРТ, имеют достоверно более высокие показатели качества семейного окружения (по данным врачей) и качества жизни по факторам «поведение и общение» и «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (по данным родителей и врачей) и менее высокие показатели «способности оставаться одному» (по данным родителей) [там же]. Отметим, что результаты этого исследования могли быть субъективными, т.к. были получены путем опроса родителей и врачей без проведения диагностики детей специалистами.

В статье J. Squires, P. Kaplan, посвященной особенностям развития детей, рожденных с помощью новых репродуктивных технологий [Squires J., Kaplan P., 2007], также говорится об отсутствии экспериментально подтвержденных данных, отличающих развитие детей, зачатых с помощью ЭКО и ИКСИ, от популяции детей, зачатых естественно. Авторы указывают на влияние социально-экономического и интеллектуального уровня матери на развитие ребенка независимо от способа его зачатия.

Международное лонгитюдное исследование 300 пятилетних детей, рожденных после применения ВРТ в Бельгии, Швеции и США, также не выявило значительных различий в когнитивном развитии и психологическом благополучии ЭКО-детей [Ponjaert-Kristoffersen I., 2004]. В лонгитюдном исследовании отношений родителей с детьми и психического развития детей после ЭКО [Colpin H., Soenen S., 2002], приняли участие 31 семья с ребенком, зачатым с помощью ЭКО, и 31 семья, где дети были зачаты естественно; возраст детей был около 2 лет. Большая часть семей из обеих групп участвовали в исследовании повторно, когда детям исполнилось 8–9 лет. Был использован метод опросников, которые заполнялись родителями и школьными учителями. Результатом исследования является вывод об отсутствии значимых различий в психологическом развитии детей из семей, прибегнувших к ЭКО, и детей, зачатых естественным путем. Изучение социального и эмоционального развития детей, зачатых с помощью репродуктивных технологий [Golombok S., et al., 1990; Levy-Shiff R., et al., 1998], позволило сделать такие выводы: значимых различий между двумя группами детей не были выявлены, однако поведенческие и социальные затруднения, а также проблемы в школьной адаптации присутствовали в большей мере у детей, зачатых с помощью репродуктивных технологий, чем у спонтанно зачатых детей.

В противоположность описанным выше результатам, доказывающим нормативное развитие детей, рожденных после ВРТ, в исследовании украинских ученых В.С. Битенского и Т.М. Черновой [Битенский В.С., Чернова Т.М., 2002] сообщается о неблагоприятных тенденциях в психическом развитии детей, зачатых после ЭКО, у которых чаще, чем в среднем по популяции, диагностирован целый ряд психопатологических симптомов (повышенная возбудимость, неустойчивость вегетативных реакций, нарушения сна, пониженный аппетит, повышенная по сравнению с возрастной нормой чувствительность к внешним воздействиям, эмоциональная возбудимость, впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения, общая двигательная расторможенность, задержка речевого развития). Эти выводы согласуются с

данными, полученными в Финляндии [Klemetti R., et al., 2006], где изучение состояния здоровья более 4500 детей от рождения до 4 лет, зачатых при помощи ЭКО в этой стране в 1996-1999 гг., выявило большую представленность неврологических заболеваний и нарушений психического развития у детей после ЭКО в сравнении с детьми, зачатыми естественно.

Итак, в большинстве исследований у детей, зачатых при помощи ВРТ, отмечаются более низкие перинатальные показатели (вес и гестационный возраст при рождении); фактор многоплодия выделяется как одна из основных причин возникновения серьезных рисков по здоровью и развитию детей. Однако, несмотря на менее благоприятные «стартовые условия жизни» у детей, рожденных после ВРТ, в большинстве отечественных и зарубежных публикаций доказывается отсутствие у них отклонений в психическом развитии.

*Качество жизни семей и родительское отношение к детям,  
зачатым при помощи ВРТ*

В зарубежных публикациях можно найти данные о достаточно высоком качестве жизни семей, имеющих детей после ВРТ. Показано, что такие семьи функционируют по крайней мере не хуже, чем семьи с детьми, зачатыми спонтанно [Golombok S., et al., 1995; 2001; 2002; Hahn, C., 2001]. В этих семьях наблюдаются позитивные взаимоотношения между родителями и детьми, выраженная материнская теплота и эмоциональная вовлеченность в общении с ребенком.

Отметим некоторые работы, посвященные изучению семейных отношений, типов воспитания и привязанности в семьях, где есть ребенок, рожденный в результате ВРТ. В упомянутой выше работе F. Gibson и соавт. [Gibson F.L., et al., 2001] изучались типы привязанности к матерям у детей-первенцев в возрасте 1 года. Было показано, что в случае формирования безопасной привязанности и адаптивных реакций по отношению к своим матерям годовалые ЭКО-дети не отличаются от ровесников, зачатых спонтанно. Помимо этого, большинство

участвовавших в исследовании матерей, чье зачатие произошло с помощью ЭКО, показывали чувствительное и эмоционально включенное поведение во взаимодействии с детьми. В работе Э. Эйдемиллера и В. Юстицкиса [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2009] мы также находим подтверждение тому, что родители в семьях, прибегнувших к ЭКО, демонстрируют эмоциональность и чувствительность по отношению к своим детям, оказывают на них меньшее давление в воспитательном процессе. В работе F. Van Balen [Van Balen F., 1999] утверждается, что отличительной чертой ЭКО-родителей является проявление чрезмерной опеки по сравнению с родителями детей, зачатых естественно.

Лонгитюдное исследование V. Adair [Adair, V., 1998], изучавшее 22 семьи с первенцами, зачатыми путем ЭКО, 26 семей, использовавших донорскую инсеминацию, и 51 семью с естественным зачатием, показало незначительные различия в стилях воспитания этих трех групп родителей, когда их детям было 18 месяцев. В группе ЭКО уровень родительского стресса был ниже, чем в норме популяции, при этом был выявлен более высокий, чем в остальных группах, уровень стресса в отношении супружеских взаимоотношений. В тоже время в этой группе было зарегистрировано более низкий уровень стресса за младенческую способность адаптироваться. Уровни когнитивного и психомоторного развития детей в группах, измеренные по шкале Bayley, значительных различий не имели.

Итак, проведенный анализ литературы показал, что большинство результатов исследований детей, зачатых при помощи ВРТ, говорит об отсутствии проблем в их физическом и умственном развитии. Исключения составляют случаи, когда нарушения развития связаны с низким гестационным возрастом детей или многоплодной беременностью – характерными проблемами вынашивания у женщин, прибегнувшим к ВРТ. Направление, посвященное комплексному изучению психического развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, представлено немногими работами, в которых авторы анализируют отдельно влияние особенностей перинатального и раннего неонатального периодов детей на их здоровье или влияние социального окружения на их психосоциальное развитие; налицо

недостаток материалов по исследованию эмоционально-личностной сферы детей, функционирования семей с детьми, зачатыми посредством ВРТ, и, в частности, материнского отношения к этим детям. До настоящего времени в литературе не представлено лонгитюдных исследований, проведенных на больших выборках, которые могли бы объединить все возможные факторы, влияющие на психическое развитие детей, рожденных после ВРТ. Эта область исследований все еще находится на ранних стадиях, и имеющиеся результаты следует интерпретировать с осторожностью. Специалисты признают необходимость более углубленного изучения особенностей развития этих детей, вплоть до достижения ими репродуктивного возраста, прежде чем можно будет сделать окончательные выводы. Представляется необходимым [Kelly-Vance L., et al., 2004]:

1. изучать отдельно детей, родившихся после различных видов ВРТ, чтобы определить влияние на развитие детей конкретного метода ВРТ
2. проводить исследования на более обширном диагностическом материале, расширять характеристики участников
3. проводить долгосрочные исследования детей школьного возраста для выявления различий в успеваемости, социальной адаптации, эмоционального развития.

Крайне важно, чтобы спрос на процедуры ВРТ и научно-технические достижения не превышали способность к пониманию возможных отсроченных последствий применения этих методов. В вопросе о пользе, безопасности и эффективности новых репродуктивных технологий остается еще много неизученного.

### ***Особенности переживания беременности и адаптации к материнству у женщин после применения ЭКО***

Бесплодие является актуальной проблемой гинекологии и андрологии. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) бесплодным считается брак, в котором при условии регулярной половой жизни супругов

детородного возраста без контрацепции в течение 1 года не наступила беременность [Яковенко Е.М., Яковенко С.А., 2010]. Согласно данным ВОЗ, частота бесплодных пар составляет 10–15% и не имеет тенденции к снижению во всем мире. По данным Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития РФ в нашей стране бесплодные браки составляют 17% от всех брачных пар; из 6 миллионов бесплодных супружеских пар около половины нуждаются в применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [там же]. Общепринятой классификации бесплодия не существует, ВОЗ выделяет 22 фактора женского и 16 факторов мужского бесплодия. Бесплодие в браке – это «крайне редкое сочетание медицинского, физического, социального и психологического неблагополучия и нездоровья в семье» [Овсянникова Т.В., 2001].

Новые вспомогательные репродуктивные технологии, в частности экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), с одной стороны, открывают возможность родительства для пар, ранее лишенных этого, а с другой - ставят перед такими женщинами, их семьями и обществом ряд этических, социальных и психологических вопросов. Перед семьей, обратившейся к такой форме преодоления бесплодия, встают проблемы, среди которых - лечение заболеваний, которые являются противопоказанием для применения ВРТ, принятие на себя ответственности за риски различных соматических и психических заболеваний у ребенка и матери, которые могут возникнуть в результате ЭКО и др.

Переживание как собственного бесплодия, так и бесплодия у партнера является хронической психотравмирующей ситуацией, но и использование ВРТ также связано со стрессом для будущих родителей. В работе Феединой Л.П. выявлены психологические особенности семейных пар, находящихся в программе экстракорпорального оплодотворения. Исследование показало, что у супругов имеются невротические симптомы, умеренно выраженные, однако их комплексность вызывает опасение усиления данных неблагоприятных тенденций в будущем. Выявленные невротичные симптомы сочетаются с умеренными депрессивными проявлениями, достаточно негативным самовосприятием,

негативно-противоречивым образом Я, самообвинительными тенденциями, а также общим субъективным неблагополучием, что негативно сказывается на уровне удовлетворенности семейной жизнью испытуемых. При этом семьи испытывают дефицит информации, поскольку в медицине еще недостаточно данных об отсроченных последствиях ЭКО как для здоровья женщины, так и для развития ребенка. Кроме того, врачи часто не дают семье информацию о возможных рисках в полном объеме, поскольку это может снизить их мотивацию на лечение [Федина Л.П., 2011].

В процессе подготовки к процедуре ЭКО, лечения и последующей беременности перед парой встает множество психологических проблем: на этапе подготовки у женщины отмечаются негативные переживания по поводу возможных последствий гормональной терапии для здоровья и внешности, на этапе забора яйцеклетки и спермы у супругов часто возникают различные острые негативные переживания: у женщины – тревога и страх, связанные с исходом операции, у мужчины – стыд, связанный с процедурой забора спермы. В течение нескольких суток после операции в ожидании информации о результатах оплодотворения пара может испытывать тревожные чувства [Айвазян Е.Б., 2005; Федина Л.П., 2011].

Далее, в случае получения более одной оплодотворенной яйцеклетки встает вопрос о числе эмбрионов, которые будут имплантированы, т.к. с увеличением их числа, с одной стороны, возрастает вероятность успешной имплантации, а с другой – возрастает риск многоплодной беременности. Здесь же встает этический вопрос о критериях выбора эмбрионов для подсадки. Последующее ожидание результатов (10-14 дней) является самым психологически трудным на всем пути осуществления ЭКО ввиду усиления тревожных переживаний, а также внимания женщины к собственным телесным проявлениям, которые могут свидетельствовать о наступлении/ненаступлении беременности.

В случае положительного результата ЭКО появляются новые проблемы. В России беременность, наступившую с помощью ЭКО, всегда относят к категории осложненных, т.к. она часто сопровождается акушерской патологией, что

предполагает госпитализации, усиленный контроль состояния женщины и плода с помощью многочисленных диагностических процедур, гормональную поддержку и высокую долю родов (более 50%) кесаревым сечением.

Все перечисленное позволяет заключить, что женщины, прибегнувшие к процедуре ЭКО, объективно находятся в достаточно противоречивом положении: с одной стороны, в полной зависимости от медицинской технологии, а с другой стороны - в необходимости принятия ответственных решений и пристального контроля над своим здоровьем и образом жизни [Айвазян Е.Б., 2005].

Субъективные переживания этих женщин надо рассматривать в зависимости от показаний к ЭКО: невозможность для женщины зачать естественным путем, репродуктивные проблемы у мужа или биологическая несовместимость партнеров. Общим для всех случаев является то, что женщине (или обоим партнерам) приходится смириться с отказом от традиционной репродуктивной самореализации. Переживания женщиной невозможности полноценной реализации своих репродуктивных способностей могут быть очень острыми, т.к. беременность является заключительной стадией развития женственности, сексуальной идентичности, положительного отношения к своему телу [Пайнз Д., 2007]. Острота подобных переживаний, а также фиксация на технических аспектах вынашивания (как того требует метод ЭКО) в ряде случаев может приводить к тому, что не ребенок как таковой, а факт зачатия и последующее вынашивание беременности обретают сверхценные характеристики, что может препятствовать формированию готовности к материнству и адекватной модели родительства в дальнейшем.

Решение о применении ЭКО влияет не только на период беременности, но и на всю последующую жизнь женщины. Главным образом это связано с переживаниями партнеров в связи с репродуктивными проблемами: бесплодие рассматривается как неудача, стыд и вина [Айвазян Е.Б., 2005]. Попытка справиться с этими чувствами побуждает искать поддержки у людей, сталкивающихся с подобными трудностями. Это привело к появлению особой субкультуры – неформального сообщества людей с опытом решения проблем



бесплодия, где осуществляется взаимная поддержка, происходит обмен информацией (к примеру, порталы [www.probirka.ru](http://www.probirka.ru), [www.eco-babies.ru](http://www.eco-babies.ru) и др.). Отношение в обществе к новым технологиям лечения бесплодия до сих пор неоднозначно, это усугубляется недостатком информации по этому вопросу.

В диссертации Е.Б. Айвазян [Айвазян Е.Б., 2005] был проведен психологический анализ ситуации беременности после ЭКО: изучены личностные смыслы беременности, ценностные ориентации, ценностные представления, особенности эмоциональных переживаний беременных. По данным этого исследования, конфликтное эмоциональное отношение к беременности (негативное и амбивалентное) обнаружено в  $\frac{3}{4}$  случаев. Это может быть обусловлено тем, что личностный смысл беременности после ЭКО часто изолируется от контекста внутрисемейной самореализации и отождествляется с болезнью - неприятным физическим состоянием, что часто вызывает конфликтные переживания. Такое особое смысловое содержание беременности может быть обусловлено не только реальным физическим недомоганием, но также особенностями социальной ситуации развития женщины в данных условиях – частыми госпитализациями, медицинскими процедурами, т.е. статусом пациентки. С другой стороны, беременность представляется воплощением значимых социальных или ролевых позиций. Соединяясь при этом с переживанием собственной неполноценности в том или ином аспекте самореализации, она часто приобретает амбивалентное эмоциональное отношение. Анализ ценностных ориентаций беременных после ЭКО [там же] показал, что не состояние ребенка является источником тревоги и беспокойства, а фокус значимости и тревоги переносится на саму беременность, т.е. происходит фиксация на своем настоящем состоянии и проблемах, связанных с вынашиванием, а не на ребенке и будущем материнстве. Беременность, с одной стороны, представляет собой «болезнь», которая препятствует обретению собственной полноценности, а с другой стороны, является средством получения внимания от супруга. Анализ ценностных представлений показал, что специфичной для ЭКО является высокая значимость трудностей и ограничений,

преодолеваемых барьеров, связанных с беременностью. Процесс вынашивания понимается как «тяжелый труд», «подвиг», приносимый для семьи. На уровне ценностных представлений образ себя предъясняется как жертвенный: значимость собственного самочувствия, внутренних изменений нивелируется.

Таким образом, для беременности после ЭКО характерен ее сверхценный статус, конфликтный личностный смысл, амбивалентное эмоциональное отношение к беременности с преобладанием негативных эмоций. На когнитивном уровне беременность предстает как тяжелый труд, борьба.

Женщины, обратившиеся к ЭКО, часто имеют опыт длительного предыдущего лечения и неуспешные попытки самостоятельно зачать ребенка; к тому же не всегда беременность наступает с первой попытки ЭКО (по статистике вероятность беременности после второй попытки выше, чем после первой). Все это часто приводит к возникновению психологических проблем, осложняющих формирование готовности к материнству. Г.Г. Филиппова, исследуя психологические проблемы, осложняющие психологическую готовность к беременности и последующую адаптацию к материнству у таких женщин, выделила факторы, которые могут привести к несформированности готовности к материнству [Филиппова Г.Г., 2003, 2009]. Главным является следующий: в результате фрустрации на этапе зачатия (предшествующих неудач, длительного и часто дорогостоящего лечения) беременность приобретает статус конечной цели, что может приводить к смещению мотива с материнства на промежуточную цель – собственно зачатие и вынашивание, которые в этом случае приобретают сверхценные характеристики. Это препятствует формированию психологической готовности к материнству [Филиппова Г.Г., 2002], субъектно-ориентированного отношения к ребенку и адекватной модели материнства в будущем. В основе данного сдвига может лежать и доминирование конкурирующих («внедряющихся», по терминологии Г.Г. Филипповой) ценностей, которые сами по себе могут являться препятствием к наступлению беременности, формируя страх женщины перед материнством. В результате не формируется ориентировочная основа [Гальперин П.Я., 2002] материнского поведения,

наблюдается неготовность к принятию ребенка и перестройке своей жизни для удовлетворения его потребностей. Вследствие этого у таких матерей повышается вероятность возникновения следующих психологических проблем:

1. После рождения ребенка у женщины могут актуализироваться нарушения своей материнской сферы (неблагоприятные семейные сценарии, нежелательные воспитательные стратегии и пр.), которые не обсуждались во время вынашивания ребенка, т.к. главная задача была получить и выносить беременность, а не готовиться к материнству.

2. Появление ребенка рассматривается в системной семейной психологии как нормативный кризис жизненного цикла семьи [Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007], успешное преодоление которого ведет к переходу семейной системы на новый этап своего развития и построение новых отношений в триаде «мать – ребенок - отец». В случае появления ребенка, зачатого посредством ЭКО, преодоление этого кризиса осложнено, т.к. модель супружеских отношений на этапе преодоления репродуктивных проблем существенно отличается от деятельности пары по уходу за младенцем, поэтому могут иметь место осложнения в супружеских отношениях.

3. Эйфорически окрашенные представления женщины о «счастье материнства» и о себе как об идеальной матери в реальных отношениях с ребенком фрустрируются: молодая мама часто не готова к повседневной, рутинной работе по уходу за младенцем.

Еще одна причина, которая может отяготить готовность к материнству после ЭКО, является достаточно высокая частота кесаревых сечений (по статистике так происходит более 50% родов после ЭКО). Когда технология ЭКО только разрабатывалась, прогноз на роды был однозначным – кесарево сечение для всех будущих мам, независимо от их здоровья и возраста как наиболее безопасный для ребенка, зачатого и выношенного с таким трудом. В наши дни сам факт применения ЭКО уже не является абсолютным показанием для оперативных родов, однако после ЭКО вероятность кесарева сечения выше, чем при спонтанной беременности. Но причина тому - не сам способ зачатия, а

обстоятельства, из-за которых женщине пришлось к этому способу прибегнуть: как правило, это хронические сопутствующие заболевания и возраст. Поэтому в России все роды после ЭКО заведомо относят к категории осложненных. В связи с этим отметим два аспекта:

1. Физическое состояние женщины после операции не позволяет ей сразу полноценно включиться в уход за ребенком и взять на себя заботу о новорожденном, в то время как первые 36 часов послеродового периода считаются сензитивным периодом для развития диадических отношений, для чего необходим непрерывный контакт и активная деятельность матери по обеспечению физического и эмоционального комфорта ребенка, что обеспечивается присутствием и постоянно включенным в младенца состоянием.

2. Принято считать, что плановое кесарево сечение в большинстве случаев не имеет негативного воздействия на психоэмоциональное состояние женщины, т.к. у нее есть время принять и психологически подготовиться к операции, однако такой способ родоразрешения все же влияет на естественные природные физиологические и психологические механизмы адаптации женщины к материнству.

Все вышеперечисленное позволяет считать беременность, наступившую с помощью ЭКО, хронически стрессовой ситуацией, наполненной тревожными переживаниями, провоцирующей ценностно-смысловые проблемы и личностные и семейные конфликты [Айвазян Е.Б., 2005]. Фиксация на своем настоящем состоянии и проблемах, связанных с вынашиванием, а не на ребенке и будущем материнстве впоследствии может стать причиной нарушений в детско-родительском взаимодействии. Таким образом, материнство после применения ВРТ является фактором риска для супружеских отношений, для личностного развития женщины и для физического здоровья и психологического благополучия ребенка.

## Выводы по 1 главе

Первые годы жизни ребенка – младенческий и ранний возраст - являются чрезвычайно важным периодом в его развитии. В этом возрасте закладываются фундаментальные личностные образования, происходит развитие следующих психических сфер: общения, речевой, познавательной, двигательной, эмоциональной. Исследователи в области психологии развития, перинатальной и семейной психологии как в нашей стране, так и за рубежом однозначно выделяют ведущее значение качества взаимодействия в диаде «мать - ребенок» для формирования индивидуально-личностных особенностей ребенка и его психического благополучия в первые годы жизни: развитие ребенка протекает внутри сложной единой диадической системы, поэтому оно должно изучаться с учетом поведения другого партнера. Мать (или постоянно заменяющий ее близкий взрослый) является гарантом обеспечения жизненно важных потребностей ребенка и, в парадигме культурно-исторического подхода к развитию, является для ребенка носителем культурно-исторического опыта.

В последние десятилетия в связи с ростом бесплодия во всем мире наблюдается увеличение числа детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. С самого начала применения ВРТ специалисты выражают озабоченность в связи с возможностью отсроченного влияния альтернативных методов зачатия на развитие детей, что ставит вопрос о необходимости углубленного изучения особенностей развития этих детей вплоть до взрослого возраста, прежде чем можно будет сделать окончательные выводы. Несмотря на это, исследования влияния указанных технологий на психическое развитие ребенка до сих пор немногочисленны и, будучи проведенными на небольших выборках испытуемых, дают неоднозначные результаты как в нашей стране, так и за рубежом. Проведенный анализ литературы показал, что вопросы, касающиеся состояния физического здоровья детей, зачатых при помощи ВРТ, изучены достаточно полно. В то же время материалов, касающихся психического развития детей, зачатых в результате ВРТ, в научной литературе гораздо меньше.

Это направление представлено небольшим числом работ, в которых авторы анализируют отдельно влияние особенностей перинатального и раннего неонатального периода на здоровье детей или влияние социального окружения на их психосоциальное развитие; недостаточно материалов по исследованию эмоционально-личностной сферы детей, взаимоотношений в семьях с детьми, зачатыми посредством ВРТ.

Комплексное изучение психического развития детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, в нашей стране ранее не проводилось. Не исследовалось, какие именно факторы - условия пре- и перинатального периода или качество материнско-детского взаимодействия - могут быть преимущественно связаны с последующим развитием ребенка. Изучению этих вопросов посвящено данное диссертационное исследование.

## **ГЛАВА 2. Эмпирическое исследование психического развития и взаимодействия с матерями детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО и спонтанно**

### **2.1. Организация и методы исследования**

В данной части работы представлено описание выборок, методов и организации исследования, проведенного в 2010-2012 гг. по договору между Московским городским психолого-педагогическим университетом и Центром планирования семьи и репродукции (ЦПСИР) г. Москвы. Этот проект назывался «Исследование потребности в психолого-педагогической помощи детям, наблюдающимся в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы» и был посвящен изучению особенностей психического развития и взаимодействия с матерями детей младенческого и раннего возраста. Часть данных, полученных в ходе этого проекта, послужила материалом настоящего исследования.

#### **Эмпирическая база исследования**

Всего в исследовании приняли участие 430 детей младенческого и раннего возраста, из них 170 были зачаты при помощи ЭКО и 260 были зачаты спонтанно, и их матери. Возраст детей на момент исследования - 5-37 месяцев, возраст матерей - 19-43 года. Диагностика детей, опрос матерей и видеосъемка проводились в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы (320 диад) и в детских дошкольных учреждениях №№ 2613, 1798, 2336 г. Москвы в группах раннего возраста (110 диад).

#### **Организация исследования**

Обследование участников проходило в специально оборудованных помещениях; прием каждой диады «мать - ребенок» проводили одновременно два специалиста - психолога. Сначала матерям предоставлялась информация о целях и задачах исследования, условиях его проведения, заключалось письменное соглашение на участие в проекте. Далее мы предлагали матерям в течение 10 минут поиграть со своим ребенком, сидя за столиком или на ковре, как это

обычно происходит дома, используя при этом предложенный набор игрушек, соответствующий возрасту ребенка. С согласия матери игровое взаимодействие записывалось на видеопленку для последующего анализа. Затем один специалист проводил диагностику развития ребенка (40-45 минут), в это же время второй специалист беседовал с матерью. По окончании процедуры мать получала консультацию по результатам диагностики ребенка и рекомендации по организации развивающих занятий.

### **Описание выборок**

В соответствии с задачами исследования были сформированы две выборки, в которые вошли диады «мать - ребенок» как при зачатии посредством ЭКО (основные группы - группы ЭКО), так и в случае спонтанного зачатия (контрольные группы - группы СБ). Достаточный объем эмпирической базы позволил составить выборки так, чтобы группы в каждой из них не имели значимых различий по половозрастным показателям детей, а также по основным социально-демографическим показателям семей (состав семьи, уровень доходов в семье, образование матери). Во всех выборках диады «мать - ребенок» имели следующие социально-демографические характеристики: большинство детей растут в полных семьях, у большинства матерей высшее образование, семьи имеют средний или высокий достаток, проживают в Москве или Московской области. Выборки отвечают задачам исследования и могут использоваться для получения результатов и выводов.

Первая выборка состоит из 270 диад «мать - ребенок». Все дети на момент обследования наблюдались в отделении катамнеза ЦПСИР г. Москвы. Основную группу - группу ЭКО - составили 135 диад, где дети были зачаты посредством ЭКО, из них рождены одиночно - 65 детей, в двойне/тройне – 70 детей. Контрольную группу составили 135 диад с детьми, зачатыми спонтанно (группа СБ - спонтанная беременность), из них рождены одиночно - 121 ребенок, в двойне – 14 детей. Границы возраста детей обеих групп на момент исследования – 11-37 месяцев. Средний возраст в группе ЭКО –  $19,7 \pm 0,6$  месяцев, в группе СБ –  $19,1 \pm 0,68$  месяцев. Границы возраста матерей в обеих группах - 23-43 года;



средний возраст в группе ЭКО –  $34,3 \pm 4,32$  года, в группе СБ –  $32,4 \pm 4,56$  года. В группе ЭКО 38 детей находились в отделении реанимации новорожденных (далее – РО), 97 детей не были в РО; в группе СБ 92 детей находились в отделении РО, 43 детей не были в РО. Данные по этой выборке представлены в Приложении 1.

Вторая выборка состоит из 167 диад «мать - ребенок», для которых с информированного согласия матерей была проведена видеосъемка их игры с детьми. Основную группу – группу ЭКО - составили 77 диад, в которых дети были зачаты с помощью ЭКО (31 ребенок, рожденный одиночно и 46 детей из двойни/тройни). Контрольную группу – группу СБ - составили 90 диад с детьми от спонтанной беременности (81 рожденный одиночно ребенок и 9 детей из двойни). Дети групп ЭКО и СБ были обследованы в ЦПСИР г. Москвы и в детских дошкольных учреждениях г. Москвы. Границы возраста детей обеих групп на момент исследования – 12-37 месяцев, средний возраст детей в группе ЭКО –  $20,0 \pm 0,91$  месяца, в группе СБ –  $20,6 \pm 0,84$  месяцев. Границы возраста матерей: в группе ЭКО – 24-54 года, средний возраст –  $34,3 \pm 5,4$  лет; в группе СБ – 23-42 года; средний возраст –  $32,4 \pm 4,5$  лет. Данные представлены в Приложении 3.

### **Методы и методики исследования**

Для решения поставленных в исследовании задач были использованы следующие методы: инструментальное наблюдение с использованием видеосъемки и последующим анализом видеозаписей, опрос, анализ медицинской документации, тестирование с использованием следующих методик: «Диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни» (Э.Л. Фрухт), «Ранняя диагностика умственного развития» для детей 2-3 лет (Е.А. Стребелева), «Диагностика развития предметной деятельности» (Е.О. Смирнова и соавт.), проективная методика «Родительские оценки детей» (М.Е. Ланцбург).

«Диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни» [Фрухт Э.Л., 1998] позволяет оценить развитие зрительных, слуховых ориентировочных

реакций, а также эмоциональных реакций младенца, предпосылок социального поведения, общих движений, манипуляций с предметами.

Методика психолого-педагогического изучения детей раннего возраста «Ранняя диагностика умственного развития» [Стребелева Е.А., 2001] направлена на изучение восприятия, развития предметных действий, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, навыков сравнения и действий по образцу; состоит из 10 игровых заданий. В соответствии с результатами обследованные дети распределялись на четыре группы развития.

С помощью «Диагностики развития предметной деятельности детей раннего возраста» [Смирнова Е.О. и соавт., 2002] были изучены виды действий с предметами (ориентировочные и манипулятивные, культурно-фиксированные), познавательная активность (интерес к предметам и действиям с ними, эмоциональная вовлеченность ребенка в деятельность), включенность предметных действий в общение (стремление действовать по образцу, ориентация на оценку взрослого).

Изучение взаимодействия матери и ребенка проводилось путем анализа видеозаписи эпизода их совместной игры, для чего был сформирован оригинальный перечень параметров взаимодействия и разработаны критерии их оценивания. Были проанализированы следующие показатели: использование вербальных и невербальных средств общения, поведение матери (способность организовать пространство, сопровождение речью действий своих и ребенка, проявление собственной инициативы, чувствительность и отзывчивость по отношению к ребенку, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие), поведение ребенка (проявление собственной инициативы, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие, понимание речи матери). Оценивание производилось по четырехбалльной шкале в соответствии с разработанными критериями. Протокол регистрации параметров взаимодействия и критерии их оценивания даны в Приложениях 4, 5.

Проективная методика «Родительские оценки детей (РОД)» (модификация М.Е. Ланцбург методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн

[Рубинштейн С.Я., 2004]) направлена на изучение материнских представлений и ожиданий по отношению к ребенку. Матерям было предложено на пяти параллельных вертикальных шкалах (здоровье, сообразительность, характер, самостоятельность, внешность) отметить определенными знаками актуальный уровень выраженности данного качества у ребенка и уровень ожиданий от него (тот уровень, при котором мама была бы полностью удовлетворена или почувствовала гордость за ребенка). По каждой из шкал мы определяли: уровень ожиданий матери к ребенку (т.е. желаемую оценку), актуальную оценку, которую мать давала тому или иному его качеству, расхождение между желаемой и актуальной оценкой, а также среднегрупповые показатели. Бланк методики представлен в Приложении 6.

С помощью специально составленного опросника для матерей (автор - М.Е. Ланцбург) были собраны биографические и социально-демографические сведения о матерях (возраст, образование, профессия, семейный статус), семьях (состав семьи, уровень доходов, жилищные условия, наличие других детей) и о детях (возраст, пол), данные о протекании беременности и родов, послеродовом периоде, сроках грудного вскармливания. Отдельный блок составили вопросы об отношении матерей к детям и об изменениях в семейных отношениях в связи с рождением детей. Бланк опросника представлен в Приложении 7.

Дополнительно к этой информации из медицинских карт детей были получены сведения об условиях пре- и перинатального периода: способ зачатия - спонтанно или при помощи ЭКО, многоплодная или одноплодная беременность, способ родов - естественные или путем кесарева сечения, гестационный возраст при рождении - возраст внутриутробного развития ребенка к моменту рождения (в неделях), пребывание ребенка в отделении реанимации новорожденных, срок последующей госпитализации (в сутках).

## **Этапы исследования**

Эмпирическая часть исследования проводилась в два этапа. На первом этапе было проведено сравнительное исследование умственного развития детей в зависимости от способа зачатия. На втором этапе было проведено комплексное изучение психического развития детей в связи со способом зачатия, которое помимо оценки умственного развития включило изучение предметной деятельности, материнско-детского взаимодействия в ситуации их совместной игры и отношения матерей к детям. На заключительном этапе исследования мы провели уточнение и обобщение полученных ранее данных. Была построена модель, которая позволила определить значение условий пре- и перинатального периода и качества взаимодействия с матерью для психического развития ребенка.

## **Методы статистической обработки данных**

Обработка данных проводилась при помощи пакетов программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS Statistics 19. При сравнении средних использовались t-критерий Стьюдента (в случае нормального распределения данных) и непараметрический критерий Манна-Уитни (когда исследуемые признаки не подчинялись закону нормального распределения). Для определения различий в распределении признаков применялся  $\chi^2$  - угловое преобразование Фишера. Связи между параметрами изучались с помощью корреляционного анализа: с использованием корреляций Пирсона (при нормальном распределении данных) и Спирмена (когда условие нормальности распределения не выполнялось). Проверка гипотезы о влиянии фактора/факторов на значения признаков проводилась при помощи ковариационного анализа. Для определения внутренней структуры всей совокупности признаков был применен метод главных компонент. С целью выявить степень влияния на развитие детей ряда независимых переменных был проведен регрессионный анализ (пошаговый метод) [Корнеев, А.А., Кричевец А.Н., 2011; Кузнецов Д.Ю., 2011; Куравский Л.С., Баранов С.Н., 2009; Сидоренко Е.В., 2007; Сорокин А.С., 2012].

## 2.2. Умственное развитие детей раннего возраста, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно

Задачей данного этапа исследования было изучение умственного развития детей раннего возраста, зачатых посредством ЭКО, путем сравнения с аналогичными данными, полученными у детей того же возраста, зачатыми естественным путем. Для этого была сформирована *первая выборка*, которую составили 270 диад «мать - ребенок». Все дети на момент обследования наблюдались в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы. Основную группу - группу ЭКО - составили 135 диад, где дети были зачаты посредством ЭКО, из них рождены одиночно - 65 детей, в двойне и тройне – 70 детей. Контрольную группу составили 135 диад с детьми, зачатыми спонтанно (группа СБ, т.е. спонтанная беременность), из них рождены одиночно - 121 ребенок, в двойне – 14 детей. Границы возраста детей обеих групп на момент исследования – 11-37 месяцев. Средний возраст в группе ЭКО –  $19,7 \pm 0,6$  месяцев, в группе СБ –  $19,1 \pm 0,68$  месяцев. Границы возраста матерей в обеих группах - 23-43 года; средний возраст в группе ЭКО –  $34,3 \pm 4,32$  года, в группе СБ –  $32,4 \pm 4,56$  года. В группе ЭКО 38 детей находились в отделении реанимации новорожденных (далее – РО), 97 детей не были в РО; в группе СБ 92 детей находились в отделении РО, 43 детей не были в РО. В группах имеется равная представленность детей первого, второго и третьего года жизни. Доли мальчиков и девочек также выравнены: в группе ЭКО 58 девочек и 77 мальчиков, в группе СБ - 61 девочка и 74 мальчика.

Мы составили эту выборку так, чтобы между группами не было существенных различий по основным социально-демографическим показателям, а именно: по составу семьи (более 90% детей обеих групп растут в полных семьях), уровню образования матерей (около 3/4 матерей имеют высшее образование), уровню жизни семей (около 90% матерей обеих групп оценили уровень доходов семьи как соответствующий прожиточному минимуму или превышающий таковой). Такое выравнивание выборок было важно для того,

чтобы при дальнейшем сравнительном исследовании развития детей групп ЭКО и СБ исключить влияние этих факторов. Все данные по этой выборке представлены в Приложении 1.

Согласно данным медицинского анамнеза в группе ЭКО 64% родов прошло кесаревым сечением, что достоверно больше ( $p \leq 0,01$ ), чем количество оперативных родов в группе СБ, где оно составило 45%. Также выявлены различия между группами ЭКО и СБ по показателю плановости кесарева сечения: в общем числе оперативных родов в группе СБ экстренные операции составили 64%, что достоверно больше ( $p \leq 0,01$ ), чем в группе ЭКО, где этот показатель равен 21%. Между детьми групп ЭКО и СБ наблюдаются различия в их физиологическом статусе при рождении и в послеродовом периоде: в группе СБ 41% детей родились недоношенными и 67% получали реанимационную помощь после рождения, что значимо больше ( $p \leq 0,01$ ), чем в группе ЭКО, где эти показатели составили 27% и 23% соответственно.

Итак, анализ данных медицинского анамнеза показал, что в данной выборке условия родов и послеродового периода у детей, зачатых при помощи ЭКО, складывались более благоприятно, чем у детей, зачатых спонтанно, по следующим факторам: доношенность, плановость операции кесарева сечения, отсутствие необходимости в реанимационных мероприятиях сразу после рождения. В свою очередь, дети группы СБ имели менее благоприятные стартовые условия в отношении физического здоровья при рождении по сравнению с детьми из группы ЭКО. Отметим, что это обусловлено спецификой выборки (большинство детей, наблюдающихся в отделении катамнеза ЦПСИР, имеют проблемы со здоровьем). Исходя из этого, мы не делаем выводов в целом относительно различий по состоянию здоровья между детьми в связи со способом их зачатия.

Результаты диагностики умственного развития детей в группах представлены в табл. 1 и на рис. 3.

## Результаты диагностики умственного развития детей групп ЭКО и СБ

Результат диагностики	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Развитие соответствует норме	33	48	81	24	36	30
Особенности познавательной деятельности	64	58	122	47	43	45
Снижение интеллектуальной деятельности	34	26	60	24	19	22
Значительное снижение интеллектуальной деятельности	4	3	7	5	2	3
Всего	135	135	270	100	100	100

Согласно критерию  $\chi^2$  Пирсона значимых различий между группами нет.

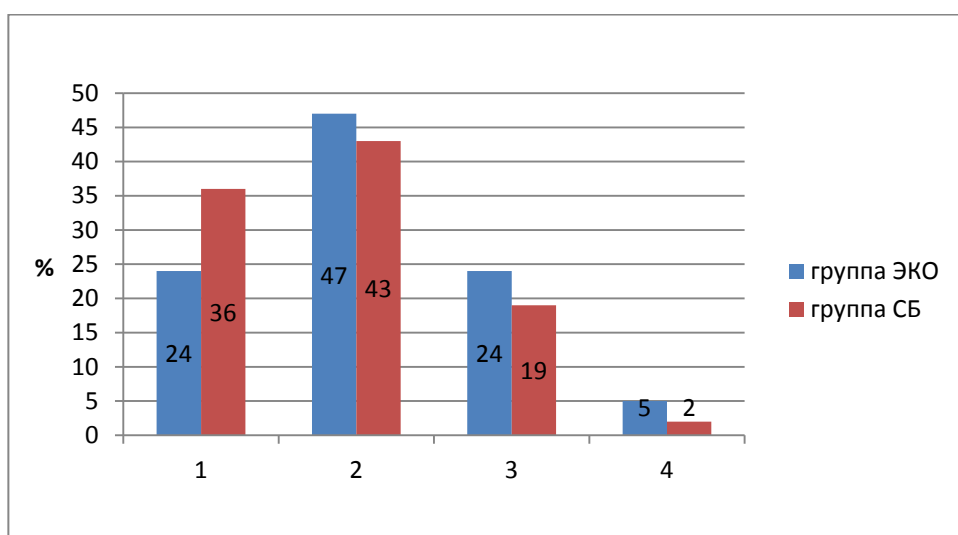


Рис.3. Результаты диагностики умственного развития детей групп ЭКО и СБ

*Условные обозначения:* 1 - развитие соответствует норме, 2 - особенности познавательной деятельности, 3 - снижение интеллектуальной деятельности, 4 - значительное снижение интеллектуальной деятельности

Сравнительный анализ результатов диагностики умственного развития детей первой выборки в целом не выявил существенных различий между группами. Однако нельзя не отметить, что, несмотря на менее благоприятные стартовые условия в отношении физического здоровья у детей группы СБ по сравнению с детьми из группы ЭКО, в группе спонтанно зачатых детей мы наблюдаем более высокую (36%) представленность детей с уровнем развития, соответствующим возрастной норме, чем в группе детей, зачатых при помощи

ЭКО (24%). Данные результаты закономерно ставят вопрос о влиянии условий пре- и перинатального периода на развитие ребенка в раннем возрасте.

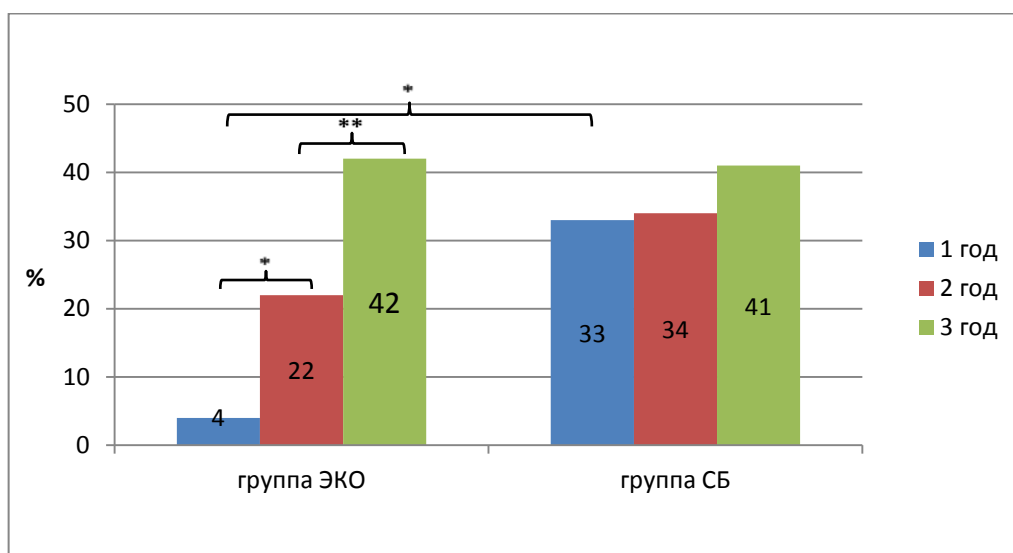
Теперь изучим представленность детей с нормальным уровнем умственного развития в зависимости от возраста ребенка на момент обследования. Для этого рассмотрим результаты диагностики отдельно у детей первого, второго и третьего лет жизни в группах ЭКО и СБ. Данные сведены в табл. 2 и наглядно представлены на рис. 4.

Таблица 2.

Представленность детей с условно-нормативным уровнем умственного развития в группах ЭКО и СБ в возрастных срезах

	Группа ЭКО			Группа СБ		
	Всего	Развитие соответствует норме		Всего	Развитие соответствует норме	
		Частота	%		Частота	%
Всего в группе	135	33	24	135	48	36
1 год (11-12 мес.)	26	1*	4	30	10	33
2 год (12-24 мес.)	76	17*	22	73	25	34
3 год (25-37 мес.)	33	14**	42	32	13	41

\*- $p \leq 0,01$ , \*\*-  $p \leq 0,05$



\*- $p \leq 0,01$ , \*\*-  $p \leq 0,05$

Рис. 4. Представленность детей с условно-нормативным уровнем умственного развития в группах ЭКО и СБ в возрастных срезах



Из табл. 2 и рис. 4 мы видим, что среди детей первого года жизни уровень нервно-психического развития, соответствующий нормативному, выявлен у существенно меньшего числа детей, зачатых при помощи ЭКО (4%), чем у спонтанно зачатых младенцев (33%). На втором году жизни доля детей, зачатых при помощи ЭКО, показавших нормальный уровень умственного развития, несущественно меньше, чем среди зачатых спонтанно ровесников (22% и 34% соответственно). На третьем году жизни в группе ЭКО доля детей с нормой развития достигла 42% и сравнялась с аналогичным показателем в группе СБ (41%). Таким образом, существенное различие в уровне развития детей в группах ЭКО и СБ выявлено только на первом году жизни.

Полученные данные (табл. 2) позволяют увидеть различия в возрастной динамике умственного развития детей в группах. В группе СБ доля детей с нормальным уровнем развития не имеет существенных различий во всех трех возрастных срезах и составляет 33-41%, а в группе ЭКО доля детей с нормальным развитием, будучи незначительной (4%) на первом году, среди детей второго года резко возрастает до 22%, что существенно ( $p \leq 0,01$ ) больше, чем показатель первого года, и достигает 42% у детей третьего года, что также достоверно больше ( $p \leq 0,01$ ), чем на втором году. И хотя мы использовали здесь метод срезов, полученные результаты позволяют предположить, что развитие детей, зачатых посредством ЭКО, имеет следующую тенденцию: в периоде младенчества развитие, соответствующее норме, показывает незначительная часть детей, к концу раннего возраста доли детей с нормальным умственным развитием в группах ЭКО и СБ выравниваются.

Далее мы поставили задачу выяснить, зависит ли уровень умственного развития детей, зачатых при помощи ЭКО, от номера попытки ЭКО, в результате которой был зачат ребенок. В нашем исследовании участвовали дети, чье зачатие произошло в результате 1-9 попыток искусственного оплодотворения. В табл. 3 показано распределение детей группы ЭКО по номеру попытки, в результате которой наступило зачатие.

Таблица 3.

Распределение детей группы ЭКО по номеру попытки, в результате которой наступило зачатие

№ попытки	Частота встречаемости	Частота (%)
1	57	42
2	32	24
3	16	12
4	6	4,4
5	5	3,7
6	3	2,2
7	2	1,4
8	1	0,7
9	1	0,7
Нет данных	12	9
Всего	135	100

За нормальный уровень развития принимаются высокие показатели результатов диагностики (34-40 баллов по методике Е.А. Стребелевой). Выясним, в результате какой попытки были зачаты дети группы ЭКО, показавшие нормальное развитие. Данные сведены в табл. 4.

Таблица 4.

Распределение детей групп ЭКО (в зависимости от номера удачной попытки) с условно-нормативным уровнем умственного развития

Номер попытки ЭКО	Число Детей	Из них с уровнем развития, соответствующим норме	
		Частота	Частота (%)
1	57	15	26
2	32	11	34
3	16	5	31
4	6	0	0
5	5	0	0
6	3	0	0
7	2	0	0
8	1	1	100
9	1	0	0

Сопоставим полученные в табл. 4 данные с результатами в группе СБ, где 48 детей (36% группы) показали уровень умственного развития, соответствующий возрастной норме (табл. 1). Как видно из табл. 4, доли детей с нормальным уровнем умственного развития не различаются существенно при спонтанном зачатии и в тех случаях, когда зачатие произошло после первой, второй и третьей попыток ЭКО, и составляют от 1/4 до 1/3 указанных подгрупп, а, начиная с четвертой попытки ЭКО, доля детей с нормой развития резко падает: лишь один ребенок, зачатый в результате восьмой попытки ЭКО, продемонстрировал нормальный уровень развития.

Итак, подавляющее большинство детей, зачатых путем ЭКО, у которых уровень умственного развития соответствовал норме, были зачаты в результате первых трех попыток ЭКО. В связи с этим разобьем группу ЭКО на две подгруппы: в подгруппе Э1-3 объединим детей, зачатых в результате 1-3 попыток ЭКО, в подгруппе Э4-9 - тех, кто был зачат от четвертой и более попыток ЭКО. Изучим результаты их диагностики и сравним с данными детей группы СБ (табл. 5).

Таблица 5.

Результаты диагностики умственного развития детей подгрупп Э1-3, Э4-9 и группы СБ

	Частота встречаемости				Частота (%)			
	Группа			Всего	Группа			Всего
	СБ	Э1-3	Э4-9		СБ	Э1-3	Э4-9	
Развитие соответствует норме	48	31	1*	80	36	30	6	31
Особенности познавательной деятельности	58	48	11	117	43	46	61	45
Снижение интеллектуальной деятельности	26	24	6	56	19	23	33	22
Значительное снижение интеллектуальной деятельности	3	2	0	5	2	2	0	2
Всего	135	105	18	258	100	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

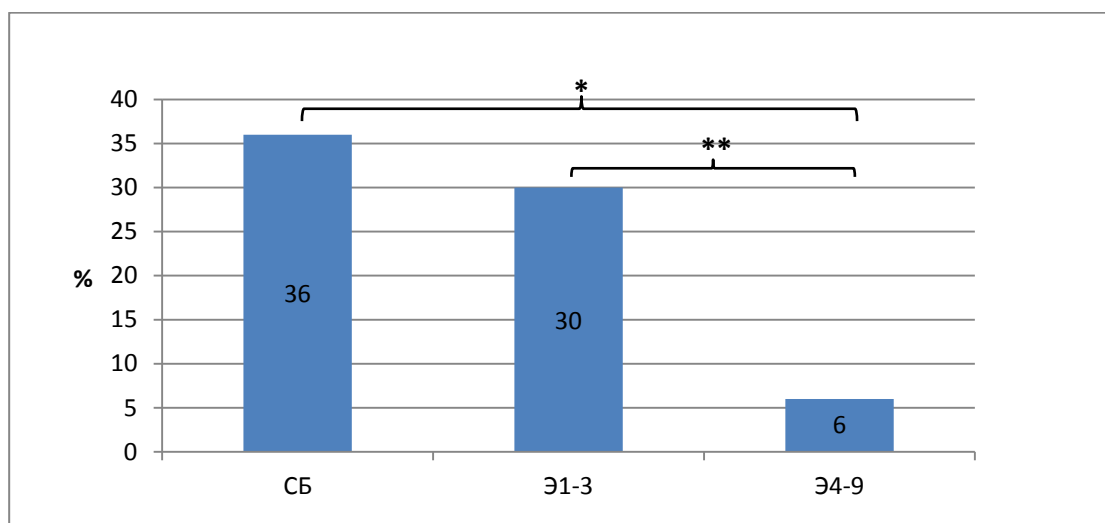
Как видно из данных табл. 5, значимых различий в распределении результатов между группами СБ и Э1-3 нет, в то время как результаты детей группы Э4-9 существенно ( $p \leq 0,01$ ) отличаются от результатов детей групп СБ и Э1-3 в сторону снижения. Для большей наглядности в табл. 6 и на рис. 5 показаны доли детей с нормой развития в этих двух подгруппах и группе СБ.

Таблица 6.

Представленность детей с условно-нормативным уровнем умственного развития в группе СБ и подгруппах Э1-3 и Э4-9

Группы	Всего детей	Из них с уровнем развития, соответствующим норме	
		Частота встречаемости	Частота (%)
СБ	135	48	36
Э1-3	105	31	30
Э4-9	18	1*	6

\*-  $p \leq 0,01$



\*- $p \leq 0,01$

Рис. 5. Представленность детей с условно-нормативным уровнем умственного развития в группе СБ и подгруппах Э1-3 и Э4-9

Как видно из табл. 6 и рис. 5, в группе СБ и подгруппе Э1-3 доли детей с уровнем развития, соответствующим возрастной норме, не имеют достоверных различий и составляют около 1/3 обеих групп, в то время как в подгруппе Э4-9 представленность детей с нормальным развитием существенно ниже ( $p \leq 0,01$ ), чем в группах СБ и Э1-3.

Таким образом, можно резюмировать, что дети, зачатые после многократных попыток ЭКО (от 4 и выше) существенно реже продемонстрировали нормальный уровень умственного развития.

В попытке объяснения этих результатов обратимся к данным медицинского анамнеза (многоплодие, гестационный возраст детей при рождении и проведение реанимационных мероприятий после рождения). Мы предположили, что дети, зачатые после многократных попыток ЭКО (от 4ой и выше), чаще рождаются недоношенными и нуждаются в реанимационной помощи после рождения в сравнении с детьми, чье зачатие произошло от 1, 2 или 3 попыток ЭКО. Для проверки этого предположения подсчитаем корреляцию между этими параметрами. Данные представлены в дихотомических шкалах, поэтому используем коэффициент четырехклеточной сопряженности Пирсона [Шишлянникова Л.М., 2009]. Результаты расчетов представлены в табл. 7, 8.

Таблица 7.

Корреляции между зачатием ребенка после многократных попыток ЭКО и гестационным возрастом при рождении

Номер попытки ЭКО	Гестационный возраст при рождении		Коэффициент корреляции Пирсона, r
	37 недель и больше	менее 37 недель	
1-3	83	22	0,193*
4-9	10	8	

\*-  $p \leq 0,05$

Таблица 8.

Корреляции между зачатием ребенка после многократных попыток ЭКО и пребыванием ребенка в отделении реанимации новорожденных

Номер попытки ЭКО	Пребывание в РО		Коэффициент корреляции Пирсона, r
	Без РО	РО	
1-3	85	20	0,169*
4-9	11	7	

\*-  $p \leq 0,05$

*Примечание.* Согласно таблицам значений коэффициента корреляции Пирсона  $r$  для различных уровней значимости  $p$  и различного числа степеней свободы [Fisher R.A., Frank Y., 1995] для  $N \geq 122$   $r = 0,232$  ( $p \leq 0,01$ ),  $r = 0,15$  ( $p \leq 0,05$ ).

Между фактом зачатия ребенка после многократных (от 4 и более) попыток ЭКО и многоплодием также выявлена значимая ( $p \leq 0,01$ ) корреляция:  $r$  Пирсона = 0,300. Таким образом, мы показали, что дети, зачатые в результате четвертой и больше попыток ЭКО, существенно чаще рождаются недоношенными, после многоплодной беременности, и их состояние после родов чаще требует проведения реанимационных мероприятий. Этим может быть объяснено их отставание в умственном развитии в сравнении с теми, кто был зачат в результате 1-3 попыток ЭКО (рис. 6).

В то же время следует подчеркнуть, что корреляции между номером удачной попытки ЭКО и условиями раннего послеродового периода (гестационным возрастом при рождении и пребыванием в РО) незначимы (табл. 9).

Таблица 9.

Значения коэффициентов корреляции Спирмена ( $r$ ) и уровней значимости ( $p$ ) между номером удачной попытки ЭКО с условиями послеродового периода в группе ЭКО

Гестационный возраст при рождении		Пребывание в РО	
$r$	$p$	$r$	$p$
-0,051	0,579	0,078	0,393

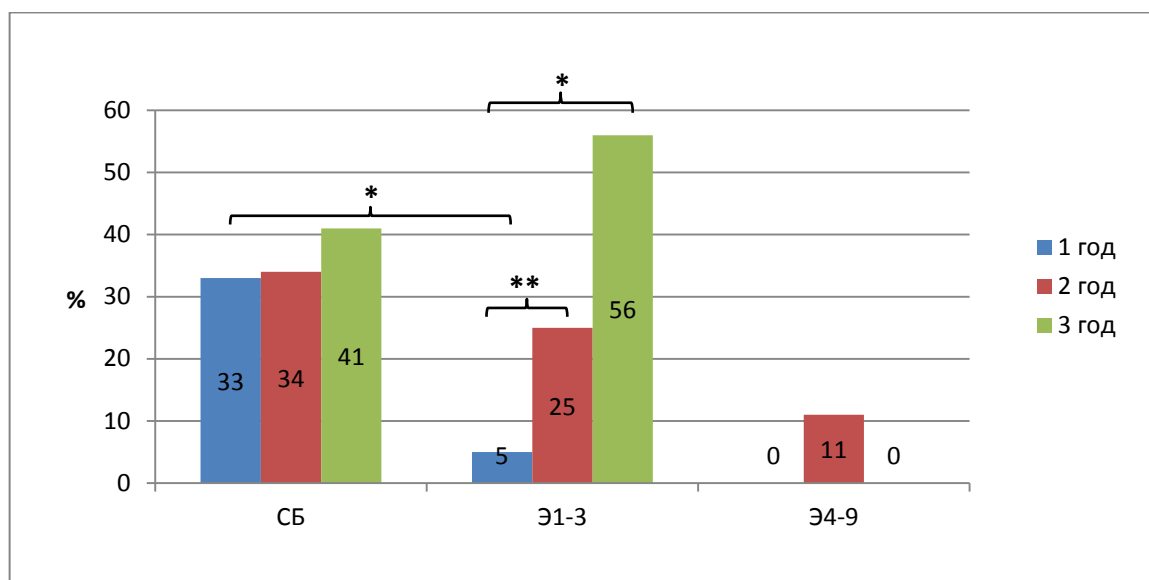
Также мы не выявили значимой корреляции уровня умственного развития от номера удачной попытки ЭКО:  $r$  Пирсона = 0,057. Таким образом, мы не можем утверждать, что уровень умственного развития снижается, и показатели при рождении ухудшаются у детей, зачатых при помощи ЭКО, с возрастанием номера удачной попытки ЭКО. Мы доказали, что данные показатели снижены у тех детей, которые были зачаты в результате 4 и выше попыток ЭКО.

Теперь изучим распределение детей с нормальным уровнем умственного развития в ранее выделенных подгруппах первой выборки (СБ, Э1-3 и Э4-9) в зависимости от возраста ребенка на момент обследования. Для этого рассмотрим отдельно результаты детей первого, второго и третьего лет жизни (табл. 10 и рис. 7).

Таблица 10.

Представленность детей первого, второго и третьего лет жизни группы СБ и подгрупп Э1-3 и Э4-9 с условно-нормативным уровнем умственного развития

		СБ		Э1-3		Э4-9	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
1 год	Всего детей	30	100	19	100	5	100
	Развитие соответствует норме	10	33	1	5	0	0
2 год	Всего детей	73	100	59	100	9	100
	Развитие соответствует норме	25	34	15	25	1	11
3 год	Всего детей	32	100	27	100	4	100
	Развитие соответствует норме	13	41	15	56	0	0



\*- $p \leq 0,01$ , \*\*-  $p \leq 0,05$

Рис. 7. Представленность детей первого, второго и третьего лет жизни группы СБ и подгрупп Э1-3 и Э4-9 с условно-нормативным уровнем умственного развития

Как было показано выше (табл. 2 и рис. 4), умственное развитие детей, зачатых посредством ЭКО, имеет следующую тенденцию: в младенчестве развитие, соответствующее норме, показывает незначительная часть детей, на третьему году жизни доли детей с нормальным умственным развитием в группах ЭКО и СБ выравниваются. Результаты, представленные в табл. 10 и на рис. 7, подтверждают это: среди детей первого года жизни уровень умственного развития, соответствующий нормативному, выявлен у достоверно большего числа спонтанно зачатых детей (таковых 33%), чем у детей подгрупп Э1-3 (5%) и Э4-9 (таких детей не наблюдалось вовсе). На втором году жизни доля детей, зачатых при помощи 1-3 попыток ЭКО, показавших нормальный уровень развития, составила 25%, что несущественно меньше, чем среди зачатых спонтанно. На третьем году жизни в подгруппе Э1-3 доля детей с нормой развития даже несколько превысила аналогичный показатель в группе СБ; в подгруппе ЭКО4-9 ни один ребенок третьего года не показал нормы развития. Следовательно, мы можем сказать, что к концу раннего возраста увеличение числа детей с нормальным развитием, зачатых при помощи ЭКО, происходит за счет тех, кто был зачат в результате первых трех попыток. Среди детей, зачатых после многократных попыток ЭКО (от четвертой и больше), мы наблюдаем существенно меньшую представленность нормы развития в сравнении с группами СБ и Э1-3 на всем протяжении раннего детства, что может быть связано (табл. 7, 8) с существенно частой недоношенностью и пребыванием в отделении реанимации новорожденных. Несмотря на небольшую представленность в нашей выборке детей, зачатых после 4-9 попыток ЭКО (18 человек, что составляет 13% группы ЭКО), полученный результат позволяет отметить тенденцию к неблагоприятности в их развитии во всем периоде младенчества и раннего детства.

Итак, изучение умственного развития детей первой выборки дало следующие результаты.

1. В младенческом и раннем возрасте у детей, зачатых посредством ЭКО, по сравнению со сверстниками, зачатыми спонтанно, наблюдаются различия в уровне и возрастной динамике умственного развития:



- 1.1. К концу первого года жизни уровень нервно-психического развития, соответствующий возрастной норме, реже встречается среди детей, зачатых посредством ЭКО, чем среди зачатых спонтанно.
- 1.2. На втором и третьем году жизни доля детей с нормальным уровнем умственного развития, зачатых при помощи ЭКО, увеличивается по отношению к показателю первого года жизни, в то время как у зачатых спонтанно доля детей с нормальным уровнем умственного развития остается стабильной на первом, втором и третьем году.
2. У детей, зачатых в результате многократных (четвертой и больше) попыток ЭКО, выявлены следующие особенности развития:
  - 2.1. Дети, зачатые в результате многократных попыток ЭКО, реже демонстрируют нормальный уровень умственного развития, чем зачатые спонтанно или в результате нескольких попыток ЭКО.
  - 2.2. Дети, зачатые в результате многократных попыток ЭКО, чаще рождаются недоношенными, и их состояние после рождения чаще требует проведения реанимационных мероприятий.
  - 2.3. Дети группы ЭКО1, рожденные в двойне и тройне, чаще были зачаты после многократных попыток ЭКО.

Анализ результатов, полученных на первой выборке, подвел нас к вопросу о влиянии на умственное развитие детей показателей их физического состояния при рождении. Поэтому далее мы решили изучить развитие детей, зачатых посредством ЭКО, исключив такие факторы, как недоношенность и наличие в анамнезе ребенка реанимационных мероприятий сразу после его рождения. Как показал обзор литературы (глава 1, п. 1.4), в большинстве исследований в нашей стране и за рубежом эти показатели выделяются в качестве факторов риска для здоровья и развития детей.

Для этой задачи из общей базы нашего исследования мы сформировали *дополнительную выборку* из 200 диад «мать - ребенок»: группа ЭКО - 100 диад, в которых дети были зачаты с помощью ЭКО и группа СБ - 100 матерей с детьми, зачатыми спонтанно. Все дети в этой выборке были доношены, никто не был

помещен в отделение реанимации новорожденных. Группы были выровнены по половозрастным и по основным социально-демографическим показателям. Данные представлены в Приложении 2. Мы предположили, что в случае отсутствия неблагоприятных условий в отношении физического состояния при рождении (недоношенности и необходимости помещения ребенка в отделение реанимации новорожденных) показатели умственного развития детей, зачатых при помощи ЭКО, не будут отличаться от результатов зачатых спонтанно сверстников.

Изучение развития детей из дополнительной выборки показало: при исключении неблагоприятных физиологических условий, которые могут отрицательно влиять впоследствии на здоровье и развитие детей (а именно - недоношенность и необходимость в реанимационных мероприятиях сразу после рождения), норма умственного развития у детей 2-3 лет, зачатых при помощи ЭКО, диагностирована реже, чем у спонтанно зачатых сверстников. При этом среди зачатых путем ЭКО больше тех, кто показал серьезные отклонения от нормы - снижение и значительное снижение интеллектуальной деятельности. Также выявлены существенные различия в возрастной динамике: на втором году доля детей, зачатых при помощи ЭКО, показавших нормальное развитие, существенно меньше, чем у зачатых спонтанно, а к концу раннего возраста доли детей с нормальным развитием в группах выравниваются.

## **2.3. Психическое развитие и взаимодействие с матерями детей раннего возраста в связи со способом зачатия**

### **2.3.1. Возрастная динамика умственного развития детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно**

Результаты предыдущего этапа исследования, изложенные в п. 2.2, показали, что имеется снижение представленности нормы умственного развития детей, зачатых посредством ЭКО, в сравнении с ровесниками, зачатыми естественно. Выявленные особенности развития и использованные методы статистического анализа не дали ответа на вопрос, влияет ли зачатие методом ЭКО на психическое развитие детей. Поэтому на данном этапе исследования было проведено комплексное изучение психического развития детей, зачатых при помощи ЭКО, которое помимо изучения их умственного развития включало изучение овладения детьми предметной деятельностью, взаимодействия в диаде «мать - ребенок» и материнского отношения к детям с учетом социально-демографических и перинатальных данных матерей и детей. Для этого мы сформировали выборку, состоящую из 167 диад «мать - ребенок», для которых с согласия матерей была проведена видеосъемка их игрового взаимодействия. Основную группу – группу ЭКО - составили 77 диад, в которых дети были зачаты с помощью ЭКО (31 ребенок, рожденный одиночно и 46 детей из двойни/тройни). Контрольную группу – группу СБ - составили 90 диад с детьми, зачатыми спонтанно (81 рожденный одиночно ребенок и 9 детей из двойни). Дети были обследованы в ЦПСиР г. Москвы и в детских дошкольных учреждениях г. Москвы. Границы возраста детей обеих групп на момент исследования – 12-37 месяцев, средний возраст детей в группе ЭКО –  $20,0 \pm 0,91$  месяца, в группе СБ –  $20,6 \pm 0,84$  месяцев. Границы возраста матерей: в группе ЭКО – 24-54 года, средний возраст –  $34,3 \pm 5,4$  лет; в группе СБ – 23-42 года; средний возраст –  $32,4 \pm 4,5$  лет. Половозрастные показатели детей, а также основные социально-демографические показатели семей в группах не имеют значимых различий.

Данные представлены в Приложении 3. Анализ проводился с использованием регрессионного, корреляционного и ковариационного анализа.

***Социально-демографические и перинатальные данные матерей и детей раннего возраста, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно***

При анализе социально-демографических и перинатальных показателей диад в группах были изучены данные, полученные из опроса матерей и анализа медицинской документации. Это дало нам представление о характеристиках детей в группах, а также об их ближайшем социальном окружении. Мы разделили имеющиеся характеристики на 3 группы: показатели детей по полу и возрасту, социально-демографические данные семей и показатели перинатального периода (связанные с беременностью, родами и ранним послеродовым периодом). Данные представлены в Приложении 3.

В группах имеется равная представленность детей во возрастах; средний возраст в группе ЭКО –  $20,0 \pm 1,0$  месяцев, в группе СБ –  $20,6 \pm 0,84$  месяцев. Доли мальчиков и девочек также выравнены: в группе ЭКО 40 девочек и 37 мальчиков, в группе СБ - 46 девочек и 44 мальчика. Средние значения возраста детей в группах согласно t-тесту Стьюдента не имеют значимых различий. Данные представлены в табл. 11.

Таблица 11.

Средний возраст детей в группах ЭКО и СБ

Группа	N	Mean	SE	SD	t-тест Стьюдента
ЭКО	77	20,0	1,0	9,16	0,672
СБ	90	20,6	0,84	8,02	

*Условные обозначения:* N – число детей в группе, Mean – среднее, SE - ошибка среднего, SD – стандартное отклонение.

*Примечание.* Мы можем применять t-критерий Стьюдента, т.к. результаты диагностики измерены в интервальной шкале и имеют нормальное распределение.

Анализ данных не выявил значимых различий в группах по основным социально-демографическим характеристикам (Приложение 3), а именно: по составу семьи (около 90% детей обеих групп воспитываются в полных семьях), по уровню образования матерей (более 80% матерей имеют высшее образование, два высших образования или ученую степень); по уровню жизни семей (порядка 90% матерей обеих групп оценили уровень доходов в семьях как соответствующий прожиточному минимуму или превышающий таковой). В группе ЭКО несколько больше детей, не имеющих старших/младших сиблингов, но это различие незначимо.

При анализе данных, связанных с беременностью, родами и ранним послеродовым периодом, мы обнаружили достоверные различия по следующим показателям: в группе ЭКО существенно больше ( $p \leq 0,01$ ) детей, родившихся после многоплодной беременности матери, большее ( $p \leq 0,01$ ) число родов в этой группе прошло путем кесарева сечения. Госпитализации ребенка после роддома достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) встретились в группе спонтанно зачатых детей. Показатели состояния ребенка при рождении (гестационный возраст и необходимость пребывания в отделении реанимации новорожденных) не имеют значимых различий в группах.

Таким образом, анализ исходных данных выявил значимые различия в следующих перинатальных показателях: в группе ЭКО чаще встретились многоплодные беременности и оперативные роды; в группе СБ чаще выявлено пребывание детей в стационаре после выписки из роддома и более длительные сроки госпитализации.

### ***Умственное развитие детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно***

Сначала мы рассмотрели количественные распределения детей групп ЭКО и СБ в связи со значением характеристики их умственного развития. Данные представлены в табл. 12.

Таблица 12.

## Результаты диагностики умственного развития детей групп ЭКО и СБ

Результат диагностики	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Развитие соответствует норме	18*	42	60	23	47	36
Особенности познавательной деятельности	37	37	74	48	41	44
Снижение интеллектуальной деятельности	17*	10	27	22	11	16
Значительное снижение интеллектуальной деятельности	5*	1	6	6	1	4
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Данные табл. 12 показывают, что дети, зачатые спонтанно, достоверно чаще ( $p \leq 0,01$ ) продемонстрировали уровень умственного развития, соответствующий возрастной норме: этот показатель в группе СБ в 2 раза больше, чем в группе ЭКО; дети со снижением и значительным снижением интеллектуальной деятельности значимо чаще встретились в группе ЭКО. Гипотезу №1 можно считать подтвержденной.

При сравнении средних значений уровня умственного развития детей в группах по всему исследуемому возрастному диапазону выявлено значимое различие между группами. Данные представлены в табл. 13.

Таблица 13.

## Средние показатели умственного развития детей групп ЭКО и СБ

Группа ЭКО				Группа СБ				p, t-тест Стьюдента	p, критерий Манна-Уитни
N	Mean	SE	SD	N	Mean	SE	SD		
77	27,23	0,90	7,32	90	32,13	0,57	4,78	0,00031*	0,001*

*Условные обозначения:* N – число детей в группе, Mean – среднее, SE - ошибка среднего, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий, \* -  $p \leq 0,01$

*Примечание.* Мы можем применять t-критерий Стьюдента, т.к. результаты диагностики измерены в интервальной шкале и имеют нормальное распределение.

**Возрастная динамика умственного развития детей раннего возраста,  
зачатых посредством ЭКО и спонтанно**

Сначала мы изучили изменение показателя умственного развития детей в зависимости от их возраста, для чего был применен корреляционный анализ (табл. 14).

Таблица 14.

Коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ) и уровень значимости ( $p$ ) связи уровня умственного развития с возрастом детей в группах

Группа ЭКО		Группа СБ	
$r$ Пирсона	$p$	$r$ Пирсона	$p$
0,589	0,01	0,506	0,01

*Примечание.* Применен коэффициент корреляции Пирсона, т.к. результаты диагностики имеют нормальное распределение.

Корреляционный анализ показал, что в обеих группах существует статистически значимая положительная связь возраста детей с уровнем их умственного развития. Коэффициент корреляции характеризует силу и направление связи между двумя изучаемыми переменными – уровнем развития и возрастом детей, а для определения вида этой связи был применен регрессионный анализ (табл. 15).

Таблица 15.

Результаты регрессионного анализа зависимости умственного развития детей от возраста

Группа ЭКО			Группа СБ		
$b$	$R^2$	$p$	$b$	$R^2$	$p$
0,453	0,355	0,000	0,415	0,30	0,000

*Условные обозначения:*  $b$  – коэффициенты регрессии (углы наклона регрессионных прямых к горизонтальной оси),  $R^2$  - степень соответствия между исходными данными и регрессионной моделью),  $p$  – уровень значимости отличия коэффициента регрессии от нуля.

На рис. 9 и 10 представлены корреляционные поля и регрессионные прямые для уровня умственного развития детей по группам.

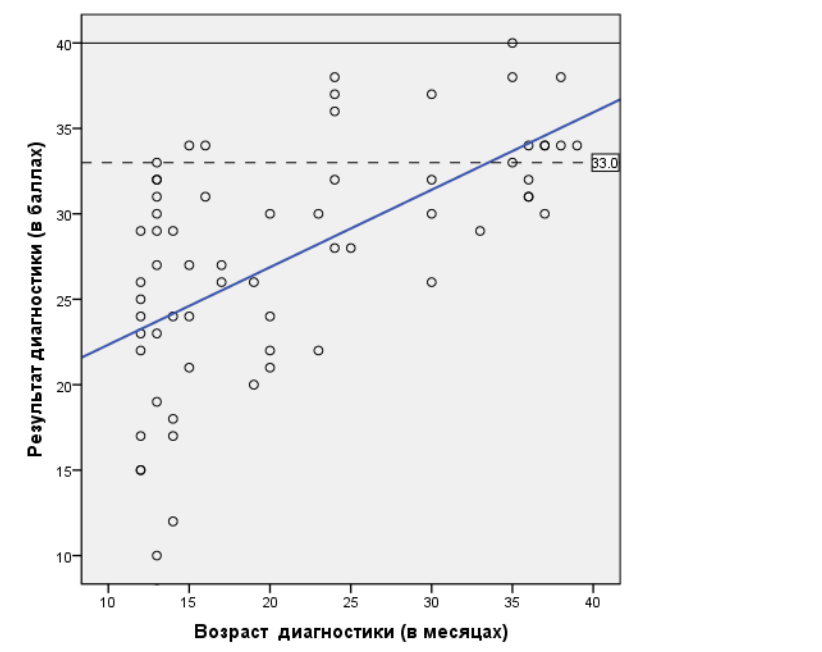


Рис. 9. Корреляционные поля и регрессионная прямая для уровня умственного развития детей группы ЭКО

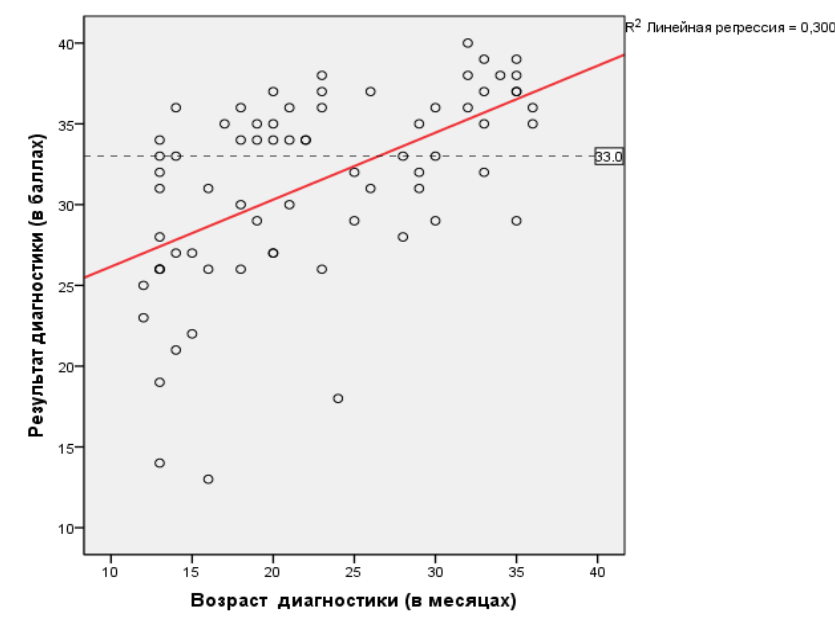


Рис 10. Корреляционные поля и регрессионная прямая для уровня умственного развития детей группы СБ



Условные обозначения на рис. 9 и 10:

по оси абсцисс – возраст ребенка на момент диагностики (в месяцах),

по оси ординат – уровень умственного развития (в баллах),

- - - - прямая  $y = 33$ , обозначающая минимальное количество баллов, которое соответствует нормальному уровню развития,

$y = 0,453*x + 17,812$  - регрессионная прямая для группы ЭКО

$y = 0,415*x + 22,019$  - регрессионная прямая для группы СБ

За показатель динамики умственного развития детей мы можем принять значение коэффициента регрессионной прямой  $b$ , приближающей зависимость уровня развития детей от их возраста. Поместив обе регрессионные прямые на один рисунок, видим, что линии регрессии в обеих группах практически параллельны (рис. 11).

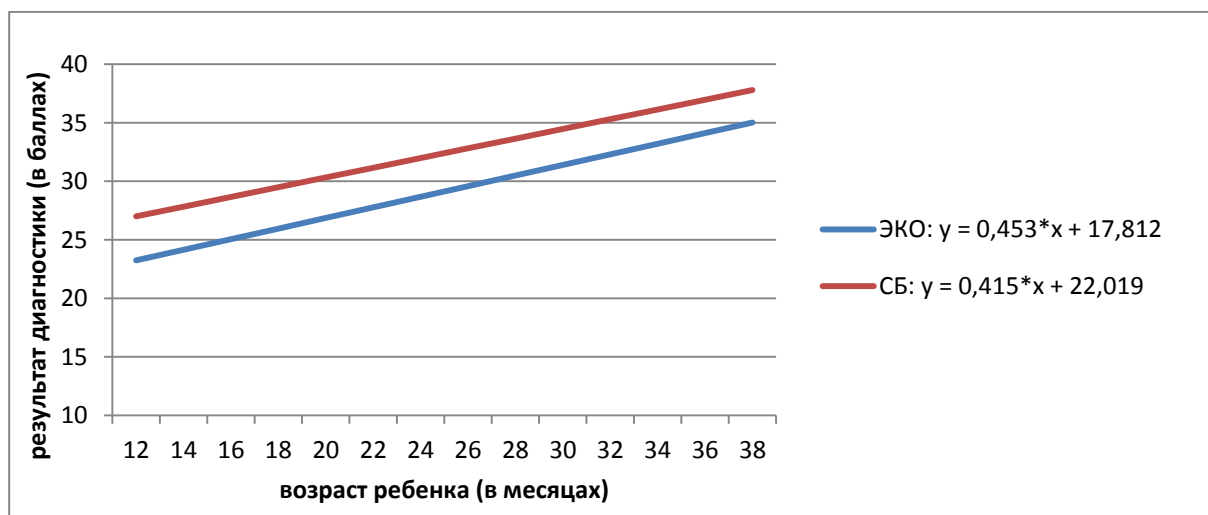


Рис 11. Линии регрессии уровня умственного развития детей групп ЭКО и СБ

Рис. 11 иллюстрирует, что на всем протяжении изучаемого возрастного диапазона средние показатели умственного развития в группе ЭКО ниже, чем в группе СБ. Таким образом, корреляционный анализ (табл. 14) выявил в обеих группах существенную зависимость уровня умственного развития детей от их возраста, а регрессионный анализ (табл. 15 и рис. 11) - отсутствие значимых различий в динамике средних значений показателей развития детей обеих групп (в пределах изучаемого возраста). Значит, для сравнения уровней умственного развития детей групп ЭКО и СБ в связи со способом зачатия мы можем корректно

применять ковариационный анализ, где возраст ребенка на момент диагностики выступает ковариацией, а фактором является способ зачатия.

Таблица 16.

Результаты одномерного ковариационного анализа уровня умственного развития детей (фактор – способ зачатия, ковариация – возраст ребенка на момент диагностики)

Параметр	Уровень значимости в связи с возрастом	Уровень значимости в связи со способом зачатия
Уровень умственного развития	0,000	0,000

*Примечание.* Полный расчет ковариационного анализа (оценка эффектов межгрупповых факторов, проверка равенства дисперсий зависимой переменной в группах) дан в Приложении 8.

Итак, ковариационный анализ выявил влияние на умственное развитие ребенка способа его зачатия (при помощи ЭКО или спонтанно) на высоких уровнях значимости ( $p \leq 0,001$ ). Это означает, что при устранении влияния возраста значимые различия в уровнях умственного развития детей в связи со способом зачатия сохраняются.

Отметим неоднородность значений показателей развития детей обеих групп (на рисунках 6 и 7 наблюдается значительный разброс точек). Отсюда закономерно возникает вопрос о соотношении в группах ЭКО и СБ детей с развитием, соответствующим норме, и детей с отклонениями в развитии. (На рисунках 8 и 9 этому соответствует число точек, расположенных выше и ниже линии  $y = 33$  соответственно). Как было показано в табл. 12, соотношение детей, развивающихся нормально, и тех, кто имеет отклонения в развитии, в двух группах значительно различается ( $p \leq 0,01$ ): в группе ЭКО 23% детей с уровнем развития, соответствующим норме, это вдвое меньше, чем в группе СБ, где этот показатель равен 47%. В табл. 17 и на рис. 12 помещены данные по представленности в группах ЭКО и СБ детей, чей уровень развития соответствует норме, в разных возрастных срезах

Таблица 17.

Доли детей групп ЭКО и СБ с уровнем умственного развития, соответствующим норме

		Группа ЭКО		Группа СБ	
		Кол-во	%	Кол-во	%
Всего в группе		77	100	90	100
Развитие соответствует норме		18*	23	42	47
12 мес.	Всего	19	100	16	100
	Развитие соответствует норме	1*	5	7	44
13-24 мес.	Всего детей	39	100	47	100
	Развитие соответствует норме	5*	13	19	40
25-37 мес.	Всего детей	19	100	27	100
	Развитие соответствует норме	11	58	16	59

*Примечание.* За 100% принималось число детей в каждом возрастном срезе

\*-  $p \leq 0,01$

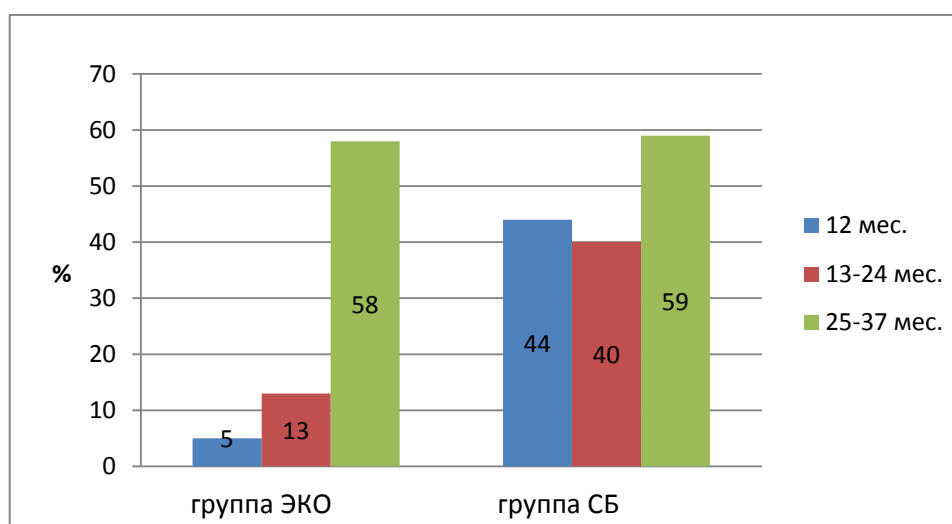


Рис 12. Представленность детей групп ЭКО и СБ с условно-нормативным уровнем умственного развития в разных возрастных срезах

Данные табл. 17 и рис. 12 показывают, что доля детей 12 - 24 месяцев с условно-нормативным уровнем умственного развития в группе ЭКО существенно ниже ( $p \leq 0,01$ ), чем в группе СБ. На третьем году в обеих группах доли детей, у которых был диагностирован нормальный уровень развития, не различаются и приближаются к 60% от общего числа детей этого возраста.

Важно отметить, что в группе СБ представленность детей с нормальным умственным развитием не имеет существенных различий во всех возрастных срезах и составляет 40 - 59 %, а в группе ЭКО мы наблюдаем следующее: доля детей возраста 12 месяцев с нормой развития составила 5% от всех младенцев этой группы, на втором году этот показатель достоверно больше – 13%, на третьем – 58%, что также достоверно больше ( $p \leq 0,01$ ), чем на втором году.

Выясним, есть ли корреляционные связи между уровнем умственного развития детей в группах ЭКО и СБ и показателями перинатального периода. Результаты сведены в табл. 18, где помещены признаки, по которым хотя бы в одной группе выявлена значимая корреляция.

Таблица 18.

Корреляции уровня умственного развития детей в группах ЭКО и СБ с перинатальными данными

	Группа ЭКО	Группа СБ
Гестационный возраст при рождении	,378**	,094
Число рожденных детей	-,251*	-,111
Длительность грудного вскармливания	,126	,303*

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\*-  $p \leq 0,01$

Корреляционный анализ показал, что в группе ЭКО уровень умственного развития связан с гестационным возрастом при рождении и фактом многоплодной беременности матери. Другими словами, среди детей, зачатых с помощью ЭКО, более высокое умственное развитие показали одиночно рожденные доношенные дети. У детей, зачатых спонтанно, значимых корреляций этих перинатальных показателей с уровнем развития не выявлено. Это доказывает большее влияние условий перинатального периода (доношенности и отсутствие многоплодия) на умственное развитие детей раннего возраста в случае зачатия с применением ЭКО, чем при спонтанном зачатии. В группе спонтанно зачатых детей уровень умственного развития положительно коррелирует с длительностью грудного вскармливания.

### 2.3.2. Предметная деятельность детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно

Для изучения предметной деятельности (далее - ПД), ведущей в раннем возрасте, мы использовали методику, разработанную Е.О. Смирновой и соавт. [Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю., 2002]. В качестве параметров выступали следующие: виды действий с предметами (ориентировочные и манипулятивные и культурно-фиксированные), познавательная активность (интерес ребенка к предметам и действиям с ними и его эмоциональная вовлеченность в деятельность) и включенность предметных действий в общение (стремление ребенка действовать по образцу и ориентация на оценку взрослого) [там же]. Уровень овладения ПД определялся по совокупности всех параметров; были выделены низкий, средний и высокий уровни. Результаты диагностики представлены в табл. 19, 20.

Таблица 19.

Уровни предметной деятельности детей в группах ЭКО и СБ

Уровень ПД	Кол-во баллов		Частота встречаемости			Частота (%)		
	Min	Max	Группа		Всего	Группа		Всего
			ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Высокий	12	16	20*	36	58	26,0	40	35
Средний	8	11	24	21	45	31,2	23,3	27
Низкий	0	7	33	33	64	42,8	36,7	38
Всего			77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,05$

Согласно данным табл. 19, в группе ЭКО существенно ( $p \leq 0,05$ ) меньше, чем в группе СБ, детей, показавших высокий уровень овладения предметной деятельностью. Обращает на себя внимание факт, что в обеих группах более трети детей – 36,7% в группе СБЗ и 42,8% в группе ЭКО - показали низкий уровень ПД, что свидетельствует о тенденции к задержке психического развития, поскольку возрастной норме соответствует высокий и средний уровень ПД [там же].

Таблица 20.

Средние значения параметров предметной деятельности детей в группах

Параметры ПД	Характеристики ПД	Группа ЭКО		Группа СБ		p
		Mean	SE	Mean	SE	
Виды действий с предметами	1	1,48	0,066	1,49	0,061	0,893
	2	1,13	0,093	1,26	0,090	0,277
Познавательная активность	3	1,97	0,097	1,92	0,095	0,773
	4	1,56	0,119	1,63	0,092	0,696
Включенность предметных действий в общение	5	1,17	0,108	1,50	0,110	0,037*
	6	1,01	0,110	1,34	0,095	0,027*
Общий балл		8,32		9,14		0,041*

*Условные обозначения:* 1 - ориентировочные и манипулятивные действия, 2 - культурно-фиксированные действия, 3 - интерес к предметам и действиям с ними, 4 - эмоциональная вовлеченность в деятельность, 5 - стремление действовать по образцу, 6 - ориентация на оценку матери

Mean – среднее, SE - ошибка среднего, p – уровень значимости различий по критерию Манна- Уитни; \*-  $p \leq 0,05$

Из табл. 20 мы видим, что в группе ЭКО среднее значение уровня ПД существенно ниже, чем в группе СБ (8,32 против 9,14). На рис. 13 изображены профили групп ЭКО и СБ по параметрам ПД. Это позволяет увидеть, за счет каких именно параметров выявлено снижение среднего показателя ПД.

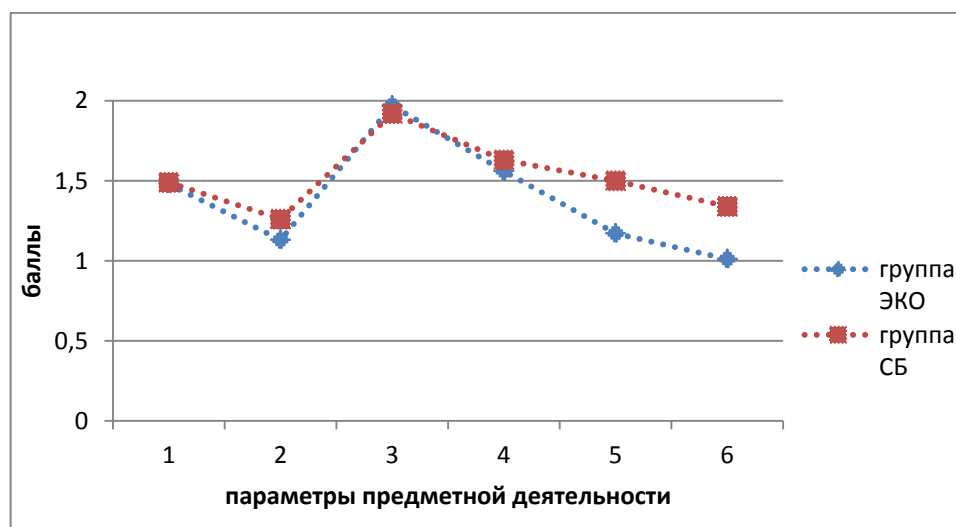


Рис. 13. Профили групп ЭКО и СБ по параметрам ПД

Из рис. 13 видим, что в то время как действия с предметами и познавательная активность детей в группах не имеют существенных различий, включенность предметных действий в общение с матерью у детей, зачатых посредством ЭКО, существенно ниже ( $p \leq 0,05$ ), чем у зачатых спонтанно сверстников. Таким образом, более низкий средний уровень ПД в группе ЭКО наблюдается за счет сниженных коммуникативных параметров ПД: дети реже повторяли действия, показанные или предложенные матерью, меньше ориентировались на то, как матери оценивали их действия.

Это может быть обусловлено недостаточной представленностью матери в организации совместной деятельности. Согласно нашим наблюдениям, для женщин группы ЭКО чаще, чем для спонтанно зачавших матерей, было характерно отсутствие интереса к игре с ребенком, когда мать действовала неуверенно, без эмоциональной вовлеченности, не проговаривала действия свои и ребенка, не поощряла его инициативы. При этом матери группы ЭКО часто действовали, не ориентируясь на состояние и актуальный интерес детей. Например, Дима В. (13 месяцев) тянется к машинке. Мама открывает книжку, показывает сыну картинку. Дима на мгновение смотрит на картинку, затем опять тянется к машинке. Мама убирает машинку, пытается привлечь внимание сына к книжке<sup>2</sup>. Другой пример: Сурен М. (20 месяцев) встает со стульчика, хнычет, просится на руки к матери. Мать игнорирует состояние сына, усаживает его опять на стул и демонстрирует игрушки. Ребенок начинает плакать, отказывается играть.

Отметим также, что матери, зачавшие при помощи ЭКО, часто при видимой активной вовлеченности в игру с ребенком не столько были увлечены совместными действиями, сколько старались продемонстрировать достижения детей: предлагали показать на пальчиках, «сколько тебе годиков» (у Даши А., 14 месяцев, мама вынула для этого из рук формочки, которые девочка в тот момент складывала), просили назвать предмет, цвет и т.п., описывали знания и умения ребенка: «...когда мы обычно мультики смотрим, она все комментирует, знает все названия, всех животных, даже динозавров всяких...», «... А музыки у вас нет? А

---

<sup>2</sup> Подробные описания двух случаев игрового взаимодействия матерей и детей группы ЭКО даны в п.2.3.3.

то мы танцевать любим...», «Какого цвета этот кубик? Ну скажи, ты же знаешь, ты же умеешь говорить» и т.п. Взаимодействуя с ребенком таким образом, мать не могла выстроить полноценную игровую ситуацию, от которой напрямую зависит успешность овладения предметными действиями. Это может быть объяснено тем, что матери группы ЭКО зачастую не относятся к ребенку в достаточной мере как к субъекту действия. Данные результаты определяют направления коррекционной работы: информировать родителей о важности овладения ребенком предметной деятельностью, в первую очередь – путем игрового взаимодействия с матерью, и помогать родителям эффективно организовать совместную деятельность, создавать пространство для проявления активности ребенка.

Изучим ПД отдельно у детей второго и третьего года (табл. 21 и рис. 14, 15).

Таблица 21.

Средние значения параметров ПД детей в группах ЭКО и СБ в возрастных срезах

Параметры ПД	Характеристики ПД	2 год		3 год	
		Группа ЭКО	Группа СБ	Группа ЭКО	Группа СБ
Виды действий с предметами	1	1,36	1,33	1,84	1,85
	2	0,9	0,95	1,84	1,96
Познавательная активность	3	1,81	1,70	2,47	2,44
	4	1,33	1,44	1,96	2,07
Включенность предметных действий в общение	5	1,07	1,37*	1,50	1,71
	6	0,76	1,18*	1,39	1,55
Общий балл		7,22	7,97*	11,0	11,58

\*-  $p < 0,05$

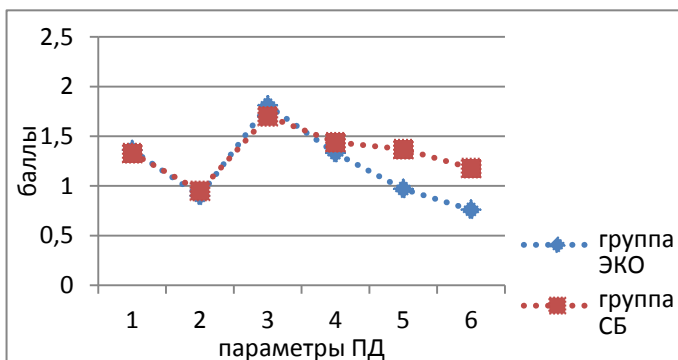


Рис. 14. Профили групп ЭКО и СБ по параметрам ПД (дети 2 года)

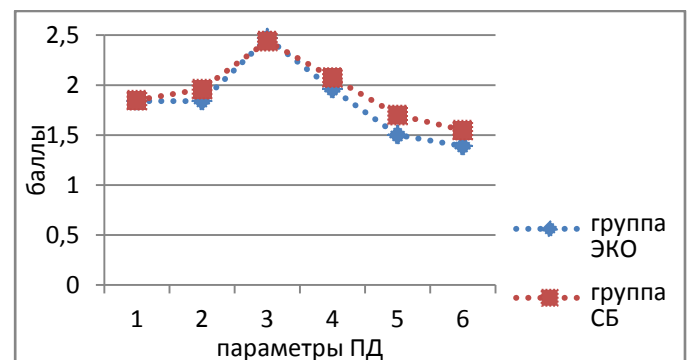


Рис. 15. Профили групп ЭКО и СБ по параметрам ПД (дети 3 года)



Анализ профилей ПД (табл. 21 и рис. 14, 15) позволяет заключить:

1. В обеих группах все значения характеристик ПД у детей третьего года выше, чем у детей второго года.
2. Действия с предметами и познавательная активность детей в группах не имеют существенных различий, как на втором, так и на третьем году жизни.
3. На втором году уровень включенности предметных действий в общение с матерью (стремление ребенка действовать по образцу и ориентация на оценку взрослого) в группе ЭКО существенно ( $p \leq 0,05$ ) ниже, чем в группе СБ. На третьем году различие по коммуникативным параметрам ПД между группами сокращается, но в группе ЭКО уровень включенности ПД в общение остается несколько ниже, чем у зачатых спонтанно сверстников.

Ранее (в п. 2.2) мы выявили, что дети, зачатые после многочисленных (четвертой и больше) попыток ЭКО, на протяжении всего раннего детства существенно реже демонстрировали нормальный уровень умственного развития, чем зачатые после 1-3 попытки ЭКО и спонтанно. Изучение ПД у детей этой группы также выявило существенное снижение ПД по сравнению с результатами детей групп СБ и ЭКО в целом (табл. 22).

Таблица 22.

Средние значения параметров ПД детей, зачатых после 4-9 попытки ЭКО

Параметры ПД	Характеристики ПД	Группа ЭКО4-9
Виды действий с предметами	1	1,07
	2	0,53
Познавательная активность	3	1,46
	4	1,08
Включенность предметных действий в общение	5	0,69
	6	0,31
Общий балл		5,14

### **2.3.3. Материнское отношение к детям, зачатым при помощи ЭКО и спонтанно**

Под материнским отношением мы понимаем «целостная система разнообразных чувств и представлений матери по отношению к ребёнку, которая определяет способы общения с ребенком, поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с ним, особенности восприятия и понимания характера ребёнка и его поступков» [Варга А.Я., 1986].

Для изучения отношения к детям матерей, зачавших при помощи ЭКО и спонтанно, мы использовали опросник для матерей и методику «Родительские оценки детей (РОД)» М.Е. Ланцбург [Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014]. Описания и бланки методик даны в Приложениях 6, 7.

#### ***Отношение к детям у матерей на основе анализа их воспоминаний о периоде беременности***

Сроки идентификации и характер переживания будущей матерью шевелений плода являются важными параметрами в оценке психологической готовности к материнству [Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994] и в прогнозе дальнейших материнско-детских отношений [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997]. Г.Г. Филиппова также считает, что особенности материнского отношения к будущему ребёнку можно предсказать по стилю переживания женщиной беременности [Филиппова Г.Г., 2002, 2005]: по физическому и эмоциональному переживанию момента идентификации беременности, по ощущениям и отношению к шевелению ребёнка в утробе, восприятию своих телесных изменений, преобладающему эмоциональному фону.

Стиль переживания беременности исследовался в обеих группах ретроспективно на основе анализа воспоминаний матерей о сроках начала ощущений от шевелений плода и эмоциональному отношению к ним (табл. 23).

Сроки идентификации шевелений плода (на основе ретроспективного опроса)

Сроки идентификации шевелений плода	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
до 16 недель	30	26	56	39	29	34
16-20 недель	29*	48	78	37	53	46
после 20 недели	3	6	9	4	7	5
не помнит	15	10	24	20	11	13
Всего	77	90	167	100	100	100

\*- $p \leq 0,05$

Из данных табл. 23 мы видим, что у половины спонтанно зачавших матерей сроки идентификации шевелений плода - 16-20 недель беременности - соответствовали адекватному стилю переживания беременности [Филиппова Г.Г., 2002], что достоверно ( $p \leq 0,05$ ) больше, чем в группе ЭКО. У матерей, прошедших процедуру ЭКО, почти вдвое чаще, чем в случае спонтанного зачатия, наблюдалось отсутствие внимания к шевелениям ребенка (ответы типа «не помню», «как у всех»), что может свидетельствовать об игнорирующем стиле переживания беременности. Тревожный стиль переживания беременности, характеризующийся ранней идентификацией шевелений (до 16 недель) встретился у 1/3 части матерей группы ЭКО и у 1/4 части матерей группы СБ.

Об эмоциональном отношении будущих матерей к ребенку во время беременности мы судили на основе их рассказов об ощущениях от шевелений плода. Данные представлены в табл. 24.

Таблица 24.

#### Характер ощущений матерей от шевелений плода

Характер ощущений матерей от шевелений ребенка	Частота			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
не беспокоили, не помню	25*	19	44	30	18	23
преимущественно доставляли дискомфорт (в т.ч. были болезненными)	18**	10	28	22	9	15
преимущественно были приятны	29*	54	83	35	51	44
вызывали восторг	3*	12	15	4	11	8
в равной мере сопровождалась приятными и неприятными ощущениями	7	11	18	8	10	9

Всего ответов	82	106	188	100	100	100
---------------	----	-----	-----	-----	-----	-----

*Примечание.* Испытуемые могли выбрать несколько вариантов ответов.

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$

Как можно видеть из табл. 24, достоверно больше ( $p \leq 0,05$ ) женщин, зачавших посредством ЭКО, по сравнению с зачавшими спонтанно, не обращали внимания на шевеления ребенка: ответы типа «не помню», «стандартно», «шевеления не беспокоили», «как у всех», «по норме» и т.п. указывают на более часто встречающееся отсутствие интереса к ребенку в период беременности, о недостаточном взаимодействии с ним в этот период. С другой стороны, ответы такого рода могут быть свидетельством игнорирования тревожных переживаний у женщин, которые испытали трудности при зачатии. Также матери группы ЭКО существенно чаще ( $p \leq 0,01$ ) описали шевеления как доставляющие дискомфорт или болезненные, например, «кошмар, бился по ночам, мешал спать», «была противной, вставала раком, попой вверх, маме было дико больно, слушалась только папу», что может означать конфликт с будущим материнством [Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994; Филиппова Г.Г., 2002]. В ответах спонтанно зачавших матерей существенно чаще встретились положительно окрашенные впечатления от шевелений ребенка, такие как «преимущественно приятны», «вызывали восторг», «был очень активный, общались с ним», «очень плавно, спокойно булькал», «сначала - как рыбка, потом я поняла, что кто-то там живет», «как пульсация, приятно».

Рассказ о первых впечатлениях матери от встречи с ребенком (табл. 25) может служить первичной диагностикой ее материнского отношения. Во время первого контакта с младенцем у матери происходит запечатление своего ребенка, положительные впечатления от первой встречи способствуют успешности функционирования диады «мать - ребенок» в дальнейшем.

Таблица 25.

Ответы матерей о впечатлениях от первого контакта с ребенком после родов (на основе ретроспективного опроса)

Впечатление от первого контакта с ребенком	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Не помнит	3	3	6	3,8	3,3	3,5
Отрицательное	13*	6	19	16,8	6,6	11,3
Положительное	48*	69	117	62,3	76,6	70,1
Амбивалентное	13	12	25	16,8	13,3	14,9
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,05$

Чаще других, как видно из табл. 25, в обеих группах встретились ответы о *положительных* впечатлениях матери от первого контакта с ребенком сразу после родов. Участницы называли как свое состояние – слезы, восторг, облегчение, счастье, волнение – так и чувства по отношению к новорожденному - удивление, интерес, умиление, нежность, трогательность, жалость: «жалость, когда показали, а когда отдали – радость», «свое, любимое», «такая миниатюрная, такое солнышко», «очень тёплый, хороший», «маленькое чудо с бархатной кожей». Такого рода ответов было существенно больше ( $p \leq 0,05$ ) в группе спонтанно зачавших матерей. *Отрицательно окрашенные* описания как своего состояния - ужас, испуг, тревога, неуверенность, непонимание, шок – так и чувств по отношению к ребенку – страшный, отекший, «нос огромный», «как престарелый армянин», «посмотрел на меня зло» и подобные – встретились в нашей выборке достаточно редко, но в группе ЭКО этих ответов было вдвое больше, чем в группе СБ.

### ***Грудное вскармливание в группах ЭКО и СБ***

Согласно данным опроса, большинство матерей обеих групп (84,5% в группе ЭКО и 81,2% в группе СБ) практиковали кормление грудью, при этом в сроках грудного вскармливания (далее – ГВ) в группах имеются существенные различия. Данные представлены в табл. 26, 27.

## Средние сроки грудного вскармливания в группах ЭКО и СБ

Группа	N	Mean	SE	SD	p, критерий Манна-Уитни
ЭКО	77	5,67	,724	6,272	,008*
СБ	90	8,34	,728	6,909	

Условные обозначения: N – число детей в группе, Mean – среднее, SE - ошибка среднего, SD – стандартное отклонение;

\*-  $p \leq 0,01$

Как видно из табл. 26, средний срок грудного вскармливания в группе ЭКО существенно меньше ( $p \leq 0,01$ ), чем в группе СБ.

Для того чтобы выяснить, влияет ли способ зачатия ребенка на длительность ГВ, мы провели дисперсионный анализ. Результаты представлены в табл. 27.

Таблица 27.

Результаты дисперсионного анализа длительности грудного вскармливания в группах ЭКО и СБ

Параметр	Уровень значимости в связи со способом зачатия
Сроки грудного вскармливания (в месяцах)	0,011*

\*-  $p \leq 0,05$

Дисперсионный анализ показал, что способ зачатия ребенка (при помощи ЭКО или спонтанно) значимо ( $p \leq 0,05$ ) влияет на длительность грудного вскармливания.

Педиатры и психологи зачастую придерживаются разных взглядов на оптимальную длительность грудного вскармливания. Так, ВОЗ и ЮНИСЕФ рекомендуют кормить ребенка исключительно грудным молоком до достижения им полных 6 месяцев и затем продолжать грудное вскармливание до 2 лет и дольше; педиатры США рекомендуют кормить грудью не менее года и продолжать столько, сколько пожелают мать и ребенок, в то время как Великобритания и Дания не дают конкретных указаний в отношении длительности грудного вскармливания после 6 месяцев жизни ребенка [Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста... , 2003].

Согласно работам М.В. Гмошинской [Гмошинская М.В., 2008], ребенка рекомендуется кормить грудью до достижения им возраста 18 месяцев. Этой рекомендации соответствуют данные, полученные Ю.В. Барановской (Гречаник) [Барановская (Гречаник) Ю.В., 2011], согласно которым продолжение кормления ребенка грудью во втором полугодии второго года жизни и позже, т.е. после 18 месяцев, может содействовать усилению симбиотической связи с матерью, что может негативно отражаться на социализации ребенка. На втором году жизни тесные эмоциональные отношения с матерью уступают место деловой активности и вербальному общению, поэтому для нормального развития ребенка важен переход на новую стадию взаимоотношений с матерью, на которой ребенок осваивает новые способы взаимодействия, включающие, в частности, новый стиль питания [там же]. Е.М. Фатеева и Н.П. Коваленко [Фатеева Е.М., Коваленко Н.П., 2000] высказывают точку зрения, согласно которой оптимальный срок завершения кормления грудью – возраст ребенка от 9 до 16 месяцев (что совпадает с первым возрастным кризисом развития ребенка). Прекращение кормления до исполнения ребенку 6 месяцев не является благоприятным вариантом как с точки зрения здоровья ребенка, так и с точки зрения формирования надежной привязанности. Исследование Ю.В. Барановской (Гречаник) показало, что дети, кормление грудью которых осуществлялось меньше 6 мес., отличаются от получавших грудь 7-13 месяцев более частыми страхами, тревожностью, конфликтностью, трудностями в общении, т.к. непродолжительный период грудного вскармливания чаще всего не позволяет матери установить в диаде «мать – ребенок» тесную эмоциональную связь, чтобы ребенок в полной мере мог почувствовать любовь и заботу [Барановская (Гречаник) Ю.В., 2011]. Таким образом, оптимальными сроками грудного вскармливания с точки зрения как физического здоровья, так психического развития детей является период 7-18 месяцев. В таблице 28 и на рисунке 16 приведены данные о сроках грудного вскармливания в группах.

Сроки грудного вскармливания в группах ЭКО и СБ

Сроки грудного вскармливания	Частота		Частота (%)	
	Группа		Группа	
	ЭКО	СБ	ЭКО	СБ
До 6 месяцев	38	22	58,4	30,1
7-18 месяцев	23*	46	35,3	63,0
Более 18 месяцев	4	5	6,1	6,8
Всего кормили грудью	65	73	100	100

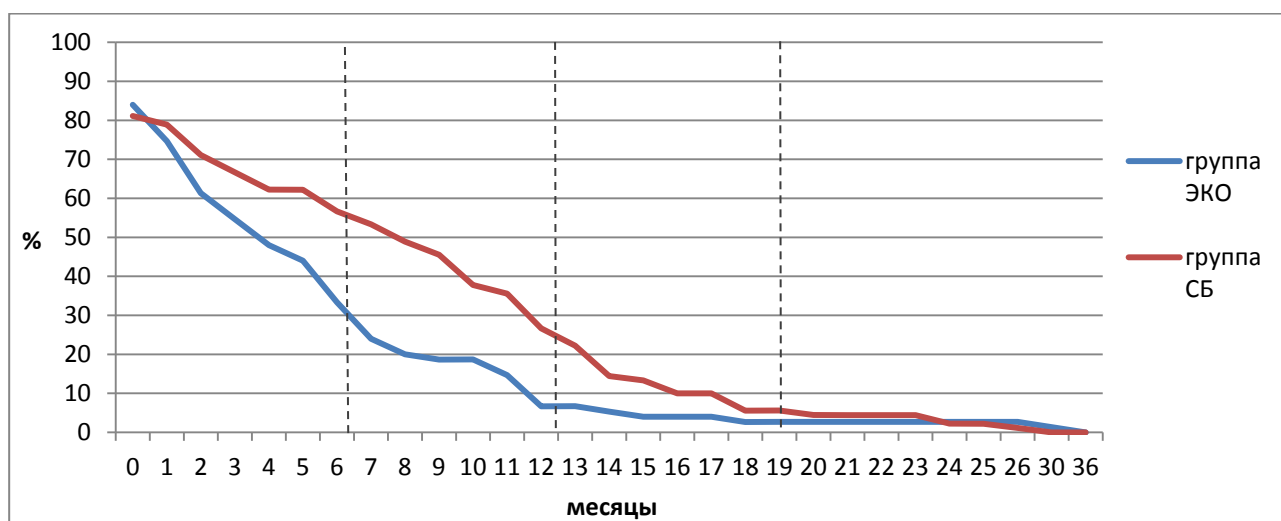
\*-  $p \leq 0,01$ 

Рис.16. Сроки грудного вскармливания в группах ЭКО и СБ

На рис. 16 видно, что большинство женщин - участниц исследования (более 80% в обеих группах) практиковали грудное вскармливание, но его сроки различались: существенно большее число матерей, зачавших посредством ЭКО, закончили кормить детей грудью ранее, чем ребенок достиг возраста 6 месяцев (58% против 30% в группе СБ); оптимальные для здоровья и развития ребенка сроки грудного вскармливания (согласно рекомендациям ВОЗ - от 7 до 18 месяцев) в группе ЭКО встретились значительно реже, чем в группе СБ (35% и 63% соответственно).

Препятствием к налаживанию грудного вскармливания может служить низкий гестационный возраст ребенка и необходимость проведения реанимационных мероприятий. Начало жизни младенца в РО, в изоляции от матери, недоношенность и связанные с этим особенности внешности и поведения ребенка, а также переживание матерью стресса в связи с состоянием ребенка



повышают риск нарушений отношений в диаде. При помощи корреляционного анализа выясним влияние факта нахождения ребенка в РО на становление грудного вскармливания. Данные представлены в табл. 29.

Таблица 29.

Корреляции наличия ГВ в группах и условий перинатального периода

	Группа ЭКО		Группа СБ	
	р	значимость	р	значимость
Гестационный возраст	0,112	,334	0,450**	,000
Пребывание ребенка в РО	0,091	,433	-0,392**	,000

\*\* -  $p \leq 0,01$

Расчет корреляций показал: в группе СБ существенным препятствием к налаживанию грудного вскармливания является низкий гестационный возраст при рождении и помещение ребенка в РО; в группе ЭКО корреляций такого рода мы не выявили.

### *Семейные отношения в связи с рождением ребенка*

С целью выяснить, как воспринимают матери изменения в семейной системе в связи с появлением детей, мы предложили участницам ответить на вопросы: «Как повлияло рождение ребенка на Вашу жизнь, на Ваши отношения с мужем/отцом ребенка, на Ваши отношения с Вашими родителями?» Распределение ответов представлено в табл. 30, 31, 32.

Таблица 30.

Ответы матерей на вопрос «Как повлияло рождение ребенка на Вашу жизнь?»

Варианты ответов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Сократило возможности реализации моих интересов	4	9	13	5	10	7,7
Раскрыло во мне новые качества	10	18	28	13	20	16,8
Раскрыло новые грани жизни	13	18	31	17	20	18,5
Изменило мое восприятие жизни	50*	36	86	65	40	51,4
Почти никак не повлияло	0	9	9	0	10	5,3
Всего	77	90	167	100	100	100

\* -  $p \leq 0,01$

Из табл. 30 видим, что в группе ЭКО существенно чаще, чем в группе СБ, встретились ответы матерей, что рождение ребенка изменило их восприятие жизни. Вариант «почти никак не повлияло» отметили 10% матерей группы СБ, а среди матерей, зачавших при помощи ЭКО, такой ответ не встретился ни разу. Это подтверждает, что для женщин группы ЭКО рождение ребенка является существенно более значимым событием, которое кардинально влияет на их жизнь, чем для женщин группы СБ. Также мы рассмотрели распределение ответов матерей обеих групп на этот вопрос с учетом состояния здоровья детей при рождении: родился ребенок в срок или был недоношен, требовалась ли ему реанимационная помощь или состояние было нормальным. Значимых различий в распределении ответов между группами ЭКО и СБ не выявлено.

Таблица 31.

Ответы матерей на вопрос «Как повлияло рождение ребенка на Ваши отношения с мужем/отцом ребенка?»

Варианты ответов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
скорее ухудшило	3	3	6	3,8	3,3	3,5
скорее улучшило	23	27	50	29,8	30	29,9
раскрыло новые грани отношений	16	26	42	20,7	28,8	25,1
в чем-то ухудшило, в чем-то улучшило	28	24	52	36,3	26,6	31,1
никак не повлияло	6	7	13	7,8	7,7	7,8
пропущенные	1	3	4	1,2	3,3	2,4
Всего	77	90	167	100	100	100

Таблица 32.

Ответы матерей на вопрос «Как повлияло рождение ребенка на Ваши отношения с Вашими родителями?»

Варианты ответов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
скорее ухудшило	2	3	5	2,5	3,3	2,9
скорее улучшило	25	26	51	32,4	28,8	30,5

раскрыло новые грани отношений	12	16	28	15,5	17,7	16,8
в чем-то ухудшило, в чем-то улучшило	11	12	23	14,2	13,3	13,8
никак не повлияло	27	33	60	35,2	36,6	35,9
Всего	77	90	167	100	100	100

На вопросы об изменении отношений с мужем/отцом ребенка и со своими родителями матери обеих групп дали похожие ответы (табл. 31, 32). Треть респонденток обеих групп отметили, что рождение ребенка скорее улучшило отношения в супружеской паре; также около трети участниц считают, что после рождения ребенка отношения с партнером в чем-то ухудшились, в чем-то улучшились. Около 30% участниц в обеих группах не отметили изменений в отношениях со своими родителями, такой же процент набрали ответы, что отношения с родителями скорее улучшились.

Для изучения отношения к своим детям участницам исследования был предложен ряд открытых вопросов: «Что Вас радует/огорчает/беспокоит в ребенке?» Ответы, данные в свободной форме, были затем ранжированы. Анализируя результаты, мы обнаружили как высказывания, характерные для матерей обеих групп, так и существенные различия в ответах. Данные представлены в табл. 33, 34.

Таблица 33.

Общее в ответах матерей групп ЭКО и СБ на вопросы «Что Вас радует/огорчает/беспокоит в ребенке?»

Варианты ответов	Частота (%)	
	Группа ЭКО	Группа СБ
беспокоят вопросы здоровья и развития ребенка	45,3	50,9
радует сам ребенок, его существование	44,0	40,3
радуется индивидуально-личностные особенности ребенка	28,0	29,5
радует поведение, послушание, воспитанность ребенка	19,6	20,4
ничего не огорчает, в основном радует	27,8	29,8
ничего не беспокоит	22,7	22,1

Таблица 34.

Значимые различия в ответах матерей групп ЭКО и СБ на вопросы «Что Вас радует/огорчает/беспокоит в ребенке?»

Варианты ответов	Частота (%)	
	Группа ЭКО	Группа СБ
огорчает поведение ребенка	38,1	23,1
беспокоит поведение ребенка	25,8	16,3

Выяснилось, что в обеих группах есть значительная часть матерей, которых радует сам ребенок, его существование (ответы типа «да все радует», «что он есть у нас» и подобные дали около 40% матерей из обеих групп), радует поведение, воспитанность детей, их индивидуально-личностные проявления, эмоциональные аспекты взаимоотношений: «жизнерадостный, не жадный, доброжелательный», «ласковый, хороший малыш», «искренняя, шустрая, подвижная, контактная», «умный, наблюдательный, внимательный, нежный» и т.п. Общим явилось и то, что главным вопросом своего беспокойства в отношении детей матери обеих групп назвали проблемы их здоровья и развития (таких ответов около половины). Что же касается различий в ответах, то матери, зачавшие с помощью ЭКО, главным образом центрировались на поведении детей: эти варианты встретились в 38% ответов в группе ЭКО, что существенно чаще, чем в группе СБ, где таких вариантов 23%. Типичными высказываниями здесь были: «капризничает», «не слушается», «дерется», «упрямится», «своевольная стала», «не хочу - не буду на все», «злится, если делаем не по ее желанию», «невозможно направить его энергию в нужное русло» и т.п. Ответы такого рода свидетельствуют о завышенных, не соответствующих возрастным особенностям требованиям матерей, зачавших посредством ЭКО, к детям. Как показано в работе Е.И. Захаровой и В.А. Якуповой, формирование завышенных ожиданий может быть следствием идеальных представлений о материнстве во время беременности [Захарова Е.И., Якупова В.А., 2015].

### *Восприятие матерями качеств детей (актуальные и желаемые оценки)*

Сопоставим изученные выше ответы матерей с результатами, полученными по методике «Родительские оценки детей» (РОД) [Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014]. Эта методика, разработанная М.Е. Ланцбург, является модификацией известной методики диагностики самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубинштейн [Рубинштейн С.Я., 2004]. Участницам было предложено дать оценку ряду качеств своих детей (актуальная оценка) и указать свой уровень ожиданий (желаемая оценка) по нескольким шкалам. В итоге была получена информация о том, как женщина воспринимает в настоящий момент своего ребенка, а также - какие у нее есть ожидания и притязания по отношению к нему. Подобный прием был использован в диссертационном исследовании Б. Элькашаллы [Элькашалла Б., 2006] для изучения оценок матерями качеств своих детей - младших школьников. В нашем исследовании, учитывая как психологические характеристики детей раннего возраста, так и особенности их восприятия взрослыми, были выбраны для оценивания следующие пять качеств: здоровье, сообразительность, характер, самостоятельность, внешность.

В целом в обеих группах все оценки получились выше, чем значения, характерные для адекватной самооценки у подростков и взрослых [Прихожан А.М., 2007; Яньшин П.В., 2007]. В нашем исследовании участницы давали оценки не себе, а своим детям, которые на момент опроса находились в раннем возрасте, когда у ребенка сохранены компоненты гештальта младенчества [Филиппова Г.Г., 2003]. Этим можно объяснить завышение оценок в сравнении с классической моделью. В табл. 35, 36 представлены данные о средних значениях и медианах для уровней материнских оценок и ожиданий в группах.

Таблица 35.

Средние значения и медианы материнских желаемых и актуальных оценок в группе ЭКО

Качество	Тип оценки	Min	Max	Группа ЭКО		
				Median	Mean	SE

здоровье	желаемая	72	100	100	97,74	,544
	актуальная	20	100	77	76,90	2,296
сообразительность	желаемая	50	100	100	96,34	,840
	актуальная	15	100	85	82,44	1,973
характер	желаемая	43	100	100	93,17	1,375
	актуальная	25	100	83	79,55	2,075
самостоятельность	желаемая	50	100	100	93,82	1,292
	актуальная	13	100	80	76,51	2,543
внешность	желаемая	63	100	100	95,45	,995
	актуальная	50	100	97	91,08	1,558

*Условные обозначения.* Min – минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Max - минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Median – медиана, Mean – среднее арифметическое, SE – ошибка среднего

Таблица 36.

Средние значения и медианы материнских желаемых и актуальных оценок в группе СБ

Качество	Тип оценки	Min	Max	Группа СБ		
				Median	Mean	SE
здоровье	желаемая	72	100	100	96,71	,693
	актуальная	20	100	78	78,07	1,744
сообразительность	желаемая	50	100	100	93,27	,904
	актуальная	15	100	83	84,08	1,309
характер	желаемая	43	100	92	86,65	1,681
	актуальная	25	100	75	72,93	2,125
самостоятельность	желаемая	50	100	95,5	89,40	1,574
	актуальная	13	100	75	69,31	2,528
внешность	желаемая	63	100	100	96,51	,712
	актуальная	50	100	98	93,87	,973

*Условные обозначения.* Min – минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Max - минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Median – медиана, Mean – среднее арифметическое, SE – ошибка среднего

В обеих группах по всем показателям медианы оказались выше средних значений, следовательно, более половины матерей в обеих группах дают оценки своим детям выше, чем среднегрупповое значение, и также более половины матерей обозначают свой уровень ожиданий от детей выше средних значений в группе.

Таблица 37.

Средние значения материнских оценок в группах ЭКО и СБ и значимость различий

Качество	Тип оценки	Min	Max	Группа ЭКО		Группа СБ		p
				Mean	SE	Mean	SE	
здоровье	желаемая	72	100	97,74	0,54	96,71	0,69	,564
	актуальная	20	100	76,90	2,29	78,07	1,74	,397
сообразительность	желаемая	50	100	96,34**	0,84	93,27	0,90	,000
	актуальная	15	100	82,44	1,97	84,08	1,31	,629
характер	желаемая	43	100	93,17**	1,37	86,65	1,68	,001
	актуальная	25	100	79,55*	2,08	72,93	2,13	,029
самостоятельность	желаемая	50	100	93,82**	1,29	89,40	1,57	,010
	актуальная	13	100	76,51*	2,54	69,31	2,53	,037
внешность	желаемая	63	100	95,45	0,99	96,51	0,71	,939
	актуальная	50	100	91,08	1,56	93,87	0,97	,279

*Условные обозначения.* Min – минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Max - минимальная оценка по соответствующему качеству ребенка, Median – медиана, Mean – среднее арифметическое, SE – ошибка среднего, p – уровень значимости по критерию Манна-Уитни.

*Примечание.* Исследуемые признаки не подчиняются закону нормального распределения, поэтому достоверность различий проверялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни;

\*-  $p < 0,05$ , \*\*-  $p < 0,01$

В следующей табл. 38 сведены данные о средних идеальных и актуальных оценках детей, по которым были выявлены существенные различия между группами.

Таблица 38.

Средние значения материнских оценок детей, по которым выявлены значимые различия в группах ЭКО и СБ

	Качество	Группа ЭКО			Группа СБ			p
		N	Mean	SE	N	Mean	SE	
Средние желаемые оценки	сообразительность	77	96,34**	,840	90	93,27	,90	,000
	характер	77	93,17**	1,37	90	86,65	1,31	,001
	самостоятельность	77	93,82**	1,29	90	89,40	1,57	,010
Средние актуальные оценки	характер	77	79,55*	2,08	90	72,93	2,13	,029
	самостоятельность	77	76,51*	2,54	90	69,31	2,53	,037

Условные обозначения. N – число детей в группе, Mean – среднее арифметическое, SE – ошибка среднего, p – уровень значимости по критерию Манна-Уитни;

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\*-  $p \leq 0,01$

Как видно из табл. 38, матери, зачавшие при помощи ЭКО, предъявили существенно более высокие ожидания от своих детей в отношении их сообразительности, характера и самостоятельности, чем матери, зачавшие спонтанно, что подтверждается существенно более высокими ожидаемыми оценками этих качеств. Полученные результаты соотносятся с представленными ранее ответами участниц (табл. 34): матери из группы ЭКО чаще, чем в группе СБ, хотели бы видеть своих детей послушными, огорчались их капризами, нарушением правил, то есть поведением, не соответствующим их завышенным ожиданиям и требованиям. Что же касается актуальных оценок качеств детей, то здесь существенные отличия мы видим в оценивании их самостоятельности и характера.

Таким образом, матери, зачавшие при помощи ЭКО, и видят своих детей более самостоятельными, и хотят от них большей самостоятельности, сообразительности и лучших черт характера, чем матери группы СБ. Графически эти результаты отображены на рисунках 17, 18.

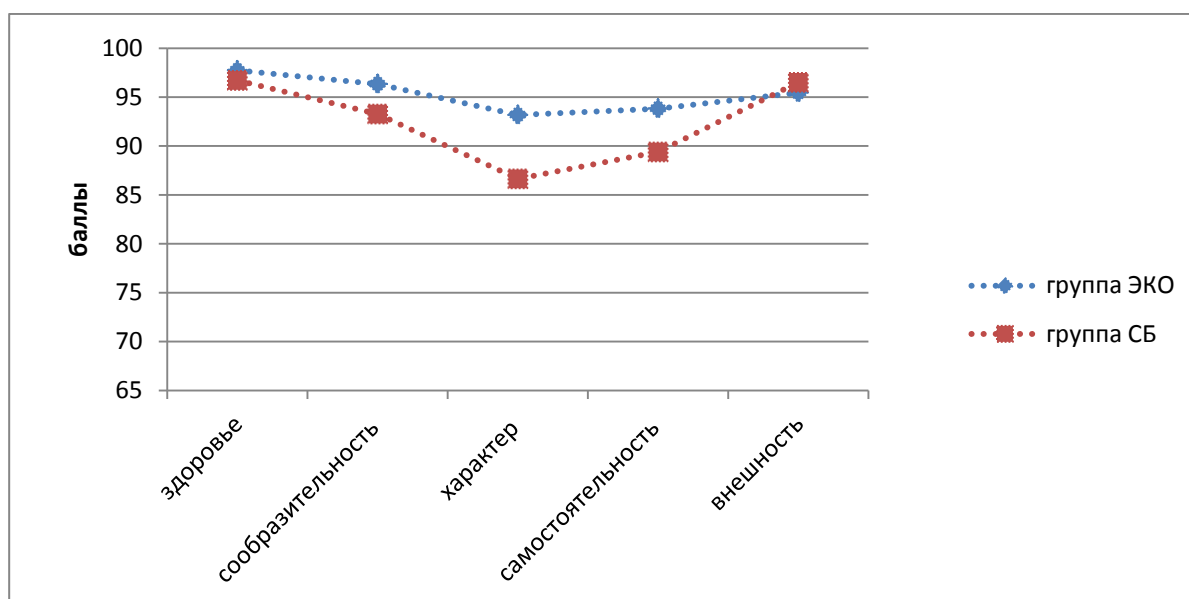


Рис.17. Средние желаемые оценки в группах



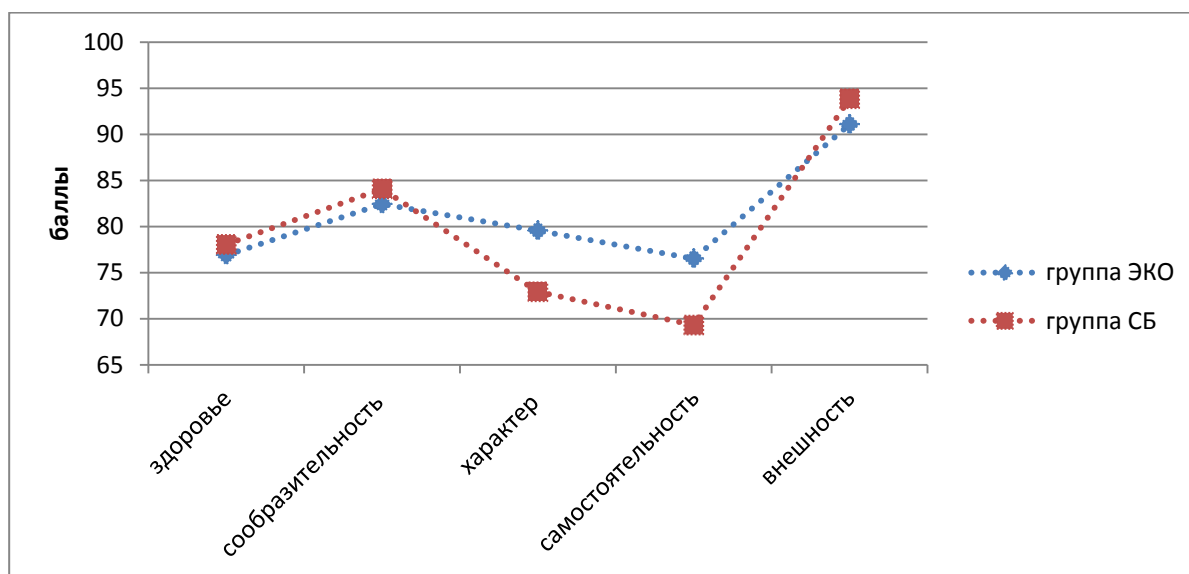


Рис. 18. Средние актуальные оценки в группах

Итак, мы можем наблюдать завышенные ожидания и притязания матерей группы ЭКО по сравнению с группой СБ в отношении сообразительности, характера и самостоятельности детей. М.Е. Ланцбург считает, что в случае наличия у матери завышенных ожиданий и предъявления нереалистических требований нарушается процесс индивидуации, могут возникать затруднения во взаимодействии матери с ребенком [Ланцбург М.Е., 2011]. По мнению Г.Г. Филипповой, такая особенность в оценках ребенка является проявлением внутреннего конфликта в материнской сфере женщин с нарушением репродуктивной функции [Филиппова Г.Г., 2003].

Корреляционный анализ показал, что в обеих группах существует статистически значимая положительная взаимосвязь между материнскими оценками и уровнем материнских ожиданий. Данные сведены в табл. 39.

Таблица 39.

Корреляции (r) и уровни значимости (p) взаимосвязи средних значений материнских оценок и ожиданий в группах ЭКО и СБ

Группа ЭКО		Группа СБ	
r Спирмена	p	r Спирмена	p
0,742*	0,000	0,565*	0,000

\*-  $p \leq 0,01$

*Примечание.* Мы применяем здесь коэффициент корреляции Спирмена, т.к. результаты не имеют нормального распределения.

Параметр  $\Delta$ , равный разности между уровнем ожиданий и уровнем оценки матерью качества ребенка, качественно означает степень соответствия ребенка идеальным образам и представлениям матери по тому или иному его качеству. Небольшие значения  $\Delta$  характеризуют благоприятную ситуацию принятия матерью своего ребенка и являются необходимым условием его благополучного развития и гармоничности в диаде «мать - ребенок»: в этом случае мама не предъявляет к ребенку завышенных требований, ее уровень притязаний адекватен, она реалистично оценивает возможности и способности ребенка и удовлетворена собой как матерью. Варианты, когда  $\Delta$  имеет большие значения, могут свидетельствовать, об имеющемся у матери значительном расхождении между желаемым образом и реальностью и, как следствие, об отсутствии безусловного принятия ребенка и о неудовлетворенности собой как матерью [Спиваковская А.С., 1981]. Значения  $\Delta$  даны в табл. 40.

Таблица 40.

Средние значения материнских ожиданий и оценок и разность ( $\Delta$ ) между материнскими ожиданиями и оценками в группах

Качество	Средние оценки	Группа ЭКО	Группа СБ
здоровье	желаемая	97,74	96,71
	актуальная	76,90	78,07
	$\Delta$	22,71	18,08
сообразительность	желаемая	96,34	93,27
	актуальная	82,44	84,08
	$\Delta$	14,80*	8,91
характер	желаемая	93,17	86,65
	актуальная	79,55	72,93
	$\Delta$	13,80	13,48
самостоятельность	желаемая	93,82	89,40
	актуальная	76,51	69,31
	$\Delta$	16,87	19,66
внешность	желаемая	95,45	96,51
	актуальная	91,08	93,87
	$\Delta$	4,43	2,69

\*-  $p \leq 0,05$

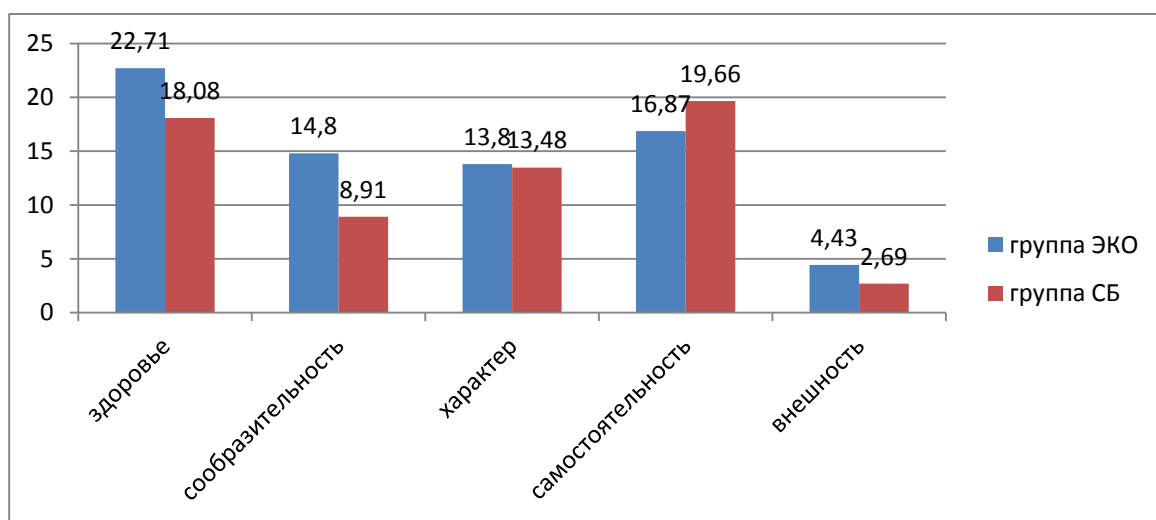


Рис. 19. Разность ( $\Delta$ ) между материнскими ожиданиями и оценками в группах

Как видно из табл. 40 и рис. 19, наименьшие  $\Delta$  в обеих группах наблюдаются по качеству «внешность», причем по этому качеству получены самые высокие среднегрупповые оценки (как актуальные, так и желаемые); это показывает, что наибольшую удовлетворенность у матерей вызывает внешность детей. Более высоким оказалось значение  $\Delta$  по качествам «сообразительность» и «характер». Отметим, что значение  $\Delta$  по качеству «сообразительность» в группе ЭКО существенно превышает соответствующий показатель в группе СБ. Максимальные значения  $\Delta$  в обеих группах получились по качествам «здоровье» и «самостоятельность».

Чем больше значение  $\Delta$ , тем большее значение придает мать развитию данного качества у ребенка. Следовательно, матери обеих групп придают наибольшее значение состоянию здоровья и развитию самостоятельности детей.

Анализируя полученные результаты, можем заключить, что в отношении матерей к детям в связи со способом зачатия имеются как общие черты, так и различия. *Общим* является то, что значительную часть матерей радует их ребенок, его индивидуально-личностные особенности, поведение и послушание; чаще всего матерей обеих групп беспокоят вопросы здоровья и развития детей, наибольшее значение они придают их здоровью и становлению самостоятельности. Существенные *различия* отношения к детям у матерей в связи

со способом зачатия состоят в том, что у женщин, прошедших процедуру ЭКО, чаще отмечены затруднения в идентификации срока начала шевелений плода и дискомфортный характер переживаний от шевелений в отличие от спонтанно зачавших матерей, где чаще встретились положительно окрашенные впечатления от шевелений. Матери, зачавшие при помощи ЭКО, чаще декларируют повышенную ценность ребенка, имеют завышенные ожидания, при этом стремятся излишне регулировать и контролировать поведение ребенка.

#### **2.3.4. Взаимодействие матерей и детей, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно**

С позиций культурно-исторического подхода социальная ситуация развития в раннем возрасте - совместная деятельность ребенка со взрослым, осуществляемая в виде сотрудничества, основная форма общения - ситуативно-деловое, опосредованное предметными действиями. Поэтому мы изучали взаимодействие матери с ребенком путем анализа видеозаписи эпизода их совместной игры, для чего был сформирован оригинальный перечень параметров взаимодействия и разработаны критерии их оценивания. За основу был взят подход к изучению психического развития ребенка от рождения до трех лет Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой и С.Ю. Мещеряковой [Смирнова Е.О. и др., 2002], где в различных игровых ситуациях методом структурированного наблюдения изучается предметная деятельность и ситуативно-деловое общение ребенка со взрослым.

Мы рассматривали характеристики взаимодействия со стороны ребенка и со стороны матери. Со стороны ребенка: использование вербальных и невербальных<sup>3</sup> средств общения, концентрация внимания на матери, проявление собственной инициативы, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие, понимание речи матери. Со стороны матери - использование вербальных и невербальных средств общения, способность организовать пространство, сопровождение речью действий своих и ребенка, проявление собственной инициативы, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие, чувствительность и отзывчивость по отношению к ребенку. Каждый видеосюжет был независимо просмотрен двумя экспертами; совпадение результатов составило не менее 85%. Достоверность различий проверялась критерием Манна-Уитни. Оценки ставились по четырехбалльной шкале в соответствии с разработанными критериями. Протокол регистрации параметров взаимодействия и критерии их оценивания даны в Приложениях 4, 5.

---

<sup>3</sup> Изучаемые невербальные средства общения включали мимику, интонацию, жесты, взгляды и физический контакт.

Согласно мнению Г.Г. Филипповой, «...личностно-ориентированное взаимодействие матери с ребенком раннего возраста осуществляется в диадических отношениях и определяется уровнем развития материнской компетентности, т.е. способностью понимать состояние ребенка, умением своевременно и качественно удовлетворять его возрастные потребности...» [Филиппова Г.Г., 2002]. Поэтому в процессе диагностики мы уделяли большое внимание изучению таких материнских качеств, как чувствительность и отзывчивость по отношению к ребенку и субъектно-ориентированное отношение к нему.

Данные сравнения средних значений характеристик материнско-детского взаимодействия и уровней значимости различий в группах ЭКО и СБ представлены в табл. 41-47. Исследуемые признаки не имеют нормального распределения, поэтому достоверность различий проверялась непараметрическим критерием Манна-Уитни. Условные обозначения в таблицах: Mean – среднее, SE – ошибка среднего, p – уровень значимости различий.

### *Характеристики взаимодействия со стороны детей групп ЭКО и СБ*

Таблица 41.

Характеристики действий детей групп ЭКО и СБ

	Группа ЭКО		Группа СБ		p
	Mean	SE	Mean	SE	
концентрация внимания на матери	1,30	,844	1,43	,949	0,361
проявление собственной инициативы	1,71	,856	1,78	,884	0,538
эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	1,68	,966	1,54	,926	0,359
понимание речи матери	1,61	,920	1,48	,585	0,319

Как видим из табл. 41, характеристики действий детей в группах ЭКО и СБ не имели существенных различий.

Таблица 42.

## Вербальные средства общения, используемые детьми групп ЭКО и СБ

Вербальные средства общения	Группа ЭКО		Группа СБ		p
	Mean	SE	Mean	SE	
вербальное обращение к матери	0,84	0,875	0,83	0,824	0,966
вербальное побуждение матери к действиям	0,55	0,820	0,87	0,939	0,016*

\*-  $p \leq 0,05$ 

Из табл. 42 видим, что дети, зачатые посредством ЭКО, существенно реже ( $p \leq 0,05$ ) вербально побуждали матерей к совместной игре.

Учитывая важность невербальных коммуникаций как главного средства общения в первые годы жизни [Лисина М.И., 1986, 1997; Смирнова Е.О. и соавт., 2002; Исенина Е.И., 1986; Юдина Е.Г., 1999], мы включили в методику изучение невербального взаимодействия в диадах, поставив задачу изучить невербальные средства общения со стороны детей и со стороны матерей. При анализе видеозаписей мы оценивали пять компонентов невербального общения: мимику, интонацию, жесты, взгляды и физический контакт. Данные представлены в табл. 43.

Таблица 43.

## Невербальные средства общения, используемые детьми групп ЭКО и СБ

		Группа ЭКО		Группа СБ		p
		Mean	SE	Mean	SE	
Невербальные средства для обозначения положительных эмоций	мимика	1,36	0,931	1,61	0,782	0,039*
	интонация	0,84	0,961	0,88	0,897	0,644
	жесты	0,90	0,867	1,22	0,804	0,007**
	взгляды	1,30	0,919	1,37	0,785	0,525
	физический контакт	0,92	0,914	1,11	0,929	0,170
Невербальные средства для обозначения отрицательных эмоций	мимика	0,13	0,440	0,03	0,181	0,111
	интонация	0,13	0,496	0,03	0,181	0,192
	жесты	0,09	0,403	0,01	0,105	0,120
	взгляды	0,06	0,296	0,01	0,105	0,123
	физический контакт	0,05	0,276	0,01	0,105	0,240

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$

Данные табл. 43 показывают, что для детей обеих групп было более характерно проявление положительных невербальных средств общения, чем отрицательных. Существенные различия между группами состояли в достоверно более редком использовании детьми группы ЭКО жестов (когда ребенок указывал на предмет, показывал желаемое действие, протягивал и вкладывал в руку матери игрушки и т.п.), а также менее активной и выразительной мимике (при проявлении заинтересованности, радости от похвалы, смущения и т.п.).

С позиций культурно-исторического подхода к развитию жест, в отличие от других невербальных коммуникативных средств, является культурно заданным, сформированным знаковым средством. По мнению А.А. Леонтьева, язык жестов предшествует речи [Леонтьев А.А., 2008]. Мы полагаем, что более редкое использование жестов вкупе с меньшей включенностью предметных действий в общение (стремление ребенка действовать по образцу/воспроизводить образец действия и его ориентация на оценку взрослого) у детей группы ЭКО указывает на более низкий уровень общения у детей этой группы. Эти результаты могут свидетельствовать об определенной дефицитности в социальной ситуации развития ребенка, зачатого посредством ЭКО. Можно предположить, что выявленное нами более редкое обращение детей группы ЭКО к матерям как вербально, так и посредством жеста неблагоприятно отражается на каком-либо из аспектов развития ребенка, но такая гипотеза требует подтверждения в отдельном исследовании.

### *Характеристики взаимодействия со стороны матерей групп ЭКО и СБ*

Таблица 44.

Характеристики матерей групп ЭКО и СБ

Характеристики	Группа ЭКО		Группа СБ		p
	Mean	SE	Mean	SE	
Способность организовать пространство	2,18	0,839	2,02	0,971	0,365
Речевое сопровождение действий своих и ребенка	2,01	0,910	2,27	0,859	0,050*



Проявление собственной инициативы	2,13	0,848	2,13	0,864	0,973
Отзывчивость по отношению к ребенку	1,74	0,938	2,11	0,771	0,009**
Чувствительность по отношению к ребенку	1,75	0,830	2,02	0,779	0,030*
Эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	1,90	0,968	2,01	0,841	0,521

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\*-  $p \leq 0,01$

Как видно из табл. 44, в среднем матери обеих групп в равной мере были эмоционально включены во взаимодействие и проявляли инициативу во время игры. Различия состояли в том, что матери, зачавшие при помощи ЭКО, в сравнении со спонтанно зачавшими матерями достоверно реже ( $p \leq 0,05$ ) сопровождали речью действия свои и ребенка, т.е. проговаривали действия, инструкции, комментировали происходящее. Также у матерей группы ЭКО выявлен сравнительно более низкий уровень чувствительности ( $p \leq 0,05$ ) и отзывчивости ( $p \leq 0,01$ ) по отношению к детям, что подтверждает гипотезу № 2.

Корреляционный анализ выявил, что частота использования детьми невербальных средств в общении с матерью имеет значимую положительную взаимосвязь с показателями чувствительности ( $p \leq 0,01$ ) и отзывчивости ( $p \leq 0,05$ ) матери.

Таблица 45.

Вербальные средства общения, используемые матерями групп ЭКО и СБ

Вербальные средства общения	Группа ЭКО		Группа СБ		p
	Mean	SE	Mean	SE	
Обращение к ребенку по имени	1,05	1,180	1,36	,987	0,022*
Вербальное побуждение ребенка к действию	1,96	,966	2,26	,815	0,050*

\*-  $p \leq 0,05$

У матерей, зачавших при помощи ЭКО, по сравнению со спонтанно зачавшими матерями, выявлено существенно более редкое обращение к ребенку по имени ( $p \leq 0,05$ ). Мы полагаем, что это может говорить о более низком уровне субъектно-ориентированного отношения к ребенку. Вербальные побуждения ребенка к игре также менее характерны для этой группы матерей ( $p \leq 0,05$ ). В свою

очередь их дети, как было показано выше (табл. 42), также существенно реже ( $p \leq 0,05$ ) вербально побуждали матерей к совместным действиям в игре.

Таблица 46.

Невербальные средства общения, используемые матерями групп ЭКО и СБ

		Группа ЭКО		Группа СБ		p
		Mean	SE	Mean	SE	
Невербальные средства общения для обозначения положительных эмоций	мимика	1,61	,989	1,99	,855	0,020*
	интонация	1,73	,982	2,04	,898	0,047*
	жесты	1,42	,991	1,73	,872	0,032*
	взгляды	1,94	,894	2,04	,847	0,472
	физический контакт	1,23	,972	1,47	,950	0,101
	Общий балл	7,92	3,909	9,28	3,493	0,013*
Невербальные средства общения для обозначения отрицательных эмоций	мимика	,17	,446	,02	,148	0,003**
	интонация	,11	,352	,01	,105	0,014*
	жесты	,01	,115	,01	,105	0,897
	взгляды	,12	,434	,02	,148	0,082
	физический контакт	,04	,197	,01	,105	0,231
	Общий балл	,44	1,198	,08	,479	0,003**

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\*-  $p \leq 0,01$

Сравнительное изучение невербального общения матерей групп ЭКО и СБ с детьми показало, что матери обеих групп использовали достаточно широкий спектр положительно окрашенных невербальных коммуникативных средств: мимику, интонацию, взгляды, жесты, телесный контакт с ребенком. При этом проявление таких положительно окрашенных невербальных средств, как мимика, интонация и жесты, у матерей группы ЭКО присутствовали достоверно реже ( $p \leq 0,05$ ), в то время как взгляды на ребенка и телесный контакт с ним (прикосновение, поцелуи, поглаживания, усаживание к себе на колени) встретились в обеих группах в равной мере. Невербальные средства для выражения отрицательных эмоций матери обеих групп проявили достаточно редко, но среди матерей, зачавших при помощи ЭКО, отрицательно окрашенные экспрессивно-мимические средства (мимика, интонации и взгляды) встретились существенно чаще ( $p \leq 0,05$ ), чем среди матерей, зачавших спонтанно.

Приведем в качестве примеров протоколы и краткий анализ взаимодействия детей и матерей группы ЭКО.

### Случай 1.

#### *Краткий анамнез:*

Дима, 13 месяцев. Маме 35 лет, 5 лет лечения бесплодия, 1 попытка ЭКО, одноплодная беременность, физиологические роды в 38 недель. Отношение к шевелениям ребенка в утробе – «в равной мере сопровождалось приятными и неприятными ощущениями». Впечатления от первого контакта с ребенком – «эмоциональное опустошение». Что радует в ребенке? – «Все. Когда он веселится, улыбается, его успехи». Что огорчает в ребенке? – «Капризы, нетерпимость». Что беспокоит в ребенке? – «Ничего».

#### *Описание взаимодействия:*

Мама сажает сына за столик. Перед ними на столике - игрушки. Дима сразу тянется к машинке. Мама открывает книжку, показывает сыну картинки: «Вот бегемот ... жираф...». Дима на мгновение смотрит на картинку, затем опять тянется к машинке. Мама убирает книжку, берет в руку петрушку, выдвигает-убирает фигурку. Дима заинтересовался петрушкой, тянется к нему, но мама уже сама потеряла интерес к петрушке и предлагает сыну набор формочек. Дима взял формочки и достаточно долго (около 2 минут) занимается с ними самостоятельно. Мама молча смотрит, не принимая участия, не комментирует. Потом берет петрушку, сама ее изучает...

Психолог: «Кто был инициатором в игре?» Мама: «Вообще я ... не он. Он схватился на машинку, я предложила книгу...»

Психолог: «А как Дима себя чувствовал во время игры? Мама (затрудняется с ответом): «Ну ... как-то ... я не обращала на это внимание... хорошо, наверно, как всегда».

#### *Краткий анализ взаимодействия:*

*Дима:* эмоциональный тонус вялый, позиция в общении преимущественно пассивная, первым контакты не иницирует, но откликается на предложения мамы. Собственную инициативу и настойчивость в общении почти не проявляет.

Экспрессивно-мимические средства использует редко. Мимика невыразительная, почти не улыбается и не смотрит на маму. Предметные действия в общение преимущественно не включены. Уровень общения может быть признан низким.

*Мама:* мимика невыразительная, эмоционально не включена во взаимодействие, удовольствия от игры с ребенком не испытывает. Факт совместного занятия с ребенком ее, скорее, смущает: действует неуверенно, интерес к взаимодействию слабый, часто отвлекается. Говорит мало, по имени сына не назвала ни разу, на Диму смотрит редко. На редкие инициативы сына не отвечает, часто переключает его внимание, предлагая предметы и действия с ними без учета интереса ребенка. Не поощряет его действия. Вопросы психолога о состоянии ребенка во время игры вызывают затруднение. Чувствительность и отзывчивость по отношению к сыну - на низком уровне.

Этот случай демонстрирует часто встретившийся нам паттерн поведения матерей группы ЭКО: отсутствие интереса к игре, недостаточная вовлеченность матери во взаимодействие, воздействие на ребенка без учета его потребностей, неуверенность в своих действиях, напряженность. Неадекватная организация игрового процесса проявлялась либо в частых переключениях, когда мать предлагала ребенку поочередно разные предметы, либо в пассивной позиции матери, что также снижало эффективность взаимодействия.

## Случай 2.

*Краткий анамнез:*

Аксинья, 23 месяца. Маме 35 лет. 5 лет лечения бесплодия, 1 попытка ЭКО, роды кесаревым сечением в 34 недели. Во время беременности «лучше себя никогда не чувствовала, работала, очень хорошее эмоциональное и физическое состояние». Отношение к шевелениям в утробе – «была активная, пиналась, спать не давала». Говорит, что «рождение детей открыло в ней новые качества и изменило ее восприятие жизни». Что радует в ребенке? – «То, что похожа на меня, что я ее понимаю». Что огорчает в ребенке? – «Упрямство, скандалы». Что беспокоит в ребенке? – «Динамичная, подвижная, за ней не уследишь».

### *Описание взаимодействия:*

Мама садится на стульчик, Аксинья ходит вокруг. Мама, обращаясь к психологу: «Мы обычно мультики смотрим, она все комментирует, знает все названия, всех животных, даже динозавров всяких...»

Психолог: «Попробуйте, поиграйте с дочкой».

Аксинья сама садится на стульчик рядом с мамой. Мама: «Как машинка делает?»

Аксинья берет машинку, катает ее, смотрит на маму. Мама: «Какой звук у машинки?» Аксинья (имитирует звук мотора): «Мммм...» Мама: «Нет, не тек. Как ты делаешь? Скажи ...» Психологу: «Она не будет на публику. Вообще ничего не будет. Это я знаю. Таисия (*это сестра-близнец*) скорее будет показывать себя во всей красе, а эта – нет, замкнется и все. А она ведь все умеет».

Аксинья в это время пытается вложить маме в руку машинку. Мама машинально берет игрушку и кладет ее на стол, не прерывая разговора с психологом. Аксинья берет формочки, начинает их складывать.

Психолог (шепотом): «Вы с ней играйте».

Мама показывает дочери желтую формочку: «Какой цвет? Скажи ... Жжж... Ты же говорила ... Жжж...». Аксинья берет у мамы из руки формочку и пытается ее вложить в другую. Мама: «Сложи их. Смотри - раз, два ...», сама быстро складывает формочки. Аксинья внимательно следит, хочет вложить формочку сама, но не успевает за действиями мамы. Затем девочка берет формочки и прячет их за спину. «А теперь разложи все обратно, по одной штучке». Аксинья начинает выполнять задание. «Покажи один, покажи пальчиком». Аксинья показывает указательные пальцы обеих рук, держа при этом формочки остальными пальчиками. «А сколько тебе лет? Как ты показываешь два пальчика?» Показывает сама. Аксинья слушает маму, но занята формочками. Мама отодвигает формочки в сторону от дочери. Аксинья встает со стула, идет к двери, пытается ее открыть, начинает плакать. Мама: «Иди сюда, смотри, что у меня есть, смотри, какая книжечка». Аксинья перестает плакать, начинает рассматривать книжку. Мама: «Ну-ка, как ты читаешь? Покажи». Аксинья отрицательно качает головой и машет руками. Мама: «Не хочешь? ... Ты вообще ничего не хочешь? Ты не умеешь. Вот сейчас придет Тая, она все умеет... Как машинка делает? Какие звуки издает?»

Аксинья отворачивается, отходит. Мама (немного растерянно): «А музыки у вас нет? А то она танцевать любит» ...

Психолог: «Как Вам кажется, какая роль в организации игры была у Вас и какая - у Аксюши?» Мама: «Как партнеры, 50 на 50, наверно. Они самостоятельные дети, любят играть вместе, хорошо себя чувствуют друг с другом».

Психолог: «А как Аксинья чувствовала себя во время игры?» Мама: «Естественно, как всегда. Интересовалась новыми игрушками... Так можно ответить?».

*Краткий анализ взаимодействия:*

*Аксинья:* выглядит сосредоточенной, часто смотрит на маму, внимательно следит за ее действиями, отвлекается редко. Хорошо понимает речевые обращения и инструкции. Жестами выражает свои потребности. Инициативность в общении низкая: редко сама инициирует контакт (протягивая маме игрушки). Отзывчивость высокая: сразу отвечает на большинство инициатив мамы. Эмоциональная вовлеченность в общение средняя: проявляет интерес к действиям матери, но не выражает удовольствия и радости. Предметные действия сформированы на высоком уровне и включены в общение. Уровень общения может быть признан средним.

*Мама:* говорит громко, с улыбкой, четко дает инструкции. Смотрит на дочь ласково, заинтересованно. Когда девочка капризничает, умеет переключить ее внимание и успокоить. Инициативна во взаимодействии с ребенком, проявляет настойчивость, максимально используя средства воздействия на дочь. Часто просит дочь продемонстрировать знания и умения, не учитывая ее потребностей. Сравнивает ее с сестрой-близнецом, осуждает за отказ выполнять просьбы. Ее речь чаще обращена к психологу, чем к ребенку. В этой диаде высокая инициативность матери сочетается с недостаточной инициативностью и высокой отзывчивостью дочери. Чувствительность по отношению к дочери может быть признана средней, отзывчивость - низкой.

Данный случай демонстрирует паттерн детско-материнского взаимодействия, когда инициатива в игре полностью была на стороне активной и

настойчивой матери. В свою очередь дочь, будучи ориентированной на мать, не имела возможности проявить собственную инициативу.

Отметим также, что для женщин, преодолевших бесплодие, были характерны черты демонстративного поведения. В данном примере мать главным образом была ориентирована на психологов - организаторов исследования, рассказывала нам об умениях и навыках дочери, комментировала происходящее. В это время контакт с ребенком прерывался. Мы полагаем, что стремление продемонстрировать достижения ребенка говорит о неуверенности в себе как матери, потребности в позитивной внешней оценке и подтверждении правильности своего поведения специалистом.

Осуждающие поведение ребенка высказывания, например - «Ну почему нельзя играть в то, что тебе дали?», «Ты уже со мной играть не хочешь ... Ты хочешь играть с тетей (*т.е. с психологом*)... Я все поняла...», «Ты не умеешь. Вот сейчас придет Тая, она все умеет...» и подобные чаще встретились у матерей группы ЭКО.

Обобщим полученные результаты: между группами выявлен ряд существенных различий в характеристиках взаимодействия в диадах (см. табл. 47).

Таблица 47.

Средние значения характеристик материнско-детского взаимодействия, по которым выявлены существенные различия в группах ЭКО и СБ

	Характеристики	Группа ЭКО			Группа СБ			p
		N	Mean	SE	N	Mean	SE	
Дети	вербальное побуждение матери к действиям	77	0,55	0,820	90	0,87	0,939	0,016*
	использование жестов	77	0,90	0,867	90	1,22	0,804	0,007**
	использование мимики	77	1,36	0,931	90	0,782	1,49	0,039*
	включенность предметных действий в общение	77	1,17	0,108	90	1,50	0,110	0,037*
Матери	чувствительность по отношению к ребенку	77	1,75	0,830	90	2,02	0,779	0,030*
	отзывчивость по отношению к ребенку	77	1,74	0,938	90	2,11	0,771	0,009**

речевое сопровождение действий своих и ребенка	77	2,01	0,910	90	2,27	0,859	0,050*
вербальные средства общения	77	3,01	1,916	90	3,61	1,577	0,028*
невербальные средства общения (мимика, интонация, жесты)	77	7,82	3,956	90	9,28	3,493	0,013*

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\*-  $p \leq 0,01$

Итак, существенные различия характеристик взаимодействия со стороны детей состояли в более редком использовании детьми группы ЭКО жестов, а также в менее активной и выразительной мимике. Основные различия во взаимодействии со стороны матерей заключались в том, что в среднем матери, зачавшие при помощи ЭКО, в сравнении со спонтанно зачавшими матерями, проявили во время игры с детьми существенно более низкую чувствительность и отзывчивость по отношению к детям и реже использовали как вербальные, так и невербальные средства общения. Гипотезу № 3 считаем подтвержденной.

В отечественной психологии понятия сензитивность и респонсивность матери рассматриваются в качестве неотъемлемых составляющих компонентов материнской компетентности - одного из блоков психологической готовности к материнству [Филиппова Г.Г., 2002; 2005]. Согласно Г.Г. Филипповой, «...лично-ориентированное взаимодействие матери с ребенком раннего возраста осуществляется в диадических отношениях и определяется уровнем развития материнской компетентности, т.е. способностью понимать состояние ребенка, умением своевременно и качественно удовлетворять его возрастные потребности...» [Филиппова Г.Г., 2002]. Результаты наших наблюдений позволяют говорить о том, что у матерей, зачавших посредством ЭКО, чаще, чем у зачавших спонтанно, встретилась недостаточная сформированность этого конструкта. Из многих исследований [Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994; Филиппова Г.Г., 2005 и др.] известно, что беременность (после идентификации шевелений плода) является сензитивным периодом для формирования материнской компетентности. Это определяет одно из направлений работы перинатального психолога: на этапе вынашивания и подготовки к родам и родительству содействовать развитию чувствительности и отзывчивости и формированию субъектно-ориентированного отношения к ребенку у будущих матерей, зачавших после ЭКО.



## **2.4. Структура взаимосвязей социально-демографических, перинатальных и психологических показателей матерей и детей**

Результаты, описанные в разделах 2.2 - 2.3, позволили составить представление об особенностях развития и взаимодействия с матерями детей с разными условиями пре- и перинатального периода. На данном, заключительном этапе исследования мы поставили задачу провести итоговый анализ с целью установления взаимосвязей всех предшествующих результатов. Для этого был применен метод главных компонент [Куравский Л.С., Баранов С.Н., 2009]. Группы ЭКО и СБ были объединены, и в объединенной выборке введена дополнительная дихотомическая переменная «способ зачатия» (спонтанное – 0, ЭКО - 1).

### ***Показатели, используемые при анализе методом главных компонент:***

#### ***I. Социально-демографические показатели семей***

1. Возраст матери
2. Образование матери
3. Уровень дохода в семье

#### ***II. Показатели пре- и перинатального периода***

4. Способ зачатия (спонтанное – 0, ЭКО - 1)
5. Наличие многоплодия (число детей, рожденных после данной беременности)
6. Гестационный возраст при рождении (в неделях)
7. Способ родов (естественные роды – 0, кесарево сечение – 1)
8. Длительность грудного вскармливания (в месяцах)

#### ***III. Показатели развития детей***

9. Уровень умственного развития
10. Уровень предметной деятельности

#### ***IV. Характеристики материнско-детского взаимодействия:***

##### ***Со стороны ребенка:***

11. Вербальные средства общения, используемые ребенком

12. Невербальные средства общения, используемые ребенком
13. Инициативность ребенка в общении
14. Включенность предметных действий в общение с матерью
15. Понимание речи матери

*Со стороны матери:*

16. Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка
17. Чувствительность матери по отношению к ребенку
18. Отзывчивость матери по отношению к ребенку
19. Вербальные средства общения, используемые матерью
20. Невербальные средства общения, используемые матерью

Мы можем корректно применять метод главных компонент к исследуемой выборке, т.к. данные удовлетворяют критериям применимости сферичности Бартлетта и критерию адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина [там же] (табл. 48).

Таблица 48.

Доказательство применимости метода главных компонент к выборке

Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина		,754*
Критерий сферичности Бартлетта	Прибл. хи-квадрат	1059,831
	ст. св.	153
	Знч.	,000**

*Примечания.*

\*- мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина  $> 0,7$ , это соответствует приемлемой адекватности применения метода;

\*\* - значимость критерия сферичности Бартлетта  $< 0,05$  указывает, что данные вполне приемлемы для проведения анализа.

В анализе методом главных компонент рассматривались факторы, полученные после Varimax-вращения. При отборе в фактор были отобраны признаки с факторным весом, превышающим 0,40 по абсолютному значению. При определении количества факторов для изучения был использован критерий «каменистой осыпи» и критерий собственных чисел Кайзера [там же]. В результате было выделено четыре фактора с собственными значениями,

большими либо равными единице (табл. 49 и рис. 20). Эти факторы, представляющие наибольший исследовательский интерес, были выбраны для описания и последующего анализа.

Таблица 49.

Выделение количества факторов по критерию Кайзера

Компонента	Собственное значение	% дисперсии	Кумулятивный %
1	5,268	21,505	21,505
2	2,365	18,736	40,241
3	1,894	14,663	54,904
4	1,189	9,931	64,835

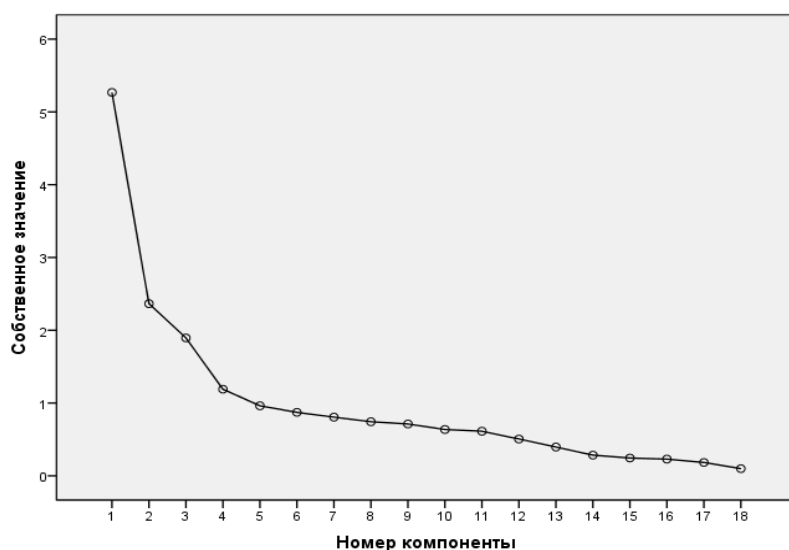


Рис. 20. График собственных значений факторов («каменистая осыпь»)

Таблица 50.

Взаимосвязи факторных нагрузок признаков объединенной выборки (матрица повернутых компонент)

Признаки, используемые в анализе	Факторы			
	1	2	3	4
Уровень предметной деятельности	,833			
Включенность предметных действий в общение	,718			
Инициативность ребенка в общении	,701			
Понимание речи матери	,624			

Вербальные средства общения, используемые ребенком	,699			
Невербальные средства общения, используемые ребенком	,690	,423		
Уровень умственного развития ребенка	,404		,487	
Невербальные средства общения, используемые матерью		,849		
Чувствительность матери по отношению к ребенку		,783		
Отзывчивость матери по отношению к ребенку		,777		
Вербальные средства общения, используемые матерью		,770		
Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка		,666		
Наличие многоплодия (число детей, рожденных в результате данной беременности)			-,766	
Длительность грудного вскармливания (в месяцах)			,697	
Гестационный возраст при рождении (в неделях)			,535	
Способ зачатия (спонтанное - 0, ЭКО - 1)			-,429	,686
Возраст матери				,763
Способ родов (естественные роды – 0, кесарево сечение – 1)				,506

*Примечания.* Полный расчет метода главных компонент дан в Приложении 9.

В результате, как показано в табл. 50, было выделено четыре фактора, которые объединили исследуемые признаки выборки: психологические (относящиеся к психическому развитию ребенка и взаимодействию с ним матери) и биологические (характеризующие особенности пре- и перинатального периода жизни диады). Подробное описание факторов представлено ниже; признаки в каждом факторе перечислены в порядке убывания абсолютных значений факторных нагрузок, которые указаны в скобках.

**Первый фактор** включил в себя следующие семь признаков, характеризующих психическое развитие ребенка:

1. Уровень предметной деятельности (0,833)
2. Включенность предметных действий в общение (0,718)
3. Инициативность ребенка в общении (0,701)
4. Вербальные средства общения, используемые ребенком (0,699)
5. Невербальные средства общения, используемые ребенком (0,690)
6. Понимание речи матери (0,624)
7. Уровень умственного развития ребенка (0,404)

Данный фактор, объединив показатели развития ребенка, выявил прямую связь уровня предметной деятельности, умственного развития ребенка и его активности в общении, осуществляемой различными способами: опосредованно через предметы, вербально и невербально. Этот фактор, который мы назвали **«Психическое развитие ребенка»**, охватывает основные аспекты психического развития ребенка – ведущую деятельность, общение, умственное развитие. Таким образом, совокупность признаков первого фактора в рамках нашей исследовательской модели можно рассматривать как интегральную характеристику психического развития ребенка раннего возраста.

Ко **второму фактору** отнесены следующие шесть показателей:

1. Невербальные средства общения, используемые матерью (0,849)
2. Чувствительность матери по отношению к ребенку (0,783)
3. Отзывчивость матери по отношению к ребенку (0,777)
4. Вербальные средства общения, используемые матерью (0,770)
5. Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка (0,666)
6. Невербальные средства общения, используемые ребенком (0,423)

Данный фактор объединил показатели, характеризующие материнскую компетентность (чувствительность и отзывчивость матери по отношению к ребенку), применение ею вербальных и невербальных средств общения и показатель использования ребенком невербальных средств общения. Взаимосвязь параметров такова: матери с высоким уровнем чувствительности и отзывчивости по отношению к ребенку в большей мере используют во взаимодействии с ним

вербальные и невербальные средства, и у их детей выше уровень невербального общения. Выделенный фактор получил название «**Взаимодействие матери и ребенка**». Сочетание показателей данного фактора показывает, что качество взаимодействия матери с ребенком связано с ведущим видом общения в раннем возрасте - невербальным, наиболее важным в доречевом периоде жизни [Исенина Е.И., 1986; Лисина М.И., 1986, 1987; Смирнова Е.О., 2002, 2005].

**Третий фактор** объединил показатель умственного развития ребенка и *биологические* признаки, характеризующие условия пре-, перинатального и младенческого периода, а именно:

1. Число детей, рожденных после данной беременности (-0,766)
2. Длительность грудного вскармливания (0,697)
3. Гестационный возраст при рождении (в неделях) (0,535)
4. Уровень умственного развития ребенка (0,487)
5. Способ зачатия (спонтанное - 0, ЭКО - 1) (-0,429)

В этом факторе психологическая характеристика ребенка - уровень умственного развития - оказалась связанной с биологическими условиями, характеризующими его жизнь от зачатия до родов (способ зачатия, многоплодие, гестационный возраст при рождении) и в периоде младенчества (длительность грудного вскармливания). Взаимосвязь показателей такова: *более высокий уровень умственного развития продемонстрировали спонтанно зачатые, одиночно рожденные, доношенные дети, чьи матери практиковали длительное грудное вскармливание*. Этот фактор получил название «**Первичные биологические условия и умственное развитие ребенка**». В него не вошли характеристики общения ни со стороны ребенка, ни со стороны матери (они объединились в предыдущем, втором факторе). Таким образом, мы показали обусловленность уровня умственного развития в раннем детстве преимущественно биологическими условиями (и способом зачатия в том числе).

**Четвертый фактор** объединил три признака:

1. Возраст матери (0,763)
2. Способ зачатия (спонтанное - 0, ЭКО - 1) (0,686)
3. Способ родов (естественные роды – 0, кесарево сечение - 1) (0,506)

Признаки, отнесенные к этому фактору, показывают, что вероятность медицинского вмешательства в процесс зачатия и родов повышается с возрастом женщины. Этот фактор мы назвали *«Возрастные ограничения по физиологическому зачатию и родам»*.

На рис. 21 изображены выделенные факторы и входящие в них показатели.



Рис. 21. Факторы, выделенные методом главных компонент, и входящие в них показатели

Из всей совокупности данных нашей объединенной выборки мы можем отметить три показателя, каждый из которых вошел в два фактора из четырех, полученных методом главных компонент: уровень умственного развития, невербальные средства общения, используемые ребенком, способ зачатия (рис. 22).



Рис. 22. Взаимное расположение факторов, выделенных методом главных компонент

Признаки, объединенные в каждом из четырех выделенных факторов, рядоположены. Соответственно, при помощи метода главных компонент мы не выяснили, какие именно материнские характеристики (второй фактор) оказали наиболее существенное влияние на уровень невербального общения ребенка, и какие первичные биологические условия (третий фактор) преимущественно влияют на уровень его умственного развития. Для ответа на эти вопросы мы провели регрессионный анализ (пошаговым методом), результаты которого представлены в таблицах 51, 52. Условные обозначения в таблицах:  $B$  – коэффициенты регрессии,  $SE$  – стандартные ошибки,  $\beta$  – стандартизованные



коэффициенты регрессии,  $t$  – значение статистики Стьюдента,  $p$  – уровень значимости различий.

Таблица 51.

Результаты регрессионного анализа уровня умственного развития ребенка в связи с первичными биологическими условиями

Модель	B	SE	$\beta$	t	p
1 Гестационный возраст	,798	,015	,977	52,109	,000
2 Гестационный возраст	,745	,022	,911	34,519	,000
Способ зачатия	3,734	1,106	,089	3,376	,001
3 Гестационный возраст	,720	,025	,881	29,114	,000
Способ зачатия	3,330	1,113	,079	2,993	,003
Длительность грудного вскармливания	,158	,079	,052	1,989	,049

*Примечание:* линия регрессии через начало координат;  $R^2 = 0,956$ .

Таблица 52.

Результаты регрессионного анализа уровня невербального общения ребенка в связи с характеристиками матери во взаимодействии с ребенком

Модель	B	SE	$\beta$	t	p
1 Чувствительность матери по отношению к ребенку	2,864	,110	,897	26,137	,000
2 Чувствительность матери по отношению к ребенку	1,485	,300	,465	4,946	,000
Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка	,321	,066	,459	4,885	,000
3 Чувствительность матери по отношению к ребенку	1,114	,333	,349	3,346	,001
Невербальные средства общения, используемые матерью	,242	,072	,347	3,345	,001
Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка	,675	,278	,238	2,433	,016

*Примечание:* Линия регрессии через начало координат;  $R^2 = 0,835$ .

Результаты регрессионного анализа, существенно уточняя итоги метода главных компонент, свидетельствуют о том, что уровень умственного развития

ребенка связан в первую очередь с его гестационным возрастом при рождении ( $\beta=0,881$ ;  $p=0,000$ ). Вторым значимым признаком является способ зачатия ( $\beta=0,079$ ;  $p=0,003$ ). Длительность грудного вскармливания ( $\beta=0,052$ ;  $p=0,049$ ) выделена в качестве третьего по значимости влияния на умственное развитие ребенка признака.

Регрессионный анализ показал также, что уровень невербального общения ребенка главным образом связан с уровнем чувствительности матери ( $\beta=0,349$ ;  $p=0,001$ ) и уровнем ее невербального общения с ребенком ( $\beta=0,347$ ;  $p=0,001$ ). Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка ( $\beta=0,238$ ;  $p=0,016$ ) выделено в качестве третьего по значимости влияния признака.

## 2.5. Анализ и обсуждение результатов

В последние десятилетия под влиянием изменений, происходящих в обществе, и в связи с прогрессом медицины в области вспомогательных репродуктивных технологий изменились биологические и социальные условия, в которых происходит зачатие и вынашивание детей.

Успешная коррекция репродуктивных проблем супружеских пар при помощи ВРТ ведет к увеличению числа детей, у которых пре- и перинатальный период проходит в особых, часто отягощенных условиях, а именно: зачатие вне материнского тела, медикаментозное воздействие во внутриутробном периоде, высокая частота многоплодия и родов путем кесарева сечения. Эти факторы образуют особые *биологические условия* зачатия и вынашивания.

Изменения в последние годы *социальных условий*, детерминирующих репродуктивные установки, состоят в том, что в обществе появились новые тенденции, напрямую с бесплодием не связанные. С одной стороны, это пролонгированная юность, или «отсроченная» взрослость (т. наз. «*emerging adulthood*» [Arnett J.J., 2000]) и связанное с этим откладывание сроков создания семьи и рождения первенцев. С другой стороны, ВРТ становясь все более доступным для населения альтернативным способом зачатия, дают возможность осуществить зачатие ребенка практически в любом возрасте. Соответственно, все более часто семейные пары при планировании детей осознанно откладывают рождение первенцев на сравнительно поздний возраст [Архангельский В.Н., 2013; Mathews T.J, Hamilton B.E., 2009; OECD Family Database, 2015], что увеличивает вероятность использования ВРТ, т.к. с возрастом возможность естественного зачатия уменьшается. В случае применения ВРТ при бесплодии переживания женщины, связанные с трудностями на этапе зачатия и вынашивания, могут после рождения ребенка особым образом отразиться на характере взаимодействия в диаде «мать-ребенок», которое, в свою очередь, непосредственно влияет на формирование психики в раннем детстве, поскольку определяет социальную ситуацию развития ребенка в этот период.

Это лишь немногие из новых биологических и социально-психологических условий, сложившихся в современном обществе, которые требуют осмысления со стороны психологической науки.

Проблема соотношения социального и биологического в развитии человека остается одной из важнейших проблем психологии. Согласно принятым в отечественной психологии представлениям о биосоциальной природе человека, факторы, от которых зависит развитие, представляют собой гибкое сочетание социальных и биологических детерминант [Выготский Л.С., 1984; Ухтомский А.А., 2002; Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994]. Это единство не константно, оно системно и динамично: эти факторы неразрывно связаны, но имеют разное по «удельному весу» значение, и в каждом возрасте составляют конкретное сочетание. По Л.С. Выготскому, чем длиннее путь развития психической функции в онтогенезе, тем менее на нее влияют биологические факторы. Следовательно, можно сказать, что формирование базовых психических функций на самом раннем этапе преимущественно детерминировано биологическими факторами.

Попробуем в данной парадигме в контексте современных условий осмыслить результаты, полученные в исследовании. Мы предприняли попытку анализа влияния биологических и социально-психологических условий, которые складываются в пре- и перинатальном периоде и младенчестве, на психическое развитие детей, чье зачатие произошло в особых условиях – с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Расчеты показали, что с увеличением возраста женщины уменьшается возможность естественного зачатия и физиологических родов: чем старше женщина, тем больше вероятность использования ЭКО при зачатии и кесарева сечения при родоразрешении (рис. 23).



Рис. 23.  
Возрастные ограничения по физиологическому зачатию и родам

Этот результат согласуется с данными о значительном росте в последние годы числа женщин старше 40 лет, прибегающих к ВРТ, при длительности периода лечения бесплодия более 5 лет, а также о преобладании кесаревых сечений после ЭКО (до 50%) [Барашнев Ю.И., 2004; Вартамян Э.В. и др., 2010; Репродуктивное здоровье населения России, 2012]. Заметим, что в настоящее время зачатие посредством ЭКО не является прямым показанием для кесарева сечения, однако после ЭКО вероятность оперативных родов выше, чем при естественном зачатии ввиду обстоятельств, из-за которых женщине пришлось прибегнуть к ЭКО: как правило, это хронические сопутствующие заболевания и зрелый возраст.

Согласно медицинским данным, у детей, зачатых при помощи ЭКО, условия пре- и перинатального периода изначально менее благоприятны, чем у зачатых спонтанно. Во время внутриутробного периода они испытывают массивное медикаментозное, в том числе гормональное воздействие, т.к. матери получают продолжительную гормональную терапию: в ходе подготовки к ЭКО - 100%, в течение беременности - около 60% [Барашнев Ю.И., 2004; Вартамян Э.В. и др., 2010]. При этом многие из женщин имеют хронические гинекологические и соматические заболевания и отягощенный акушерский анамнез. Также в результате применения ВРТ существенно чаще, чем в среднем в популяции, развиваются многоплодные беременности (в нашей выборке в группе ЭКО многоплодных беременностей было существенно больше, чем в группе спонтанно зачатых детей). Это также является фактором риска развития ребенка: при многоплодии ухудшаются параметры, определяющие жизнеспособность новорожденных: чаще регистрируются недоношенность, недостаточный вес при рождении, а также сопутствующие патологические состояния младенцев [Барашнев Ю.И., 2004; Савельева Г.М. и др., 2010, 2014; Gibson F.L., et al., 2000; Kelly-Vance L., et al., 2004; Paneth N.S., 1995]. В России беременность, наступившую после применения ВРТ, заведомо относят к категории беременности высокого риска, а роды (вне зависимости от способа родовспоможения) - к категории осложненных [Инструкция Минздрава РФ..., 1997].

Таким образом, можно сказать, что дети, зачатые посредством ЭКО, во время вынашивания испытывают пренатальный стресс [Филиппова Г.Г., 2015], что снижает их адаптацию в раннем неонатальном периоде. Соответственно, они чаще нуждаются в интенсивной терапии [Савельева Г.М. и соавт., 2010, 2014; Stromberg B., et al., 2002; Sutcliffe A.G., Ludwig M., 2007 и др.]. Указанные обстоятельства позволяют говорить о наличии у детей, зачатых с применением ЭКО, *специфических факторов риска* по здоровью и развитию, связанных с особыми условиями протекания беременности матерей. Наше исследование подтвердило это предположение: методом поперечных срезов мы установили, что в раннем возрасте у детей, зачатых посредством ЭКО, по сравнению с зачатыми спонтанно сверстниками, наблюдаются различия в уровне и возрастной динамике умственного развития.

На первом году развитие, соответствующее возрастной норме, существенно реже встретилось у детей, зачатых посредством ЭКО, чем у зачатых спонтанно; на втором году доля детей с условно-нормативным уровнем умственного развития, зачатых при помощи ЭКО, существенно увеличилась по отношению к показателю первого года и на третьем году практически сравнялась с показателями группы спонтанно зачатых сверстников. В свою очередь доля зачатых спонтанно детей с условно-нормативным уровнем умственного развития оставалась стабильной на каждом из изученных возрастных срезов – на первом, втором и третьем году. Также дети, зачатые после многократных (четвертой и больше) попыток ЭКО, на протяжении всего раннего детства существенно реже демонстрировали нормативные показатели уровня умственного развития, чем зачатые спонтанно или после нескольких (1-3) попыток ЭКО (рис. 24).

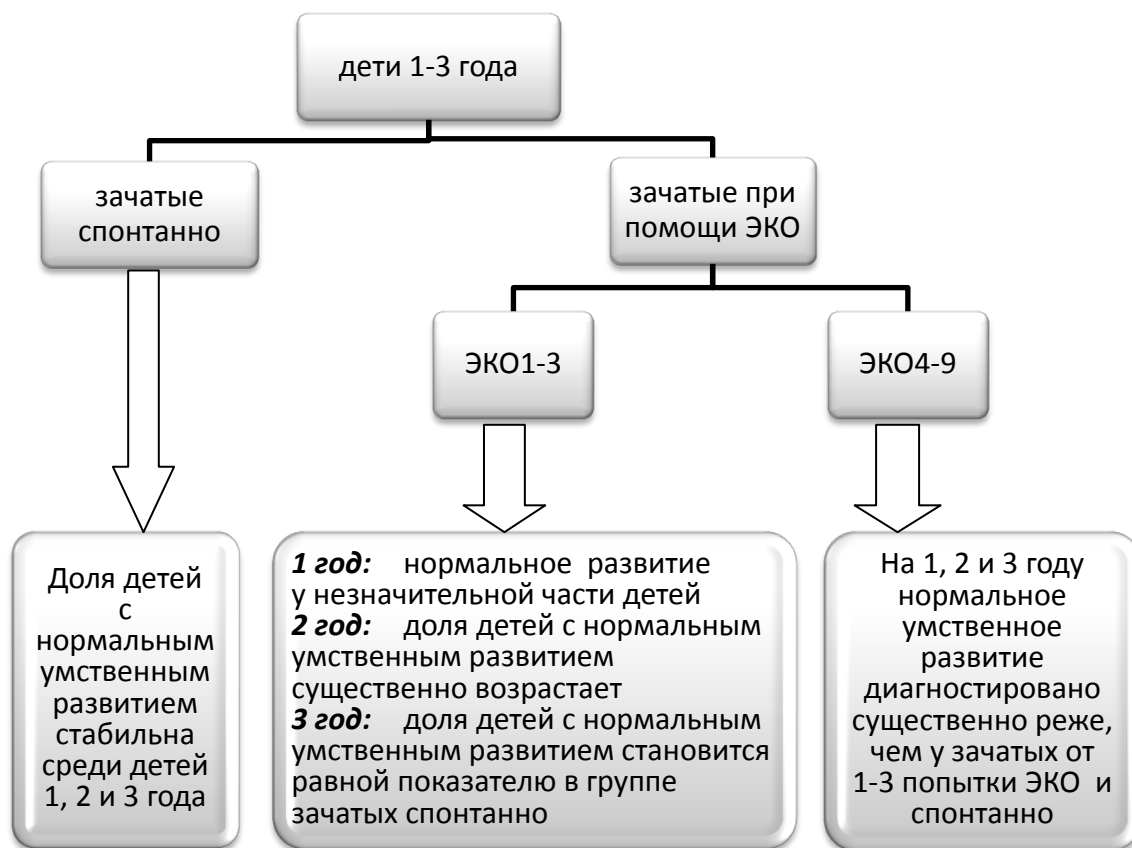


Рисунок 24. Умственное развитие детей раннего возраста в связи со способом зачатия

Следовательно, к концу раннего детства увеличение числа детей, зачатых при помощи ЭКО, у которых диагностируется норма умственного развития, происходит за счет тех, кто был зачат в результате первых трех попыток, а среди детей, зачатых после многократных попыток ЭКО (от четвертой и больше), мы наблюдаем существенно меньшую (в сравнении с зачатыми в результате 1-3 попыток ЭКО и спонтанно) представленность нормы умственного развития на всем протяжении раннего детства. Несмотря на небольшое количество в изучаемой выборке детей, зачатых после 4-9 попыток ЭКО (18 человек, что составляет 13% группы ЭКО), необходимо отметить выявленную тенденцию неблагоприятия в их умственном развитии. Мы полагаем, что данный факт может быть связан с тем, что, согласно результатам исследования, дети, зачатые в результате четвертой и больше попыток ЭКО, существенно чаще ( $p \leq 0,01$ )

родились недоношенными, после многоплодной беременности, и их состояние после родов чаще требовало проведения реанимационных мероприятий.

Полученные первичные результаты мы существенно уточнили методом главных компонент, где была установлена связь уровня умственного развития ребенка с совокупностью первичных биологических условий пре-, перинатального периода и младенчества, а именно: *более высокий уровень умственного развития продемонстрировали спонтанно зачатые, одиночно рожденные, доношенные дети, чьи матери практиковали длительное грудное вскармливание* (рис. 25).



Рис. 25. Первичные биологические условия и умственное развитие ребенка

Таким образом, мы эмпирически доказали, что, во-первых, умственное развитие в раннем детстве преимущественно детерминировано совокупностью условий пре- и перинатального периода, и, во-вторых, способ зачатия связан с уровнем умственного развития, но связан опосредованно, в ряду других первичных биологических условий, которые воздействуют на ребенка на протяжении достаточно долгого периода в начале его жизни. Этот результат согласуется с идеей А. Самерофф, автора статьи «A Unified Theory of



Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture»: в попытке построить биопсихосоциальную экологическую модель личности (biopsychosocial ecological self system) в центр личности автор поместил «initial biological conditions» - первичные (начальные) биологические условия - множество взаимно пересекающихся компонентов, включающих нейрофизиологические, эндокринологические, генетические условия, а также - энергетические ресурсы организма [A. Sameroff, 2010].

Показатель «длительность грудного вскармливания» оказался прямо связанным с уровнем умственного развития. Это соответствует имеющимся в литературе результатам исследований о положительном влиянии сроков грудного вскармливания на когнитивное развитие детей [Borra C. et al., 2012; Quinn P.J. et al., 2001] и на их эмоциональное благополучие [Барановская (Гречаник) Ю.В., 2011; Гмошинская М.В., 2008; Ланцбург М.Е., 2013]. Большинство женщин - участниц исследования (более 80% в обеих группах) практиковали грудное вскармливание, но его сроки различались: существенно большее число матерей, зачавших посредством ЭКО, закончили кормить детей грудью ранее, чем ребенок достиг возраста 6 месяцев; оптимальные для здоровья и развития ребенка сроки грудного вскармливания (согласно рекомендациям ВОЗ - от 7 до 18 месяцев) в группе ЭКО встретились значительно реже, чем в группе.

С позиций культурно-исторического подхода психическое развитие ребенка не сводится к умственному развитию, а включает в себя ведущую деятельность и общение со взрослыми в рамках социальной ситуации развития. Согласно результатам наших математических расчетов, показатели, характеризующие предметную деятельность, общение ребенка с матерью и его умственное развитие, имеют положительную взаимосвязь.

Современная медицина развивается в направлении минимизации рисков и улучшения перинатальных исходов после ВРТ (предлагаются такие меры, как перенос одного эмбриона и использование ЭКО в естественном цикле) [Савельева Г.М. и др., 2014; Stromberg V., et al., 2002 и др.], но не имеет возможности нивелировать все неблагоприятные факторы. Мы, как психологи, не способны изменить биологические условия, в которых дети зачаты, выношены и

рождены. Мы лишь можем констатировать, что у ребенка имеются определенные особенности пре- и перинатального периода, которые могут влиять впоследствии на его развитие. Предмет профессионального интереса и коррекционного воздействия психолога лежит в поле социальной ситуации развития. В раннем возрасте – это совместная деятельность ребенка со взрослым (в первую очередь – с матерью) как сотрудничество [Эльконин Д.Б., 1997, 1999], которое осуществляется в диадических отношениях. Эффективность взаимодействия в диаде определяется уровнем материнской компетентности, т.е. способностью матери понимать состояния ребенка, умением оптимальным образом удовлетворять его возрастные потребности [Филиппова Г.Г., 2002]. В нашем исследовании доказана связь уровня материнской компетентности и качества общения матери с ребенком с развитием общения у ребенка.

В раннем детстве общение ребенка с матерью осуществляется преимущественно невербальными способами. Мы эмпирически доказали, что качество взаимодействия матери с ребенком – ее чувствительность, отзывчивость и репертуар средств общения (вербальных и невербальных) - прямо связан с ведущим способом общения ребенка в раннем детстве, а именно – невербальным общением, онтогенетически и исторически первым языком общения человека человека [Исенина Е.И., 1986; Лисина М.И., 1986, 1987; Смирнова Е.О., 2002, 2005] (рис. 26).

В рамках ресурсного подхода к оценке родительской сферы личности [Ланцбург М.Е., 2010, 2011] данный комплекс материнских характеристик, определяющих характер взаимодействия с ребенком, соответствует эмоциональному ресурсу материнской сферы [Ланцбург М.Е., 2011].

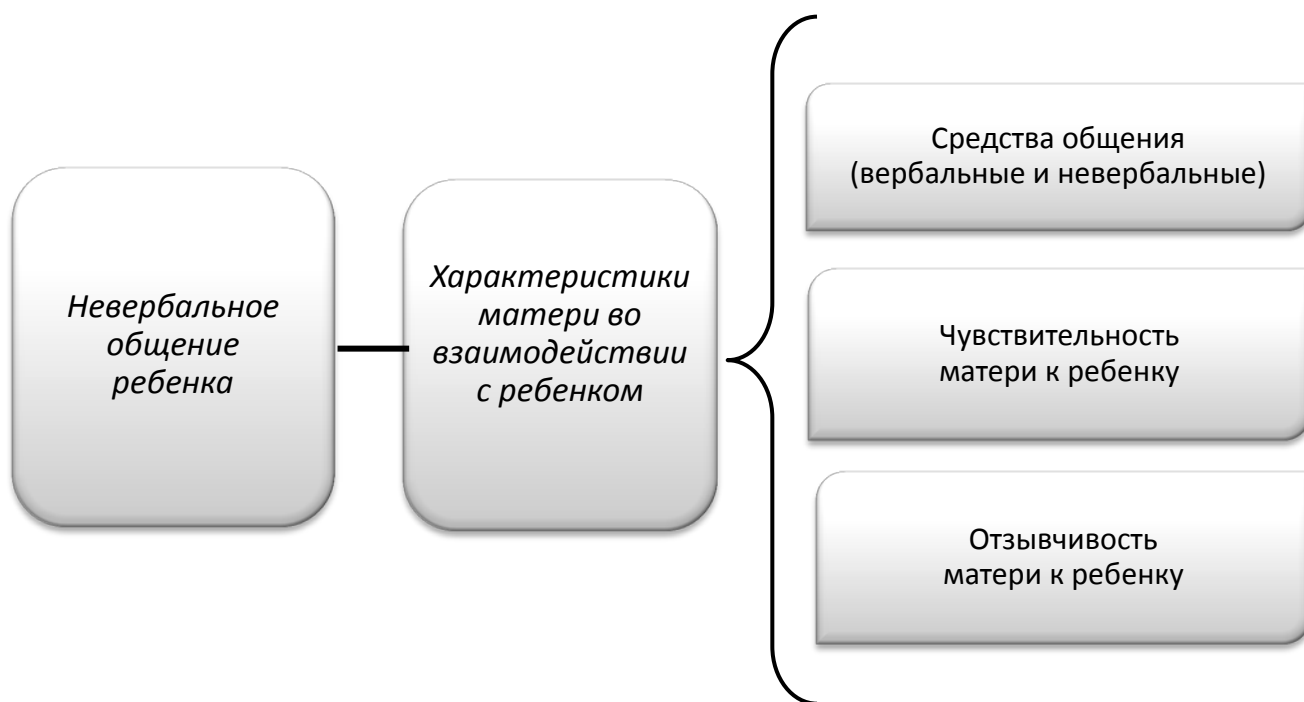


Рис. 26. Невербальное общение ребенка и характеристики матери во взаимодействии с ребенком

В силу произвольности и неосознанности использования невербальных средств их роль в общении не всегда очевидна, но от этого не менее значима [Лисина М.И., 1986]. Невербальные средства ребенок начинает использовать с первых дней жизни; эта возможность обуславливает взаимосвязь с матерью, необходимую для его благополучного развития [Авдеева Н.Н., 2010; Мухамедрахимов Р.Ж., 2003; Стерн Д.Н., 2006 и др.]. После возникновения у детей активной речи невербальные средства продолжают использоваться, но уже в сочетании со словом. Однако активное и лидирующее использование слов приходится на более поздний период развития ребенка, не охваченный нами в данном исследовании.

В случае зачатия при помощи ЭКО взаимодействие в диадах имеет особенности, как со стороны детей, так и со стороны матерей. У детей, зачатых посредством ЭКО, по сравнению с зачатыми спонтанно сверстниками, во время совместной игры с матерями выявлено снижение следующих характеристик общения: использование невербальных средств, вербальные обращения к матери и включенность предметных действий в общение.

Снижение показателей невербального общения проявилось в значительно более редком использовании детьми, зачатыми при помощи ЭКО, жестов (для указания на предмет, показа желаемого/нежелаемого действия и т.п.) и менее активной и выразительной мимики (при проявлении заинтересованности, удивления, радости, смущения). Также дети, зачатые посредством ЭКО, существенно реже вербально обращались к матерям во время совместной игры. Сравнение результатов детей второго и третьего года не обнаружило существенных изменений данных параметров.

Изучение развития предметной деятельности детей показало, что включенность предметных действий в общение с матерью (т.е. стремление ребенка действовать по образцу и ориентация на оценку матери) [Смирнова Е.О. и др., 2002] в группе детей, зачатых посредством ЭКО, была существенно ниже, чем у зачатых спонтанно сверстников. Сравнение результатов детей второго и третьего года обнаружило сокращение этих различий, однако в группе ЭКО уровень включенности предметных действий в общение с матерью остался ниже, чем у зачатых спонтанно сверстников.

С позиций культурно-исторического подхода к развитию, жест, в отличие от других невербальных коммуникативных средств, является культурно заданным, сформированным средством. По мнению А.А. Леонтьева, язык жестов предшествует речи [Леонтьев А.А., 2008]. Мы полагаем, что выявленное нами более редкое обращение детей, зачатых посредством ЭКО, к матерям как вербально, так и посредством жеста, вкупе с меньшей включенностью предметных действий в общение указывает на более низкий уровень общения у данного контингента детей и может неблагоприятно отразиться на каком-либо аспекте их развития, но такая гипотеза требует подтверждения в дальнейших исследованиях.

Особенности взаимодействия в диадах со стороны матерей состояли в том, что у женщин группы ЭКО чаще, чем у зачавших спонтанно, выявлено снижение характеристик, определяющих характер взаимодействия матери с ребенком: чувствительность, отзывчивость и репертуар средств общения (рис. 26). Этот результат может быть обусловлен особенностями материнской мотивационно-

потребностной сферы данного контингента женщин. Опрос матерей позволили выделить следующие аспекты, которые, как мы полагаем, могли повлиять на формирование их материнской компетентности.

У женщин, прошедших процедуру ЭКО, при положительном отношении к факту беременности, нами были чаще выявлены затруднения в идентификации сроков внутриутробных шевелений плода и индифферентное к ним отношение, а также дискомфортный характер переживаний от шевелений в отличие от спонтанно зачавших матерей, где чаще встретились положительно окрашенные впечатления от шевелений. Как известно, беременность во втором и третьем триместре является сензитивным периодом для формирования чувства привязанности будущей матери к ребенку, а характер переживания шевелений плода - предиктором материнского отношения к нему после родов [Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю., 1996; Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994; Филиппова Г.Г., 2005 и др.]. Для женщин, преодолевших бесплодие при помощи ЭКО, характерен перенос статуса конечной цели с ребенка на зачатие и вынашивание [Айвазян Е.Б., 2005; Захарова Е.И., Якупова В.А., 2015; Федина Л.П., 2011; Филиппова Г.Г., 2003, 2009 и др.]. Таким образом, может происходить смещение мотива с материнства на промежуточную цель – собственно зачатие, вынашивание и роды, которые приобретают сверхценные характеристики при игнорировании ребенка как субъекта [Филиппова Г.Г., 2003]. В этом случае предметом внимания женщины во время беременности становится не столько налаживание взаимодействия с ребенком и протраивание домашней ситуации после родов, что свидетельствовало бы о благоприятных в отношении материнства изменениях в мотивационной сфере будущей матери [Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л., 1994], сколько концентрация на возможных проблемах, связанных с вынашиванием и здоровьем. Это осложняет становление психологической готовности к материнству [Филиппова Г.Г., 2002] и последующую адаптацию женщины к роли матери.

Опрос показал также, что для матерей, зачавших посредством ЭКО, рождение ребенка явилось существенно более значимым событием, которое

кардинально изменило их восприятие жизни, чем для спонтанно зачавших женщин. По-видимому, главным для матерей группы ЭКО является сам факт своей полноценной репродуктивной реализации. Но при повышенной ценности появления ребенка и положительном отношении к нему, матери группы ЭКО часто имеют завышенные ожидания, предъявляют к детям не соответствующие их возрастным возможностям требования, особенно относительно поведения детей. Можно сказать, что они живут с идеальным образом ребенка, к которому реальному малышу приходится приспосабливаться. Также по нашим наблюдениям матери, зачавшие при помощи ЭКО, во время эксперимента часто не столько были увлечены игрой с ребенком, сколько старались продемонстрировать достижения детей, описывали их знания и умения. Такое поведение может свидетельствовать о неуверенности в себе как матери, трудностях в принятии этой роли, потребности в позитивной внешней оценке и подтверждении правильности своего поведения со стороны специалиста. Эти наблюдения согласуются с имеющимися результатами публикаций. Так, в статьях Н. Colpin, S. Soenen и F.L. Gibson и соавт. говорится о наличии у женщин, зачавших посредством ЭКО, повышенной тревоги, связанной с их материнской компетентностью [Н. Colpin, S. Soenen, 2002; F.L. Gibson et al., 2000]; в диссертационном исследовании В.А. Якуповой показано, что матери младенцев, зачатых с помощью ЭКО, реже удовлетворены собой как родителем и стремятся повышать свою компетентность [Якупова В.А., 2015].

Подведем итог: у женщин в случае зачатия при помощи ЭКО показатели материнской компетентности и общения с детьми чаще бывают снижены, чем у спонтанно зачавших матерей. В свою очередь у их детей, по сравнению со спонтанно зачатыми сверстниками, в пределах изучаемого возрастного диапазона уровень умственного развития и невербального общения снижен. При этом положительная динамика (в возрастных срезах) наблюдалась в умственном развитии, а в отношении показателей общения существенного роста не выявлено. Похожие результаты были получены в исследовании психического развития детей того же возраста из другой группы риска - перенесших хирургическое вмешательство в период новорожденности [Аринцина И.А., 2009, 2010]:

положительная возрастная динамика к концу раннего возраста была диагностирована в познавательной и моторной сферах при отсутствии положительных сдвигов в личностно-социальном развитии.

Возрастание к третьем году числа детей, зачатых после 1-3 попыток ЭКО, с нормативным уровнем умственного развития может быть связано с тем, что они так же, как и, например, недоношенные дети без грубых перинатальных нарушений, с возрастом «выравниваются» в развитии [Баз Л.Л., Луковцева З.В., 1999]. А у тех, кто был зачат после многочисленных попыток ЭКО, улучшений показателей умственного развития во всех возрастных срезах не происходит, что может быть связано с последствиями осложненных условий пре- и перинатального периода. Во время проведения исследования у нас не было данных об актуальном соматоневрологическом статусе детей, поэтому оставляем это объяснение в качестве гипотезы.

Мы полагаем, что сфера социального развития ребенка, которая в раннем детстве главным образом зависит от качества взаимодействия с матерью, может быть скорректирована путем целенаправленной психокоррекционной работы по оптимизации диадического взаимодействия с учетом ресурсов матери и семьи в целом [Ланцбург М.Е., 2010, 2011]. Разработка специальных программ психологической помощи семьям с детьми, чье зачатие и вынашивание проходило в особых условиях, может стать предметом отдельного исследования.

## Заключение

В данной работе изучалось психическое развитие детей раннего возраста в связи с условиями пре- и перинатального периода (способ зачатия - посредством ЭКО и спонтанно, многоплодие, гестационный возраст при рождении, длительность грудного вскармливания). Результаты показали, что психическое развитие ребенка раннего возраста определяется комплексом взаимосвязанных биологических и психологических показателей, что согласуется с системной концепцией развития человека.

Исследование подтвердило выдвинутые гипотезы. Показано, что психическое развитие и взаимодействие с матерями детей, зачатых при помощи ЭКО, имеет особенности по сравнению со сверстниками, зачатыми спонтанно. Выявлено, что показатели психического развития детей связаны с условиями пре- и перинатального периода и качеством взаимодействия с матерями. Полученные данные способствуют расширению представлений о влиянии условий пре- и перинатального периода на психическое развитие в раннем детстве, а также углублению понимания функционирования системы «мать - ребенок». Представляется, что результаты проведенного исследования вносят вклад в психологию развития, семейную и перинатальную психологию.

Подводя итоги исследования, сформулируем основные **выводы**.

1. Психическое развитие детей, зачатых при помощи ЭКО, в раннем возрасте имеет особенности по сравнению со сверстниками, зачатыми спонтанно:
  - 1.1. У детей, зачатых в результате 1-3 (первых трех) попыток ЭКО, по сравнению со сверстниками, зачатыми спонтанно, на первом году жизни наблюдается отставание в умственном развитии. Различие между группами менее выражено на втором году и отсутствует на третьем году жизни.
  - 1.2. Дети, зачатые в результате многократных (четвертой и больше) попыток ЭКО, на первом, втором и третьем году жизни существенно реже демонстрируют нормальный уровень умственного развития, чем дети, зачатые спонтанно или в результате 1-3 попыток ЭКО.



2. Отставание от возрастной нормы в умственном развитии ребенка в раннем возрасте преимущественно связано с совокупностью первичных биологических условий: зачатием при помощи ЭКО, недоношенностью, многоплодием, а также ранним завершением грудного вскармливания.
3. У женщин, зачавших при помощи ЭКО, по сравнению с зачавшими спонтанно, чаще отмечается снижение чувствительности и отзывчивости по отношению к детям и сужение репертуара средств общения с ними.
4. В диадах «мать - ребенок» в случае зачатия при помощи ЭКО чаще, чем при спонтанном зачатии, отмечается нарушение взаимодействия, проявляющееся в меньшей частоте использования вербальных и невербальных средств общения.

На основании результатов исследования могут быть предложены следующие **практические рекомендации**.

1. В процессе подготовки к родам и родительству следует уделять особое внимание развитию материнской компетентности у будущих матерей, зачавших посредством ЭКО, для чего могут быть использованы индивидуальные и групповые виды психокоррекционной работы.
2. Психологическое сопровождение диады «мать - ребенок» должно быть направлено на оптимизацию развития ребенка и взаимодействия матери и ребенка; необходимо обучать матерей невербальным способам общения с ребенком, повышать их компетентность с реальными отношениями с ребенком, информировать матерей о том, какие характеристики их поведения влияют на качество общения.
3. Информировать врачей - репродуктологов, акушеров-гинекологов, педиатров, а также педагогов и психологов, работающих с детьми младенческого и раннего возраста, о возможных особенностях психического развития детей с осложненным течением пре- и перинатального периода.

Наше исследование показало, что в раннем возрасте дети, зачатые с помощью ЭКО, особенно те, кто был зачат после многократных попыток ЭКО, могут попадать в группу риска по психическому развитию, поэтому они

нуждаются не только в медицинском наблюдении, но одновременно с этим - в коррекционно-развивающих программах, для чего необходимо взаимодействие медицинских и образовательных учреждений.

**Перспективы дальнейшей разработки темы.** В дальнейшем представляется важным провести исследование психического развития детей, зачатых посредством ЭКО, в других возрастных группах с учетом выявленных факторов. В дошкольном возрасте возможно изучение психического развития детей в рамках ведущей в этом возрасте деятельности - сюжетно-ролевой игры - с изучением вербального общения ребенка. Проведение такого исследования (вкупе с уже полученными результатами) помогло бы понять возрастную динамику психического развития данного контингента детей.

В настоящем исследовании мы выявили особенности отношения к детям у матерей, зачавших методом ЭКО, но не получили ответа на вопрос, чем эта специфика обусловлена: длительным этапом лечения бесплодия, переживанием невозможности естественного зачатия, неадекватной ценностью ребенка и др. В связи с этим считаем важным провести лонгитюдное исследование представлений о детях и материнстве у женщин, использующих ЭКО, на этапе подготовки к процедуре, во время вынашивания и последующего материнства. Результаты такого исследования дадут возможность разработать психолого-педагогические программы, направленные на профилактику нарушений и коррекцию психического развития детей, у которых зачатие и вынашивание проходило в особых условиях, и на оптимизацию взаимодействия в диадах «мать-ребенок».

## Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ИКСИ	интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида
КС	кесарево сечение
МГК	метод главных компонент
ПД	предметная деятельность
РО	реанимационное отделение
СБ	спонтанная беременность
ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение
ICSI	intracytoplasmic sperm injection
IVF	in vitro fertilization

## Список литературы

1. Абульханова-Славская, К.А. Деятельность и психология личности [Текст] / К.А. Абульханова-Славская. - М.: Наука, 1980. - 336 с.
2. Авдеева, Н.Н. Раннее вмешательство и эмоционально-личностные нарушения в раннем возрасте [Электронный ресурс] / Н.Н. Авдеева // Психологическая наука и образование psyedu.ru (электронный журнал). - 2010. - №5. URL: <http://psyedu.ru/journal/2010/5/Avdeeva.phtml> (дата обращения: 14.05.2015)
3. Авдеева, Н.Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве [Текст] / Н.Н. Авдеева // Вопросы психологии. - 1997. - №4. - С. 3-12.
4. Авдеева, Н.Н., Мещерякова, С.Ю., Ражников, В.Г. Психология вашего младенца: у истоков общения и творчества [Текст] / Н.Н. Авдеева, Н.Ю. Мещерякова, В.Г. Ражников. - М.: АСТ, 1996. - 379 с.
5. Авдеева, Н.Н., Хаймовская, Н.А. Зависимость типа привязанности ребенка ко взрослому от особенностей их взаимодействия (в семье и доме ребенка) [Текст] / Н.Н. Авдеева, Н.А. Хаймовская // Психологический журнал. - 1999. - № 1. - С. 39-48.
6. Айвазян, Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / Е.Б. Айвазян. - Москва, 2005. - 319 с.
7. Андреева, Г.М., Богомолова, Н.Н., Петровская, Л.А. Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: Учеб. пособие для вузов [Текст] / Г.М. Андреева, Н.Н. Богомолова, Л.А. Петровская. - М.: Аспект Пресс, 2002. - 287 с.
8. Аринцина, И.А. Психическое развитие детей раннего возраста, оперированных в период новорожденности [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / И.А. Аринцина. - СПб., 2010. - 182 с.
9. Аринцина, И.А. Психическое развитие детей раннего возраста после оперативного вмешательства в период новорожденности в системе взаимодействия с близким взрослым [Текст] / И.А. Аринцина // Известия

- Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2009. - №116. - С. 255–260.
10. Архангельский, В.Н. Репродуктивное и брачное поведение [Текст] / В.Н. Архангельский // Социологические исследования. – 2013. - №2. – С. 129-136.
  11. Атласов, В.О., Долгов, Г.В., Куликова, Н.А. и др. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после экстракорпорального оплодотворения [Текст] / В.О. Атласов, Г.В. Долгов, Н.А. Куликова и др. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2004. - №52. - С. 37-41.
  12. Баженова, О.В. Диагностика развития детей первого года жизни [Текст] / О.В. Баженова. — М.: Изд-во МГУ, 1986. - 123 с.
  13. Баз, Л.Л., Луковцева, З.В. Психическое развитие недоношенного младенца [Текст] / Л.Л. Баз, З.В. Луковцева // Вопросы психологии. - 1999. - № 6. - С. 29-35.
  14. Барановская (Гречаник), Ю.В. Связь длительности грудного вскармливания ребенка и его эмоционального развития в последующем [Электронный ресурс] / Ю.В. Барановская (Гречаник) // Психологическая наука и образование psyedu.ru. - 2011. - №4. URL: <http://psyedu.ru/journal/2011/4/2564.phtml> (дата обращения: 14.05.2015)
  15. Барашнев, Ю.И. Особенности здоровья детей, рожденных женщинами с помощью вспомогательных репродуктивных технологий [Текст] / Ю.И. Барашнев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - №5. - С.12-17.
  16. Батуев, А.С., Соколова, Л.В. О соотношении биологического и социального в природе человека [Текст] / А.С. Батуев, Л.В. Соколова // Вопросы психологии. - 1994. - №1. – С.81-92.
  17. Бахтиарова, В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / В.О. Бахтиарова. - Москва, 1993. - 153 с.
  18. Битенский, В.С., Чернова, Т.М. Анализ исследования психического здоровья детей, родившихся с помощью экстракорпорального оплодотворения [Текст]

/ В.С. Битенский, Т.М. Чернова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.  
- 2002. - № 2. - С. 54-57.

19. Бодалев, А.А. Психология общения: Энциклопедический словарь [Текст] / Под общ. ред. А.А. Бодалева. М.: Когито-Центр, 2011. - 600 с.
20. Борковская, О.Л. Особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста в связи с психологическими характеристиками матерей [Текст]: автореферат дис. ... канд. психол. наук / О.Л. Борковская. - СПб., 2010. - 24 с.
21. Боулби, Дж. Привязанность [Текст] / Дж. Боулби. – М.: Гардарики, 2003. - 477с.
22. Боулби, Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей [Текст] / Дж. Боулби. - М.: Академический Проект, 2004. - 232 с.
23. Брутман, В.И., Радионова, М.С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности [Текст] / В.И. Брутман, М.С. Радионова // Вопросы психологии. - 1997. - №6. - С. 38-47.
24. Брутман, В.И., Филиппова, Г.Г., Хамитова, И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов [Текст] / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. - 2002. - №3. - С. 110-118.
25. Брутман, В.И., Филиппова, Г.Г., Хамитова, И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов [Текст] / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Мать, ребенок, семья: современные проблемы: Сборник материалов научно-практической конференции / Под ред. И.В. Добрякова. - СПб.: Комитет по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга, Центр медицинской профилактики, 2000. - С. 28.
26. Бурлачук, Л.Ф., Морозов, С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. 2-е изд., перераб. и доп. [Текст] / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 528 с.
27. Бурменская, Г.В., Захарова, Е.И., Карабанова, О.А., Лидерс, А.Г. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков [Текст] /

- Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 416 с.
28. Быкова, М.В. Проблема родительского отношения в проекции различных теоретических подходов [Текст] / М.В. Быкова // Родители и дети: Психология взаимоотношений / Под ред. Е.А. Савиной, Е.О. Смирновой. – М.: Когито-Центр, 2003. - 230 с. - С. 66-79.
29. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / А.Я. Варга. – М., 1986. - 206 с.
30. Вартанян, Э.В., Айзикович, И.В., Антонов, А.Р. Причины неудач ЭКО (обзор литературы) [Текст] / Э.В. Вартанян, И.В. Айзикович, А.Р. Антонов // Проблемы репродукции. - 2010. - № 3. - С. 57-61.
31. Василенко, М.А. Влияние типа привязанности в диаде «мать-ребенок» на уровень психического развития детей двух-трех лет [Текст] / М.А. Василенко // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2010. - № 121. - С. 38-43.
32. Винникотт, Д.В. Надежная опора. Клиническое применение теории привязанности [Текст] / Д.В. Винникотт. - Лондон. - 1988.
33. Винникотт, Д.В. Разговор с родителями. Серия: Библиотека практической психологии и психотерапии [Текст] / Д.В. Винникотт. - М.: Независимая фирма «Класс», 1994. - 112 с.
34. Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери [Текст] / Д.В. Винникотт. Пер. с англ. Н.М. Падалко. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - 80 с.
35. Выготский, Л.С. История развития высших психических функций [Текст] / Л.С. Выготский // Собрание сочинений: в 6 т. - М.: Педагогика, 1983. - Т.3. - С. 273-291.
36. Выготский, Л.С. Проблема возраста [Текст] / Л.С. Выготский // Собрание сочинений: в 6 т. - М.: Педагогика, 1984. - Т.4. - С. 244-268.
37. Выготский, Л.С. Анализ знаковых операций у ребенка [Текст] / Л.С. Выготский // Психологическая наука и образование. - 1997. - №3. - С. 5-17.
38. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии [Текст] / Л.С. Выготский. - СПб.: Союз, 1997. - 224 с.

39. Гальперин, П.Я. Лекции по психологии [Текст] / П.Я. Гальперин. - М.: Высшая школа, 2002. - 399 с.
40. Гмошинская, М.В. Разработка и оценка эффективности системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни [Текст]: автореферат ... д-ра мед. наук / М.В. Гмошинская. – М., 2008 г. - 25 с.
41. Горьковая, И.А. Проективная графическая методика «Семейная социограмма»: визуализация представлений о реальной и виртуальной семье [Электронный ресурс] / И.А. Горьковая // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - №2. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_2\\_7/nomer/nomer17.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer17.php) (дата обращения: 14.05.2015).
42. Добряков, И.В. Перинатальная психология [Текст] / Добряков И.В. - СПб.: Питер, 2010. - 272 с.
43. Евсюкова, И.И., Маслянюк, Н.А. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после ЭКО [Текст] / И.И. Евсюкова, Н.А. Маслянюк // Проблемы репродукции. - 2005. - №2. - С. 52-54.
44. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни [Текст] / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. - М.: Медицина, 1981. - 273 с.
45. Захаров, А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия [Текст] / А.И. Захаров. - М.: Эксмо-Пресс, 2000. - 448 с.
46. Захарова, Е.И. Исследование особенностей эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия [Текст] / Е.И. Захарова // Журнал практического психолога. - 1996. - № 6. - С. 96-104.
47. Захарова, Е.И. Опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия [Текст] / Е.И. Захарова // Семейная психология и семейная психотерапия. - 1997. - № 1.
48. Захарова, Е.И. Развитие личности в ходе освоения родительской позиции [Текст] / Е.И. Захарова // Культурно-историческая психология. - 2008. - №2. - С. 24-29.



49. Захарова, Е.И., Карабанова, О.А. Экспериментальные исследования особенностей эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия: Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков [Текст] / Е.И. Захарова, О.А. Карабанова. - М., 2002.
50. Захарова, Е.И., Якупова, В.А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО [Текст] / Е.И. Захарова, В.А. Якупова // Национальный психологический журнал. - 2015. - № 1 (17). - С. 96-104.
51. Зейгарник, Б.В. О движущих противоречиях развития личности [Текст] / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь // Возрастная и педагогическая психология: хрестоматия для студентов высших педагогических учебных заведений / Сост. И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, В.В. Зацепин. - М.: Академия, 2001. - С. 46-49.
52. Инструкция Минздрава РФ от 23 апреля 1997 г. № 01-97 «О порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах» [Электронный ресурс] URL: <http://fss.ru/ru/fund/activity/11128/11130.shtml> (дата обращения: 14.05.2015).
53. Исенина, Е.И. Дословесный период развития речи у детей [Текст] / Е.И. Исенина. - Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1986. - 164 с.
54. Исенина, Е.И. Связь между базовыми качествами матери и ее социоэкономическими характеристиками (при взаимодействии с ребенком в возрасте 3-4 мес.) [Текст] // Вопросы социальной и педагогической психологии. – Иваново: РПО, 2000. - С. 140-147.
55. Исенина, Е.И., Барановская, Т.И. Связи между качествами матери в различные периоды развития младенца [Текст] / Е.И. Исенина, Т.И. Барановская // Материнство. Психолого-социальные аспекты (норма и девиация): Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Иваново, 2002. - С. 54-60.
56. Исенина, Е.И., Барановская, Т.И. Интерактивная методика анализа видеозаписей взаимодействия матери с младенцем [Текст] / И.Е. Исенина, Т.И. Барановская // Методики диагностики и развития родительской сферы в

перинатальном периоде, младенчестве и раннем возрасте: Учебное пособие для студентов и слушателей программ повышения квалификации / Сост. М.Е. Ланцбург. – М.: МГППУ, 2008.

57. Исупова, О.Г., Русанова, Н.Е. Изменения социального портрета пациентов репродуктивных клиник после широкого распространения квот на ВРТ [Текст] / О.Г. Исупова, Н.Е. Русанова // В кн: Социология медицины: наука и практика. Сборник статей / Под ред. Решетникова А.В. - М.: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. - С. 215-218.
58. Кешишян, Е.С. Психомоторное развитие детей на первом году жизни (пособие для врачей) [Текст] / Е.С. Кешишян. - М., 2000. - 47 с.
59. Кляйн, М. Детский психоанализ [Текст] / М. Кляйн. - Н. Новгород: НГМА Ниж. Новгород, 2010. - 160 с.
60. Козловская, Г.В., Баженова, О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве [Текст] / Г.В. Козловская, О.В. Баженова // Журн. невропатол. и психиатр. - 1995. - № 5. - С. 48-52.
61. Копыл, О.А., Баженова, О.В., Баз, Л.Л. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка [Текст] / О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз // Синапс. - 1994. - № 5. - С. 27-38.
62. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. Пер. с англ. - Копенгаген, 2003. - 382 с.
63. Корнеев, А.А., Кричевец, А.Н. Условия применимости критериев Стьюдента и Манна-Уитни [Текст] / А.А. Корнеев, А.Н. Кричевец // Психологический журнал. - 2011. - Т.32. - № 1. - С. 97-110.
64. Криттенден, П. Трансформация отношений привязанности в юности [Электронный ресурс] / П. Криттенден // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2002. - №1. URL:

<http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2879> (дата обращения: 14.05.2015).

65. Кузнецов, Д.Ю. Статистические методы анализа результатов психолого-педагогических исследований [Электронный ресурс] / Д.Ю. Кузнецов // Ярославский педагогический вестник. - 2011. - №4. URL: [vestnik.yspu.org/releases/uchenuye\\_praktikam/11\\_4/](http://vestnik.yspu.org/releases/uchenuye_praktikam/11_4/) (дата обращения: 14.05.2015).
66. Кузнецова, В.С., Логинова, И.Н., Коротких, Н.Н. Особенности адаптации в раннем неонатальном периоде новорожденных детей, рожденных у женщин с бесплодием в анамнезе после циклов экстракорпорального оплодотворения [Текст] / В.С. Кузнецова, И.Н. Логинова, Н.Н. Коротких // Журнал теоретической и практической медицины. - 2004. - №1.- С. 59-62.
67. Куравский, Л.С., Баранов, С.Н. Компьютерное моделирование и анализ данных. Конспекты лекций и упражнения: Учеб. пособие [Текст] / Л.С. Куравский, С.Н. Баранов. - М.: РУСАВИА, 2009. - 218 с.
68. Ланцбург, М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни [Текст] / М.Е. Ланцбург // Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике: материалы Российской конференции. - СПб. - Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, Российская психотерапевтическая ассоциация, 2000. - С. 312-320.
69. Ланцбург, М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей [Текст] / М.Е. Ланцбург // Журнал практического психолога. - 2003. - №4-5. - С. 22-37.
70. Ланцбург, М.Е. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей [Текст] / М.Е. Ланцбург // Психологическая наука и образование. - 2004. - №3. - С. 88-97.
71. Ланцбург, М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни [Текст] / М.Е. Ланцбург // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и

- послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. - М.: Изд-во УРАО, 2005. - С. 121-128.
72. Ланцбург, М.Е. Психологическая помощь в оптимизации диадических отношений на основе ресурсного подхода [Текст] / М.Е. Ланцбург // Рождение и жизнь: Материалы международной конференции по клинической психологии детства / Под общей редакцией В.А. Аверина, А.Н. Корнева. СПб: Изд. СПбГПМА, 2010. - С. 138-141.
73. Ланцбург, М.Е. Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций [Текст] / М.Е. Ланцбург // Психологическая наука и образование. - 2011. - №1. - С. 15-26.
74. Ланцбург, М.Е. Характер и динамика взаимодействия матери с ребенком в процессе грудного вскармливания [Текст] / М.Е. Ланцбург // Тезисы VIII международной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина - здоровый новорожденный». - СПб., 2013. - С. 53–55.
75. Ланцбург, М.Е., Дудина, А.А. Оценка матерью уровня развития ребенка раннего возраста [Текст] / М.Е. Ланцбург, А.А. Дудина // Дети и общество: социальная реальность и новации. Сборник статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции. М., 2014. - 1396 с. - С. 914-923.
76. Леонтьев, А.А. Психология общения [Текст] / А.А. Леонтьев. - М.: Смысл, Академия, 2008. - 368 с.
77. Леонтьев, А.Н. К теории развития психики ребенка [Текст] / А.Н. Леонтьев // Хрестоматия по детской психологии: учебное пособие / Ред. Г.В. Бурменская. - М.: Институт практической психологии, 1996. - С. 20-27.
78. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. - 496 с.
79. Лисина, М.И. Общение, личность и психика ребенка [Текст] / М.И. Лисина. - М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. - 384 с.
80. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения [Текст] / М.И. Лисина. - М.: Педагогика, 1986. - 144 с.

81. Лисина, М.И., Капчеля, Г.И. Общение со взрослыми и психологическая подготовка детей к школе [Текст] / М.И. Лисина, Г.И. Капчеля. – Кишинев: Штииница, 1987. - 136 с.
82. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии [Текст] / Б.Ф. Ломов. - М.: Наука, 1984. - 226 с.
83. Малер, М., Мак-Девитт, Дж.Б. Константность объекта, индивидуальность и интернализация [Текст] / М. Малер, Дж.Б. Мак-Девитт // Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды. Под общей ред. М.В. Ромашкевича. - М.: ГЕРРУС, 2005. - 413 с. - С. 173-191.
84. Малер, М., Мак-Девитт, Дж.Б. Процесс сепарации-индивидуации и формирование идентичности [Текст] / М. Малер, Дж.Б. Мак-Девитт // Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды. Под общей ред. М.В. Ромашкевича. – М.: ГЕРРУС, 2005. - С.158–172.
85. Марковская, И.М. Опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми [Текст] / И.М. Марковская // Семейная психология и семейная терапия. - 1999. - №2. - С. 94-108.
86. Маслянюк, Н.А. Состояние новорожденных детей и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения [Текст]: автореф. ... канд. мед. наук / Н.А. Маслянюк. - СПб., 2005. - 22 с.
87. Медицинская энциклопедия Vidal. Электронный справочник 2011-2015 [Электронный ресурс] URL: [www.vidal.ru](http://www.vidal.ru) (дата обращения: 14.05.2015).
88. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству [Текст] / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2000. - №5. - С. 18-27.
89. Мещерякова, С.Ю., Авдеева, Н.Н., Ганошенко, Н.И. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений ребенка и матери [Текст] / С.Ю. Мещерякова, Н.Н. Авдеева, Н.И. Ганошенко // Соросовские лауреаты. Философия. Психология. Социология. – М., 1996.

90. Микиртумов, Б.Е., Кощавцев, А.Г., Гречаный, С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста [Текст] / Б.Е. Микиртумов, А.Г. Кощавцев, С.В. Гречаный. – СПб.: Питер, 2001. - 256 с.
91. Миронова, Н.И., Брутман, В.И. Речь женщин в разные периоды беременности [Текст] / Н.И. Миронова, В.И. Брутман // Сироты России: Право ребенка на семью. Материалы Общероссийской конференции. М., 2001. - С. 158-164.
92. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие [Текст] / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Речь, 2003. - 288 с.
93. Никольская, И.М., Пушина, В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. Учебное пособие для врачей и психологов [Текст] / И.М. Никольская, В.В. Пушина. - СПб.: Речь, 2010. - 223 с.
94. Обухова, Л.Ф. Возрастная психология. Учебник для вузов [Текст] / Л.Ф. Обухова. - М.: Юрайт, 2014. - 460 с.
95. Обухова, Л.Ф., Шаграева, О.А. Семья и ребенок: психологический аспект детского развития [Текст] / Л.Ф. Обухова, О.А. Шаграева. - М.: Жизнь и мысль, 1999. - 168 с.
96. Овсянникова, Т.В. Эпидемиология бесплодного брака [Текст] / Т.В. Овсянникова // Практическая гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. - С. 366-381.
97. Регистр ВРТ. Отчет за 2013 год [Электронный ресурс] URL: [http://www.rahr.ru/d\\_registr\\_otchet/registr\\_2015.pdf](http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/registr_2015.pdf) (дата обращения: 14.05.2015).
98. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Психоаналитический подход [Текст] / Д. Пайнз. – М.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1997. - 198 с.
99. Пальмов, О.И., Мухамедрахимов, Р.Ж. Взаимодействие близких взрослых и детей с синдромом Дауна в семьях и домах ребенка [Текст] / О.И. Пальмов, Р.Ж. Мухамедрахимов // В кн: Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. - 312 с. - С. 140-156.

100. Пантюхина, Г.В., Печора, К.Л., Фрухт, Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста [Текст] / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт. - М.: ВУНМЦ, 1996. - 76 с.
101. Парамей, О.В., Сидоренко, Е.И. Состояние органов зрения детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения [Текст] / О.В. Парамей, Е.И. Сидоренко // Вестник офтальмологии. - 1997. - №2. - Т. 113. - С. 23-25.
102. Петрова, А.А. Материнские представления о ребенке и их связь с детско-родительским эмоциональным взаимодействием [Текст] / А.А. Петрова // Психологическая наука и образование. - 2006. - №4. - С. 44-50.
103. Петровский, А.В. Дети и тактика семейного воспитания [Текст] / А.В. Петровский. – Ереван: Луйс, 1983. - 121 с.
104. Плаксина, А.Н., Ковтун, О.П., Блохина, С.И. Оценка показателей качества жизни детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий [Электронный ресурс] / А.Н. Плаксина, О.П. Ковтун, С.И. Блохина // Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». - 2011. - № 1. - С. 83-89. URL: <http://www.sys-int.ru/ru/journals/2011/1-11/ocenka-pokazateley-kachestva-zhizni-detey-rozhdennyh-pri-pomoshchi-vspomogatelnyh> (дата обращения: 14.05.2015).
105. Плешкова, Н.Л. Развитие теории и системы классификации отношений привязанности у детей [Текст] / Н.Л. Плешкова // В кн: Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. - 312 с. - С. 198-219.
106. Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» [Электронный ресурс] URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/425619/> (дата обращения: 14.05.2015).
107. Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 19 марта 2004 г. № 125/13 «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи в учреждениях

- здравоохранения федерального подчинения, подведомственных Минздраву России» [Электронный ресурс] URL: <http://www.rusmg.ru/> (дата обращения: 14.05.2015).
108. Прихожан, А.М. Диагностика личностного развития детей подросткового возраста [Текст] / А.М. Прихожан. - М.: АНО «ПЭБ», 2007. - 56 с.
109. Разенкова, Ю.А., Фрухт, Э.Л. Сравнительный анализ некоторых отечественных и зарубежных шкал развития младенцев. Дискуссионные аспекты проблемы диагностического инструментария [Текст] / Ю.А. Разенкова, Э.Л. Фрухт // Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений / Институт коррекционной педагогики РАО, Школа клинической электроэнцефалографии и нейрофизиологии им. Л.А. Новиковой. - М.: Полиграфсервис, 1999. - С. 108-112.
110. Разенкова, Ю.А. К вопросу об использовании отечественных и зарубежных методик диагностики психомоторного развития в качестве инструментов раннего выявления возможных отклонений в развитии. Дискуссионные аспекты проблемы [Текст] / Ю.А. Разенкова // Проблемы специальной психологии и психодиагностики отклоняющегося развития: материалы конференции. - М.: Министерство общего и профессионального образования РФ, 1998. - С. 129-136.
111. Райгородский, Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы [Текст] / Д.Я. Райгородский. - Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2003. - 784 с.
112. Рищук, С.В., Мирский, В.Е. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий [Электронный ресурс] / С.В. Рищук, В.Е. Мирский // TERRA MEDICA NOVA. - 2010. - №1. URL: <http://www.terramedica.spb.ru/all/public/pdf/terra/1-60-2010-f115.pdf> (дата обращения 14.05.2015).



113. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие [Текст] / Е.И. Рогов. - М.: Владос, 1996. - 529 с.
114. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство [Текст] / С.Я. Рубинштейн. - М.: Апрель-Пресс, изд-во Института психотерапии, 2004. - 224 с.
115. Савельева, Г.М., Курцер, М.А., Карачунская, Е.М., Младова, М.Е., Дронова, М.А., Буслаева, Г.Н. Здоровье детей, рожденных после ЭКО [Текст] / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, Е.М. Карачунская, М.Е. Младова, М.А. Дронова, Г.Н. Буслаева // Акушерство и гинекология. - 2010. № 5. - С. 49-54.
116. Савельева, Г.М., Касьянова, Г.В., Дронова, М.А., Карачунская, Е.М. Вспомогательные репродуктивные технологии: перинатальные исходы и состояние детей [Текст] / Г.М. Савельева, Г.В. Касьянова, М.А. Дронова, Е.М. Карачунская // Проблемы репродукции. - 2014. - № 6. - С. 35-39.
117. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е.В. Сидоренко. - СПб.: Речь, 2007 г. - 220 с.
118. Скобло, Г.В., Дубовик, О.Ю. Система «мать - дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики [Текст] / Г.В. Скобло, О.Ю. Дубовик // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - № 2. - С. 75-78.
119. Смирнова, Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе [Текст] / Е.О. Смирнова // Вопросы психологии. - 1994. - № 6. - С. 5-15.
120. Смирнова, Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент [Текст] / Е.О. Смирнова // Вопросы психологии. - 1995. - № 3. - С. 134-150.
121. Смирнова, Е.О. Детская психология [Текст] / Е.О. Смирнова. - М.: Владос, 2002. - 365 с.
122. Смирнова, Е.О., Галигузова, Л.Н., Ермолова, Т.В., Мещерякова, С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет [Текст] / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. - М.: МГППУ, 2002. - 128 с.

123. Смирнова, Е.О., Быкова, М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения [Текст] / Е.О. Смирнова, М.В. Быкова // Вопросы психологии. - 2000. - № 3. - С. 3-14.
124. Смирнова, Е.О., Соколова, М.В. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка [Текст] / Е.О. Смирнова, М.В. Соколова // Психологическая наука и образование. - 2005. - №4. - С. 83-91.
125. Сорокин, А.С. Статистические методы анализа с использованием IBM SPSS Statistics: учебно-методический комплекс [Текст] / А.С. Сорокин. – М.: 2012. – 284 с.
126. Спиваковская, А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция) [Текст] / А.С. Спиваковская. - М.: Изд-во МГУ, 1988. - 200 с.
127. Стерн, Д.Н. Межличностный мир ребенка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. - 375 с.
128. Столин, В.В. Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. - М.: Издательство Московского Университета, 1983. - 284 с.
129. Стребелева, Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет): Ранняя диагностика умственного развития [Текст] / Е.А. Стребелева // Альманах института коррекционной педагогики РАО. - М., 2001. - № 4.
130. Ухтомский, А.А. Доминанта [Текст] / А.А. Ухтомский. - СПб.: Питер, 2002. - 448 с.
131. Фатеева, Е.М., Коваленко, Н.П. Психологические аспекты грудного вскармливания. В кн: Грудное вскармливание и психологическое единство «мать и дитя»: Учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства [Текст] / Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. - М.: Агар, 2000. - 183 с.
132. Федина, Л.П. Психологические особенности семей в программе ЭКО [Текст] / Л.П. Федина // Актуальные вопросы современной психологии: материалы

- международной заочной научной конференции. - Челябинск: Два комсомольца, 2011. - С. 111-115.
133. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии [Текст] / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2001. - № 2. - С. 22-37.
134. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособие [Текст] / Г.Г. Филиппова. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 240 с.
135. Филиппова, Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы [Текст] / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. - 2003. - № 4-5. - С. 83-108.
136. Филиппова, Г.Г. Психологическая готовность к материнству [Текст] / Г.Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина.- М.: Изд-во УРАО, 2005. - 328 с. - С. 62-65.
137. Филиппова, Г.Г. Психологическая адаптация к беременности и родительству в супружеских парах с бесплодием и невынашиванием в анамнезе [Текст] / Г.Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология родительства. - 2009. - №4. - С.102-107.
138. Филиппова, Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными [Электронный ресурс] / Г.Г. Филиппова. URL: <http://www.childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php> (дата обращения: 14.05.2015).
139. Филиппова, Г.Г. Пренатальный стресс: усиление риска при современных технологиях ведения беременности и лечения бесплодия [Текст] / Г.Г. Филиппова // VI-ая Международная научная конференция «Психологические проблемы современной семьи»: сборник тезисов / Под ред. Карабановой О.А., Захаровой Е.И., Чурбановой С.М., Васягиной Н.Н. - Москва - Звенигород, 2015 г. - 1387 с. – С. 418-426.
140. Фрейд, А. Детский психоанализ [Текст] / А. Фрейд. - СПб.: Питер, 2003. - 477 с.

141. Фрейд, А. Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития. «Я» и механизмы защиты [Текст] / А. Фрейд. - М.: Попурри, 2004. - 448 с.
142. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции [Текст] / З. Фрейд. - М.: Наука, 1989.
143. Фромм, Э. Искусство любить [Текст] / Э. Фромм. – СПб.: Изд. дом «Азбука-классика», 2008. – 218 с.
144. Фрухт, Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни [Текст] / Э.Л. Фрухт // Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Полиграфсервис, 1998.
145. Хаймовская, Н.А. Зависимость между характером взаимодействия и особенностями привязанности ребенка к взрослому [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Хаймовская. – М., 1998. - 165 с.
146. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ [Текст] / К. Хорни. Перевод с англ. В.В. Старовойтова; предисловие П.С. Гуревича. - М.: Айрис-пресс, 2004. - 464 с.
147. Хорни, К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза [Текст] / К. Хорни. - М.: Академический Проект, 2007. - 240 с.
148. Чистович И.А., Рейтер Ж., Шапиро Я.Н. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID [Текст] / И.А. Чистович, Ж. Рейтер, Я.Н. Шапиро. - СПб.: ИРАВ, 2000. - 64 с.
149. Шведовская, А.А. Использование методики «родительское сочинение» в диагностике детско-родительских отношений в дошкольном возрасте [Текст] / А.А. Шведовская // Психологическая диагностика: Ежеквартальный научно-методический и практический журнал. - 2005. - №4. - С. 70-103.
150. Шишлянникова, Л.М. Применение корреляционного анализа в психологии / Л.М. Шишлянникова // Психологическая наука и образование. - 2009. - №1. - С. 98–107.
151. Шпиц, Р. Психоанализ раннего детского возраста [Текст] / Р. Шпиц. - М.: Университетская книга, 2001. - 160 с.

152. Эйдемиллер, Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер. - М.: Фолиум, 1996. - 45 с.
153. Эйдемиллер, Э.Г., Добряков, И.В., Никольская, И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 3-е [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. - СПб.: Речь, 2007. - 352 с.
154. Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкис, В.В. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. - СПб.: Питер, 2009. - 668 с.
155. Эйнсворт, М.Д. Детско-материнская привязанность [Текст] / М.Д. Эйнсворт // Амер. Психол. ассоциация. - 1979. - Т.11. - С. 67-104.
156. Элькашалла, Б. Влияние семейного воспитания на формирование самооценки у школьников с нарушениями в психическом развитии: на материале семей России и бедуинского сектора Израиля [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / Б. Элькашалла. – СПб., 2006. - 176 с.
157. Эльконин, Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте: краткий очерк / Д.Б. Эльконин. - Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1958. - 116 с.
158. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте [Текст] / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии. - 1971. - №4. - С. 6-20.
159. Эльконин, Д.Б. Заметки о развитии предметных действий в раннем детстве [Текст] / В кн: Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах: Под редакцией Д.И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна. 2-е изд. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. - 416 с. - С. 87-100.
160. Эльконин, Д.Б. Некоторые вопросы диагностики психического развития детей [Текст] / В кн: Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах: Под редакцией Д.И. Фельдштейна / Вступительная статья Д.И. Фельдштейна. 2-е изд. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. - 416 с. - С. 317-322.

161. Эльконин, Д.Б. Особенности общения ребенка со взрослыми в ходе развития предметных действий и возникновение предпосылок ролевой игры [Текст] / В кн: Д.Б. Эльконин. Психология игры. - 2-е изд. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - 360 с.
162. Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах [Текст] / Д.Б. Эльконин. - М., Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. - 417 с.
163. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития [Текст] / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. - 312 с.
164. Эриксон, Э.Г. Детство и общество [Текст] / Э.Г. Эриксон – СПб.: Речь, 2002. - 416 с.
165. Юдина, Е.Г. Коммуникативное развитие и его педагогическая оценка в группе детского сада [Текст] / Е.Г. Юдина // Дошкольное воспитание. - 1999. - №9. - С. 10-29.
166. Яковенко, Е.М., Яковенко, С.А. Современные методы преодоления бесплодия [Текст] / Е.М. Яковенко, С.А. Яковенко. – М.: Миклош, 2010. - 280 с.
167. Якупова, В.А. Особенности становления внутренней позиции матери при использовании вспомогательной репродуктивной технологии ЭКО [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / В.А. Якупова. - Москва, 2015. - 196 с.
168. Яньшин, П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности [Текст] / П.В. Яньшин. - СПб.: Питер, 2004. - 336 с.
169. Яньшин, П.В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. [Текст] / П.В. Яньшин. - СПб.: Речь, 2007. - 320 с.
170. Adair, V. Redefining family: issues in parenting assisted by reproduction technology [Electronic resource] / V. Adair // Changing families, challenging futures. 6th Australian Institute of Family Studies Conference. - Melbourne, 1998. URL: <http://www.aifs.gov.au/conferences/aifs6/adair.html> (accessed 14.05.2015).
171. Addor, V., Santos-Eggimann, B., Fawer, C.L., Paccaud, R., Calame, A. Impact of infertility treatments on the health of newborns [Text] / V. Addor, B. Santos-

- Eggimann, C.L. Fawer, R. Paccaud, A. Calame // *Fertility and Sterility*. - 1998. - №69. - P. 210-215.
172. Ainsworth, M.D.S. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant mother relationship [Text] / M.D.S. Ainsworth // *Child Development*. - 1968. - Vol. 40. - P. 969-1025.
173. Ainsworth, M.D.S. Attachments beyond infancy [Text] / M.D.S. Ainsworth // *American Psychologist*. - 1989. - № 44. - P. 709-716.
174. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters. E., Wall, S. Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation [Text] / M.D.S. Ainsworth, M. Blehar, E. Waters, S. Wall. - Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978. - 183 p.
175. Alpern, G., Boll, T., Shearer, T. Developmental Profile, Third Edition [Text] / G. Alpern, T. Boll, T. Shearer. - Los Angeles: Western Psychological Services, 2007.
176. Arnett, J.J. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties [Text] / J.J. Arnett // *The American Psychologist*. - 2000. - № 55(5). - P. 469-480.
177. Baumrind, D. Current patterns of parental authority [Text] / D. Baumrind // *Developmental psychology monograph*. - 1971. - Vol. 4. - № 1(2). - P. 1-103.
178. Baumrind, D. Early socialization and the discipline controversy [Text] / D. Baumrind. - Morristown, NJ: General Learning Press, 1975.
179. Bayley, N. Bayley Scales of Infant Development, Second Edition [Text] / N. Bayley. - San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
180. Bayley, N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition [Text] / N. Bayley. - San Antonio, TX: Psychological Corporation, 2005.
181. Bonduelle, M., Wennerholm, U.-B., Loft, A., Tarlatzis, B.C., Peters, C. A multi-centre cohort study of the physical health of 5-year-old children conceived after intracytoplasmic sperm injection, in vitro fertilization and natural conception [Text] / M. Bonduelle, U.-B. Wennerholm, A. Loft, B.C. Tarlatzis, C. Peters // *Human Reproduction*. - 2005. - Vol. 20. - №2. - P. 413-419.
182. Borra, C., Iacovou, M., Sevilla, A. The effect of breastfeeding on children's cognitive and noncognitive development [Text] / C. Borra, M. Iacovou, A. Sevilla // *Labour Economics*. - 2012. - №19. - P. 496-515.

183. Bowlby, J. Separation anxiety [Text] / J. Bowlby // International Journal of psychoanalysis. - 1959. - № 41. - P. 1-25.
184. Bowlby, J., Ainsworth, M.D.S. Child care and the growth of love (2nd ed.) [Text] / J. Bowlby, M.D.S. Ainsworth. - London: Penguin, 1965.
185. Brandes, J.M., Scher, A., Itzkovits, J., Thaler, L., Sarid, M., Gershoni-Baruch, R. Growth and development of children conceived by in vitro fertilization [Text] / J.M. Brandes, A. Scher, J. Itzkovits, L. Thaler, M. Sarid, R. Gershoni-Baruch // Pediatrics. - 1992. - Vol. 90 (3). - P. 424-429.
186. Clark, R. The parent-child early relation assessment [Text] / R. Clark. - Madison: University of Wisconsin Medical School, 1985. - 34 p.
187. Colpin, H., Soenen, S. Parenting and psychosocial development of IVF children: a follow-up study [Text] / H. Colpin, S. Soenen // Human Reproduction. - 2002. - №17(4). - P. 1116-1123.
188. Crittenden, P.M. Maltreated infants: Vulnerability and resilience [Text] / P.M. Crittenden // Journal of Child Psychology and Psychiatry. - 1985. - Vol. 26. - P. 85-96.
189. Dhont, M., De Sutler, P., Ruysinck, G., Martens, G., Bekaert, A. Perinatal outcome of pregnancies after assisted reproduction: A case-control study [Text] / M. Dhont, P. De Sutler, G. Ruysinck, G. Martens, A. Bekaert // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 1999. - Vol. 181. - P. 688-695.
190. Fisher, R.A., Frank, Y. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research, 6th ed. [Text] / R.A. Fisher, Y. Frank. - London: Longman Group, 1995.
191. Fitzsimmons, B.P., Bebbington, M.W., Fluker, M.R. Perinatal and neonatal outcomes in multiple gestations: Assisted reproduction versus spontaneous conception [Text] / B.P. Fitzsimmons, M.W. Bebbington, M.R. Fluker // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 1998. - Vol. 179. - №5. - P. 1162-1167.
192. Frankenburg, W.K., Dodds, J.B. Denver Developmental Screening Test [Text] / W.K. Frankenburg, J.B. Dodds // Journal of Pediatrics. - 1967. - Vol. 1. - №2. - P. 181-191.
193. Gibson, F.L., Ungerer, J.A., McMahon, C.A., Leslie, G.I., Saunders, D.M. The Mother-Child Relationship Following In Vitro Fertilisation (IVF): Infant



- Attachment, Responsivity and Maternal Sensitivity [Text] / F.L. Gibson, J.A. Ungerer, C.A. McMahon, G.I. Leslie, D.M. Saunders // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. - 2000. - Vol. 41. - №8. - P. 1015–1023.
194. Golombok, S., Bhanji, F., Rutherford, T., Winston, R. Psychological development of children conceived by in vitro fertilisation: A pilot study [Text] / S. Golombok, F. Bhanji, T. Rutherford, R. Winston // *Journal of Infant & Reproductive Psychology*. - 1990. - №8. - P. 37-43.
195. Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., et al. The European study of assisted reproduction families: Family functioning and child development [Text] / S. Golombok, A. Brewaeys, R. Cook, et al. // *Human Reproduction*. - 1996. - №11. - P. 2324-2331.
196. Golombok, S., Cook, R., Bish, A., Murray, C. Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children [Text] / S. Golombok, R. Cook, A. Bish, C. Murray // *Child Development*. - 1995. - №66. - P. 285–298.
197. Golombok, S., MacCallum, F. Practitioner review: Outcomes for parents and children following non-traditional conception: What do clinicians need to know? [Text] / S. Golombok, F. MacCallum // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. - 2003. - №44. - P. 303-315.
198. Golombok, S., MacCallum, P., Goodman, E. The "test-tube" generation: Parent-child relationships and the psychological well-being of in vitro fertilization children at adolescence [Text] / S. Golombok, P. MacCallum, E. Goodman // *Child Development*. - 2001. - №72. - P. 599-608.
199. Golombok, S., MacCallum, R., Goodman, E., Rutter, M. Families with children conceived by donor insemination: A follow-up at age twelve [Text] / S. Golombok, R. MacCallum, E. Goodman, E., M. Rutter // *Child Development*. - 2002. - №3. - P. 952-968.
200. Gordon, D., Burge, D., Hammen, C. et al. Observations of interactions of depressed women with their children [Text] / D. Gordon, D. Burge, C. Hammen, et al. // *American Journal of Psychiatry*. - 1989. - Vol. 146. - №1. - P. 50-55.

201. Hahn, C. Review: Psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction [Text] / C. Hahn // Journal of Pediatric Psychology. - 2001. - №26(8). - P. 525-538.
202. Hansen, M., et al. The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization [Text] / M. Hansen, et al. // The New England Journal of Medicine. - 2002. - Vol. 346. - №10. - P. 725-730.
203. Houck, G.M., Booth, C.L., Barnard, K.E. Maternal depression and locus of control orientation as predictors of dyadic play behavior [Text] / G.M. Houck, C.L. Booth, K.E. Barnard // Infant mental health journal. - 1991. - Vol. 12. - №4. - P. 347-360.
204. Kelly-Vance, L., Anthis, K., Needelman, H. Assisted Reproduction Versus Spontaneous Conception: A Comparison of the Developmental Outcomes in Twins [Text] / L. Kelly-Vance, K. Anthis, H. Needelman // The Journal of Genetic Psychology. - 2004. - № 165(2). - P. 157-167.
205. Klemetti, R., et al. Health of children born as a result of in vitro fertilization [Text] / R. Klemetti, et al. // Pediatrics. - 2006. - № 118 (5). - P. 1819-1827.
206. Kochanska, G. Patterns of inhibition to the unfamiliar in children of normal and affectively ill mothers [Text] / G. Kochanska // Child Development. - 1991. - Vol. 62. - P. 250-263.
207. Levy-Shiff, R., Vakil, E., Dimitrovsky, L. et al. Medical, cognitive, emotional and behavioral outcomes in school-age children conceived by in-vitro fertilization [Text] / R. Levy-Shiff, E. Vakil, L. Dimitrovsky, et al. // Journal of Clinical Child Psychology. - 1998. - № 27 (3). - P. 320-329.
208. Main, M., Solomon, J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation [Text] / M. Main, J. Solomon // Attachment in the pre-school years / M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (Eds.). Chicago: University of Chicago Press, 1990. - P. 121-160.
209. Mathews, T.J., Hamilton, B.E. Delayed childbearing: More women are having their first child later in life [Text] / T.J. Mathews, B.E. Hamilton // NCHS data brief. - 2009. - №21. - P. 1-8.
210. Minakami, H., Honma, Y., Matsubara, S., Koike, T., Sato, L., Uchida, A., et al. Lower risks of adverse outcome in twins conceived by artificial reproductive

- techniques compared with spontaneously conceived twins [Text] / H. Minakami, Y. Honma, S. Matsubara, T. Koike, L. Sato, A. Uchida, et al. // Human Reproduction. - 1998. - Vol. 13. - №7. - P. 2005-2008.
211. Montgomery, T.R., Aiello, F., Adelman, R.D., Wasylyshyn, N., Andrews, M.C., et al. The psychological status at school age of children conceived by in vitro fertilization [Text] / T.R. Montgomery, F. Aiello, R.D. Adelman, N. Wasylyshyn, M.C. Andrews, et al. // Human Reproduction. - 1999. - Vol. 14. - №8. - P. 2162-2167.
212. Newborg, J. Battelle Developmental Inventory [Text] / J. Newborg. - Riverside Publishing, 2005.
213. Nicol-Harper, R., Harvery, A.G., Stein, A. Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety [Text] / R. Nicol-Harper, A.G. Harvery, A. Stein // Infant Behavior and Development. - 2007. - № 30. - P. 161-167.
214. Nyirati, I., Orvos, H., Bartfai, G., Kovacs, L. Iatrogenic multiple pregnancy. Higher risk than a spontaneous one? [Text] / I. Nyirati, H. Orvos, G. Bartfai, L. Kovacs // Journal of Reproductive Medicine. - 1997. - № 42. - P. 695-698.
215. OECD Family Database (2015) [Электронный ресурс] URL: [www.oecd.org/social/family/database.htm](http://www.oecd.org/social/family/database.htm) (дата обращения: 14.05.2015).
216. Osofsky, J., Muhamedrahimov, R., Hammer, B. Dyadic Affect Manual [Text] / J. Osofsky, R. Muhamedrahimov, B. Hammer. - 1998.
217. Paneth, N.S. The problem of low birth weight [Text] / N.S. Paneth // The Future of Children. - 1995. - №5. - P. 19-34.
218. Patrat, C., et al. Pregnancies, growth and development of children conceived by subzonal injection of spermatozoa [Text] / C. Patrat, et al. // Human reproduction. - 1999. - Vol. 14. - №9. - P. 2404-2410.
219. Ponjaert-Kristoffersen, I., Tjus, T., Nekkebroeck, J., Squires, J., Verter, D., Heimann, M., et al. Psychological follow-up study of 5-year-old ICSI children [Text] / I. Ponjaert-Kristoffersen, T. Tjus, J. Nekkebroeck, J. Squires, D. Verter, M. Heimann, et al. // Human Reproduction. - 2004. - Vol. 19. - №12. - P. 2791-2797.

220. Quinn, P.J., O'Callaghan, M., Williams, G.M., Najman, J.M., Andersen, M.J., Bor, W. The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study [Text] / P.J. Quinn, M. O'Callaghan, G.M. Williams, J.M. Najman, M.J. Andersen, W. Bor // Journal for Pediatrics and Child Health. - 2001. - Vol. 37. - №5. - P. 465-469.
221. Radke-Yarrow, M., Cummings, E.M., Kuczynski, L., Chapman, M. Patterns of attachment in two- and three-years-old in normal families and families with parental depression [Text] / M. Radke-Yarrow, E.M. Cummings, L. Kuczynski, M. Chapman // Child Development. - 1985. - №56. - P. 884-893.
222. Reuter, J.M., Wozniak, J.R. The Kent Infant Development (KID) Scale (Third Edition). User's Guide & Technical Manual [Text] / J.M. Reuter, J.R. Wozniak. - Kent, OH: Kent Developmental Metrics, 1966.
223. Rickel, A.U., Williams, D.L., Loigman, G.A. Predictors of maternal child-rearing practices: implications for intervention [Text] / A.U. Rickel, D.L. Williams, G.A. Loigman // Journal of the community psychology. - 1988. - Vol. 16. - №1. - P. 180-211.
224. Robertson, J., Bowlby, J. Responses of young children to separation from their mothers [Text] / J. Robertson, J. Bowlby // Courier of the international children's centre. - 1952. - Vol. 2. - P.131-140.
225. Rogers, C.R. Psychotherapy and personality change [Text] / C.R. Rogers / Chicago: University of Chicago Press, 1954. - 446 p.
226. Sameroff, A. A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture [Text] / A. Sameroff // Child Development. - 2010. - Vol. 81. - № 1. - P. 6-22.
227. Schaefer, E.S. Development of a parental research instrument [Text] / E.S. Schaefer // Child Development. - 1958. - Vol. 29. - № 3. - P. 338-361.
228. Shaffer, H.R., Crook, C.K. Child compliance and maternal control techniques [Text] / H.R. Shaffer, C.K. Crook // Developmental psychology. - 1980. - №16. - P. 54-61.

229. Sheller, S. Understanding Insecure Attachment: A Study Using Children's Bird Nest Imagery [Text] / S. Sheller // Journal of the American Art Therapy Association. - 2007. - №24(3). - P. 119-127.
230. Skinner, E.A. Determinants of mother sensitive and contingent-responsive behavior: the role of childrearing beliefs and socioeconomic status [Text] / E.A. Skinner // Parental belief systems: the psychological consequences for children / Ed. by I. E. Sigel. - Hillsdale (NJ): Erlbaum, 1985. - P. 51-82.
231. Squires, J., Kaplan, P. Developmental Outcomes of Children Born After Assisted Reproductive Technologies [Text] / J. Squires, P. Kaplan // Infants & Young Children, 2007. - Vol. 20. - №1. - P. 2-10.
232. Stromberg, B, Dahlquist, G., Ericson, A., Finnstrom, O., et al. Neurological sequelae in children born after in-vitro fertilisation: A population-based study [Text] / B. Stromberg, G. Dahlquist, A. Ericson, O. Finnstrom, et al. // The Lancet. - 2002. - №359 (9305). - P. 461-465.
233. Sutcliffe, A.G., Ludwig, M. Outcome of assisted reproduction [Text] / A.G. Sutcliffe, M. Ludwig // The Lancet. - 2007. - №370 (9584). - P. 351-359.
234. Van Balen, F. Children born following in vitro fertilization [Text] / F. Van Balen // Zeitschrift fur Erziehungswissenschaft. - 1999. - №2. - P. 31-44.
235. Wennerholm, U.-B. et al. Incidence of congenital malformations in children born after ICSI [Text] / U.-B. Wennerholm, et al. // Human reproduction. - 2000. - Vol. 15. - №4. - P. 944-948.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

Частота встречаемости показателей детей и матерей в первой выборке

#### 1. Половозрастные показатели детей в группах

Пол ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Мальчик	77	74	151	57	55	56
Девочка	58	61	119	43	45	44
Всего	135	135	270	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Возраст ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
11-12 мес.	26	30	56	20	22	21
13-24 мес.	76	73	149	56	55	55
25-37 мес.	33	32	65	24	23	24
Всего	135	135	270	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

#### 2. Социально-демографические показатели в группах

Семейное положение матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Замужем	121	124	245	88	91	91
Незамужем	2	4	6	2	3	2
В разводе	2	1	3	2	1	1
Незарегистриров. брак	8	5	13	6	3	5
Вдова	1	2	3	1	2	1
Всего	135	135	270	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Образование матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Среднее	7	8	15	4	6	5
Среднее специальное	10	14	24	6	10	9
Неоконченное высшее	3	6	9	2	4	3
Высшее	106	99	205	80	74	76
2 высших или уч. степень	9	8	17	8	6	7
Всего	135	135	270	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Уровень доходов в семье по отношению к прожиточному минимуму	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Ниже	12	15	27	8	11	10

Соответствует	73	83	156	54	62	58
Выше	50	37	87	37	27	32
Всего	135	135	270	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Наличие в семье старших или младших сиблингов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Есть	25	65	90	19	48	33
Нет	110	70	180	81	52	67
Всего	135	135	270	100	100	100

Среди детей группы СБ достоверно больше ( $p \leq 0,01$ ) тех, кто имеет сиблингов.

### 3. Перинатальные показатели в группах

Гестационный возраст при рождении	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
37 недель и более	99	51	150	73	38	56
Менее 37 недель	36*	84	120	27	62	44
Всего	135	135	270	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Способ родов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Естественные роды	42	70	112	31	52	41
Кесарево сечение	93*	65	158	69	48	59
Всего	135	135	270	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Число рожденных детей	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Один	65*	121	186	48	90	69
Из двойни/тройни	70	14	84	52	10	31
Всего	135	135	270	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Пребывание ребенка в отделении реанимации новорожденных	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Да	38*	92	130	28	68	48
Нет	97	43	140	72	32	52
Всего	135	135	270	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

## Частота встречаемости показателей детей и матерей в дополнительной выборке

## 1. Половозрастные показатели детей в группах

Пол ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Мальчик	53	55	108	53	55	54
Девочка	47	45	92	47	45	46
Всего	100	100	200	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Возраст ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
12-24 мес.	62	62	124	62	62	62
25-37 мес.	38	38	76	38	38	38
Всего	100	100	200	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

## 2. Социально-демографические показатели в группах

Семейное положение матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Замужем	83	85	168	83	85	84
Незамужем	5	8	13	5	8	7
В разводе	2	1	3	2	1	1
Незарегистрир. брак	8	4	12	8	4	6
Вдова	2	2	4	2	2	2
Всего	100	100	200	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Образование матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Среднее	4	3	7	4	3	4
Среднее специальное	9	8	17	9	8	9
Незаконченное высшее	3	6	9	3	6	5
Высшее	78	74	152	78	74	76
2 высших или уч. степень	6	9	15	6	9	7
Всего	100	100	200	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Уровень доходов в семье по отношению к прожиточному минимуму	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Ниже прожит. минимума	13	8	21	13	8	11
Соответствует прожит. минимуму	74	75	149	74	75	75
Выше прожит. минимума	13	17	30	13	17	15



Всего	100	100	200	100	100	100
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Значимых различий между группами нет.

Наличие в семье старших или младших сиблингов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Есть	23	29	52	23	29	26
Нет	77	71	148	77	71	74
Всего	100	100	200	100	100	100

### 3. Перинатальные показатели в группах

Способ родов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Естественные роды	39	77	116	39	77	58
Кесарево сечение	61*	23	84	61	23	42
Всего	100	100	200	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Число рожденных детей	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Один	69	98	167	69	98	84
Из двойни/тройни	31*	2	33	31	2	12
Всего	100	100	200	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

### 4. Результаты диагностики умственного развития детей в группах

Результат Диагностики	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Развитие соответствует норме	<b>30</b>	<b>57*</b>	87	30	57	44
Особенности познавательной деятельности	50	38	88	50	38	44
Снижение интеллектуальной деятельности	<b>16</b>	<b>5*</b>	21	16	5	11
Значительное снижение интеллектуальной деятельности	4	0	4	4	0	1
Всего	100	100	200	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

## Частота встречаемости показателей детей и матерей во второй выборке

## 1. Половозрастные показатели детей в группах

Пол ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
мальчик	37	44	81	48	49	49
девочка	40	46	86	52	51	51
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Возраст ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
12 мес.	19	17	36	25	19	23
13-24 мес.	39	46	85	50	51	51
25-37 мес.	19	27	46	25	30	26
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

## 2. Социально-демографические показатели в группах

Семейное положение матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Замужем	70	80	150	91	90	90
Незамужем	2	5	7	3	5	4
Разведена	0	0	0	0	0	0
Незарегистрированный брак	4	3	7	5	3	4
Вдова	1	2	3	1	2	2
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Образование матери	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Среднее	2	5	7	3	6	4
Среднее специальное	11	7	18	14	8	11
Незаконченное высшее	2	6	8	3	6	5
Высшее	55	59	114	71	66	68
2 высших или ученая степень	7	13	20	9	14	12
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Уровень доходов в семье по отношению к прожиточному минимуму	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Ниже	9	7	16	12	8	9
Соответствует	38	50	88	49	56	53
Выше	30	33	63	39	36	38

Всего	77	90	167	100	100	100
-------	----	----	-----	-----	-----	-----

Значимых различий между группами нет.

Наличие старших/младших сиблингов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Есть	22	36	58	29	40	35
Нет	55	54	109	71	60	65
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

### 3. Перинатальные показатели в группах

Сроки идентификации шевелений	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
До 16 недель	30	26	56	39	29	34
16-20 недель	29*	48	77	37	53	46
После 20 недель	3	6	9	4	7	5
Не помню	15	10	25	20	11	13
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,05$

Характер ощущений матерей от шевелений ребенка	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
не беспокоили, не помню	25*	19	44	30	18	23
преимущественно доставляли дискомфорт (в т.ч. были болезненными)	18**	10	28	22	9	15
преимущественно были приятны	29*	54	83	35	51	44
вызывали восторг	3*	12	15	4	11	8
в равной мере сопровождалась приятными и неприятными ощущениями	7	11	18	8	10	9
Всего ответов	82	106	188	100	100	100

*Примечание.* Испытуемые могли выбрать несколько вариантов ответов.

\*-  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$

Впечатление от первого контакта с ребенком	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Не помнит	3	3	6	3,8	3,3	3,5
Отрицательное	13*	6	19	16,8	6,6	11,3
Положительное	48*	69	117	62,3	76,6	70,1
Амбивалентное	13	12	25	16,8	13,3	14,9
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,05$

Гестационный возраст при рождении	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
37 недель и более	50	61	111	65	67	66

Менее 37 недель	27	29	56	35	33	34
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Способ родов	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Естественные роды	24	55	79	31	61	47
Кесарево сечение	53*	35	88	69	39	53
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Число рожденных детей	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
Один	31	81	112	40	90	67
Из двойни/ тройни	46*	9	55	60	10	23
Всего	77	90	167	100	100	100

\*-  $p \leq 0,01$

Пребывание ребенка в отделении реанимации новорожденных	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
да	27	38	65	35	42	39
нет	50	52	102	65	58	61
Всего	77	90	167	100	100	100

Значимых различий между группами нет.

Госпитализация ребенка после роддома	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
нет	53	53	106	69	59	63
да	20*	33	53	26	37	32
нет данных	4	4	8	5	4	5
Всего	77	90	167	100	100	100

\* -  $p \leq 0,05$

Сроки госпитализации ребенка после роддома	Частота встречаемости			Частота (%)		
	Группа		Всего	Группа		Всего
	ЭКО	СБ		ЭКО	СБ	
нет	53	53	106	69	59	63
до 14 суток	4	21	25	5	23	15
15-30 суток	11	11	22	14	12	12
больше 30 суток	5	1	6	6	1	6
нет данных	4	4	8	5	4	5
Всего	77	90	167	100	100	100

Расхождения между распределениями статистически достоверны ( $p \leq 0,01$ ).

Протокол регистрации параметров материнско-детского взаимодействия во время совместной игры

ФИ ребенка

Возраст

<b>РЕБЕНОК</b>	
<b>Использование вербальных средств общения</b>	
Обращение к матери	0 1 2 3
Вербальное побуждение матери к действию	0 1 2 3
<b>Использование невербальных средств общения</b>	
<i>1. Проявление положительных эмоций</i>	
Мимика	0 1 2 3
Интонация	0 1 2 3
Жесты	0 1 2 3
Взгляды	0 1 2 3
Физический контакт с матерью	0 1 2 3
<i>2. Проявление отрицательных эмоций</i>	
Мимика	0 1 2 3
Интонация	0 1 2 3
Жесты	0 1 2 3
Взгляды	0 1 2 3
Физический контакт с матерью	0 1 2 3
<b>Поведение взаимодействия</b>	
Концентрация внимания на матери	0 1 2 3
Проявление собственной инициативы	0 1 2 3
Эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	0 1 2 3
Понимание речи матери	0 1 2

<b>МАТЬ</b>	
<b>Использование вербальных средств общения</b>	
Обращение по имени	0 1 2 3
Вербальное побуждение ребенка к действию	0 1 2 3
<b>Использование невербальных средств общения</b>	
<i>1. Проявление положительных эмоций</i>	
Мимика	0 1 2 3
Интонация	0 1 2 3
Жесты	0 1 2 3
Взгляды	0 1 2 3
Физический контакт с ребенком	0 1 2 3
<i>2. Проявление отрицательных эмоций</i>	
Мимика	0 1 2 3
Интонация	0 1 2 3
Жесты	0 1 2 3
Взгляды	0 1 2 3
Физический контакт с ребенком	0 1 2 3
<b>Поведение взаимодействия</b>	
Способность организовать пространство	0 1 2 3
Сопровождение речью действий своих и ребенка	0 1 2 3
Проявление собственной инициативы	0 1 2 3
Чувствительность по отношению к ребенку	0 1 2 3
Отзывчивость по отношению к ребенку	0 1 2 3
Эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	0 1 2 3

Критерии оценивания параметров материнско-детского взаимодействия во время совместной игры<sup>4</sup>**1. МАТЬ****1.1. Характеристики действий**

- 1) способность организовать пространство (чтобы ребенок мог достать предметы и манипулировать с ними, имел безопасную опору)
- 2) сопровождение речью действий своих и ребенка (проговаривание действий, инструкций, комментарии)
- 3) проявление собственной инициативы (побуждение ребенка к совместной деятельности, активность)
- 4) сензитивность (чувствительность) по отношению к ребенку (внимание к проявлениям ребенка, эмпатическое понимание его состояний: плач, смущение, радость и т.п.)
- 5) респонсивность (отзывчивость) по отношению к ребенку (адекватное реагирование на проявления ребенка, готовность откликнуться на его инициативы, согласованность собственных действий с действиями ребенка)
- 6) эмоциональная вовлеченность (интерес и удовольствие от взаимодействия с ребенком, эмоциональная окраска взаимодействия)

**Критерии оценивания действий**

Параметры	Критерии оценки	Баллы
Способность организовать пространство	<i>Отсутствует:</i> ребенок не имеет безопасных опор, не имеет доступа к предложенным игрушкам, возможности ими манипулировать	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок изредка имеет доступ к предметам, его поза неустойчива.	1
	<i>Средний уровень:</i> мать не учитывает все нюансы предметной среды, ребенок имеет безопасную опору.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок имеет постоянный доступ к разнообразным предметам, возможность ими манипулировать, он находится в безопасности; мать постоянно следит за этим.	3
Сопровождение речью действий своих и ребенка	<i>Отсутствует:</i> мать не проговаривает свои действия и действия ребенка, не дает словесных инструкций, словесно не поощряет и не осуждает.	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать изредка говорит, чаще в ситуации поощрения / наказания, используя односложные предложения.	1
	<i>Средний уровень:</i> обращения матери к ребенку встречаются не всегда, предложения чаще односложны, редко развернутые. Иногда мать дает ребенку определенные инструкции.	2

<sup>4</sup> составлено на основе подхода к диагностике психического развития детей раннего возраста, предложенного Е.О. Смирновой и соавт. в кн.: Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мешерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет – М.: МГППУ, 2002. - 128 с.

	<i>Высокий уровень:</i> мать постоянно проговаривает свои действия и действия ребенка, четко дает инструкции, повторяя их несколько раз. Предложения развернутые, используется много прилагательных, наречий.	3
Проявление собственной инициативы	<i>Отсутствует:</i> мать не проявляет собственных инициатив, не обращается к ребенку, уклоняется от взаимодействия.	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать первая не инициирует контакт с ребенком или делает это редко; начинает проявлять инициативу только после обращения ребенка; не проявляет настойчивости в привлечении внимания, не стремится заинтересовать ребенка.	1
	<i>Средний уровень:</i> мать не всегда инициативна; обращения не охватывают всего спектра возможностей; обращения не настойчивы.	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать постоянно проявляет инициативу во взаимодействии с ребенком, настойчива, максимально использует средства воздействия на ребенка; часто обращается к ребенку.	3
Сензитивность (чувствительность) по отношению к ребенку	<i>Отсутствует:</i> мать отстранена, может быть раздражена	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать не всегда внимательна к состоянию ребенка, часто не понимает его состояние	1
	<i>Средний уровень:</i> мать эмоционально включена, но не всегда понимает состояние ребенка	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать эмоционально включена, сразу понимает состояние ребенка (например, дискомфорт, смущение)	3
Респонсивность (отзывчивость) по отношению к ребенку	<i>Отсутствует:</i> мать игнорирует инициативы ребенка или вмешивается в его действия, ее действия не отвечают потребностям ребенка и/или в неприемлемой для него форме	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать отвечает на инициативы ребенка только после долгих побуждений ребенка, большинство инициатив ребенка игнорирует или отвечает неадекватно	1
	<i>Средний уровень:</i> мать отвечает на инициативы не постоянно, часто неуверенно, некоторые игнорирует; или мать ситуативно отвечает на инициативы ребенка, не всегда ее действия согласованы с действиями ребенка	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать ведет себя в соответствии с потребностями ребенка (например, дает ему время освоиться в новой обстановке, не торопит начать игру), наблюдается постоянная согласованность действий матери с действиями ребенка	3
Эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	<i>Отсутствует:</i> мать безразлична, не заинтересована во взаимодействии.	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать проявляет слабый интерес к взаимодействию, часто отвлекается.	1
	<i>Средний уровень:</i> мать проявляет интерес к ребенку и его действиям, отвлекается редко, но действует без удовольствия.	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать проявляет интерес и удовольствие от взаимодействия, не отвлекается.	3

### 1.2. Характеристики средств взаимодействия<sup>5</sup>

- 1) использование вербальных средств общения (обращение к ребенку по имени, вербальное побуждение, выражение поощрения / недовольства)
- 2) использование невербальных средств общения (мимика, интонация, жесты, взгляды, физический контакт с ребенком)

#### Критерии оценивания средств взаимодействия

Параметры	Критерии оценивания	Баллы
Использование вербальных средств общения	<i>Отсутствует:</i> во время игры мать не обращается к ребенку, не называет его по имени, словесно не побуждает его к действию, не поощряет и не порицает.	0
	<i>Низкий уровень:</i> во время игры мать не называет ребенка по имени, редко побуждает его к действиям, не называет свое эмоциональное состояние.	1
	<i>Средний уровень:</i> мать обращается к ребенку по имени 1-2 раза, иногда побуждает его к действиям.	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать постоянно говорит с ребенком, называет его по имени (более 2 раз), словесно поощряет его действия.	3
Использование невербальных средств общения	<i>Отсутствует:</i> мать не использует средства: не смотрит на ребенка, амимична, не прикасается к ребенку.	0
	<i>Низкий уровень:</i> мать неясно выражает свои эмоции, мимика слабая; использует 1-2 невербальных средств общения.	1
	<i>Средний уровень:</i> мать использует 3-4 невербальные средства общения.	2
	<i>Высокий уровень:</i> мать использует весь диапазон невербальных средств общения.	3

<sup>5</sup> Для обозначения как положительных, так и отрицательных эмоциональных состояний.



## 2. РЕБЕНОК

### 2.1. Характеристики действий

- 1) концентрация внимания на матери
- 2) проявление собственной инициативы (активность, привлечение к себе внимания матери, побуждение ее к совместной деятельности)
- 3) эмоциональная вовлеченность во взаимодействие (интерес к взаимодействию с матерью, удовольствие от общения, эмоциональная окраска коммуникативных актов ребенка, количество отвлечений от общения)
- 4) понимание речи матери (на основании ответных действий или слов ребенка после обращений к нему матери, при выполнении словесных инструкций)

#### Критерии оценивания действий

Параметры	Критерии оценивания	Баллы
Концентрация внимания на матери	<i>Отсутствует:</i> ребенок не обращает внимания на мать.	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок смотрит на мать, только когда та пытается его заинтересовать.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок в процессе взаимодействия часто отвлекается, но обращает внимание на мать, когда та проявляет инициативу, или когда он сам инициативен.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок во время игры часто обращается к матери, мать и ребенок находятся в постоянном контакте.	3
Проявление собственной инициативы	<i>Отсутствует:</i> ребенок не проявляет активности, пассивно следует за матерью	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок редко (2-3 раза) проявляет инициативу, предпочитает следовать за матерью; начинает проявлять инициативу, только после обращения матери.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок проявляет инициативу, но не настойчив; действия однообразны, обращения не охватывают всего спектра возможностей	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок активно привлекает мать к своим действиям, проявляет настойчивость, максимально используя средства воздействия на мать, обращается к матери по разным поводам	3
Эмоциональная вовлеченность во взаимодействие	<i>Отсутствует:</i> ребенок безразличен, не заинтересован во взаимодействии, отвлекается или не обращает внимания на мать.	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок проявляет слабый интерес к взаимодействию, часто отвлекается.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок проявляет интерес к матери и ее действиям, отвлекается редко, но не выражает радости и удовольствия, радости.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок проявляет интерес, радость и удовольствие от взаимодействия, не отвлекается.	3
Понимание	<i>Отсутствует:</i> ребенок не обнаруживает понимания речи матери, не выполняет инструкции или выполняет их неправильно.	0

речи матери	<i>Низкий уровень:</i> ребенок периодически прислушивается к словам матери, редко выполняет инструкции.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок слушает мать внимательно, выполняет инструкции только после их повторения.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок понимает речь матери, всегда или в большинстве случаев выполняет инструкции.	3

### 2.2. Характеристики средств взаимодействия<sup>6</sup>

- 1) использование вербальных средств общения (обращение к матери, вербальное побуждение матери к действию)
- 2) использование невербальных средств общения (мимика, интонация, жесты, взгляды, физический контакт с матерью)

#### Критерии оценивания средств взаимодействия

Параметры	Критерии оценивания	Баллы
Использование вербальных средств общения	<i>Отсутствует:</i> ребенок не обращается к матери вербально, играет молча.	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок 1 раз произносит «мама», «мама, дай / на» и т.п.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок обращается к матери 2-3 раза.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок постоянно сопровождает игру вербальными обращениями к матери.	3
Использование невербальных средств общения	<i>Отсутствует:</i> ребенок не использует экспрессивно-мимические средства (не обращается к матери взглядом, не выражает свои переживания интонационно и мимически, не протягивает игрушки, не показывает жестами желаемое действие).	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок редко смотрит на мать, мимика слабая, интонации невыразительны, использует 1-2 невербальных канала.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок иногда смотрит на мать, мимика, интонации недостаточно выразительны, использует 3-4 невербальных канала.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок постоянно обращается к матери взглядом за оценкой, помощью, в поиске сопереживания или выражая недовольство; интонации и мимика выразительные; ребенок использует жесты для изображения желаемого действия, протягивает и вкладывает в руку матери игрушки, использует весь диапазон невербальных средств общения.	3

<sup>6</sup> Для обозначения как положительных, так и отрицательных эмоциональных состояний.

Бланк методики «Родительские оценки детей»

Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Max					
Min					
Здоровье	Сообразительность	Характер	Самостоятельность	Внешность	

Опросник для матерей

ФИ ребенка		ФИО психолога	
Видео	Да -1/нет - 0	Дата заполнения	____/____/20____
Дата рождения ребенка	____/____/20____	Кто отвечает на вопросы	1. мать   2. отец   3. бабушка   4. др. член семьи   5. няня, воспитатель
Возраст ребенка на момент обследования	____ года ____ мес	Пол ребенка	М - 1   Ж- 0
ЭКО	Нет – 0 номер удачной попытки - Сколько лет лечилась от бесплодия -	Роды	Для ребенка: 0 – нормальные 1 – с осложнениями Для мамы: 0 – нормальные 1 – с осложнениями
Кесарево сечение	Экстренное - 1 Плановое – 0	При естеств. родах: анестезия	Нет – 0 Да - 1
Гестационный возраст при рождении	____ нед.	Кол-во родившихся детей	1 2 3
Реанимация	Нет - 0, да - 1 ИВЛ (в сутках) - Степень поражения ЦНС - 0 1 2 3 4	Последующая госпитализация С мамой?	Нет - 0, да - 1 Сколько суток - Нет – 0/ да – 1

ВОПРОСЫ О МАТЕРИ

Ваш возраст		Ваше семейное положение	1. замужем 2. не замужем, 3. в разводе 4. в незарег. браке 5. вдова
Ваше образование	1. среднее 2. среднее спец. 3. незаконч. высшее 4. высшее 5. 2 высших, уч. степень	Соответствуют ли доходы семьи прожит минимуму?	1. ниже, 2. соответствуют, 3. незначительно выше, 4. значительно выше
Ваша профессия		Ваши жилищные условия	1. нет пост места жит-ва 2. оч. плохие 3. плохие 4. не оч. хорошие 5. хорошие.
Другие дети в семье	нет – 0 рожд. ДО: Возраст пол рожд. ПОСЛЕ: Возраст пол		

Сколько прошло месяцев после рождения ребенка, когда Вы приступили к работе (обведите цифру)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Сколько дней в неделю Вы работаете (обведите цифру)	0 1 2 3 4 5 6 7
Сколько прошло месяцев после рождения ребенка, когда Вы приступили к учебе (обведите кружком)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Сколько дней в неделю Вы учитесь (обведите цифру)	0 1 2 3 4 5 6 7

ВОПРОСЫ О РЕБЕНКЕ

С кем из взрослых проживает ребенок?	1. Только с мамой 2. С мамой и др. родств 3. С мамой и папой 4. С родителями и др. родственниками 5. С др. родственниками	Кто еще участвует в воспитании ребенка, кроме родителей?	1. Прародители 2. Др. родственники ( <i>указать кто</i> )... 3. Наемный работник
Где воспитывается ребенок?	1 – в семье 2 – в семье и яслях/ садике 3 - в круглосуточных яслях	Состояние ребенка	1. здоров 2. полностью выздоровел после тяжелой болезни 3. ослаблен после тяжелой болезни 4. физически болен

Что Вас больше всего беспокоило в период беременности (подробно)	1 триместр	2 триместр	3 триместр
На каком сроке почувствовали шевеление?	В ____ недель	Что можете рассказать о характере шевелений ребенка? <i>Подчеркнуть одно или два высказывания, наибольшее впечатление – двумя чертами, другое – одной</i>	0 Не беспокоили 1 Преимущественно доставляли дискомфорт 2 Преимущ. были болезненны 3 Преимущ. были приятны 4 Вызывали восторг 5 В равной мере сопровождалось приятными и неприятными ощущениями

В какой день от завершения родов произошел Ваш первый контакт с ребенком?	1. Глазной на ____ день. 2. Тактильный на ____ день.	Ваши впечатления от первого контакта? <i>(подробно)</i>	
Сколько месяцев Вы кормили ребенка грудью (обведите цифру)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24		
Как происходило отлучение ребенка от груди?	1. Произошло само собой (молока не хватало) 2. Постепенно сокращала количество прикладываний в сутки 3. Ребенок отказался сам без моего участия 4. Придумала объяснение для ребенка 5. Надела одежду, закрывшую доступ к груди 6. Передала уход за ребенком другим людям, оставаясь дома 7. Уехала из дома 8. Применила гормональные средства, прекратившие лактацию 9. Сделала контакт ребенка с грудью неприятным для него (намазала соски чем-то горьким, подложила что-то под грудь и т.п.) 10. Другое		

Что Вас радует в ребенке?		Что огорчает в ребенке?	
Что вызывает беспокойство?		Пришлось ли Вам менять жизненные планы в связи с рождением ребенка?	

Отметьте 1 ответ из 5 в каждой таблице, наиболее для Вас приоритетный.

Как повлияло рождение ребенка на Вашу жизнь?

1	Сократило возможности для реализации важных для меня интересов	
2	Раскрыло во мне новые качества, которые пригодились мне в дальнейшей жизни	
3	Раскрыло новые грани жизни	
4	Изменило мое восприятие жизни	
5	Почти никак не повлияло	

Как повлияло рождение ребенка на Ваши отношения с мужем/отцом ребенка?

1	Скорее ухудшило отношения	
2	Скорее улучшило отношения	
3	Раскрыло новые грани взаимоотношений	
4	В чем-то ухудшило, в чем-то улучшило	
5	Никак не повлияло	

Как повлияло рождение ребенка на Ваши отношения с Вашими родителями?

1	Скорее ухудшило отношения	
2	Скорее улучшило отношения	
3	Раскрыло новые грани отношений	
4	В чем-то ухудшило, в чем-то улучшило	
5	Никак не повлияло	

Как повлияло рождение ребенка на Ваши отношения с родителями мужа/отца ребенка?

1	Скорее ухудшило отношения	
2	Скорее улучшило отношения	
3	Раскрыло новые грани отношений	
4	В чем-то ухудшило, в чем-то улучшило	
5	Никак не повлияло	

Планируете ли Вы родить еще ребенка?

1	Да, я беременна
2	Да, в ближайшие два года
3	Да, в ближайшие три-пять лет
4	Да, в будущем
5	Нет, не планирую
6	Затрудняюсь ответить

## Результаты одномерного ковариационного анализа уровня умственного развития детей групп ЭКО и СБ (фактор – способ зачатия, ковариация – возраст ребенка)

```
UNIANOVA Результатдиагностикиивбаллах BY спонтанная1нет0 WITH
Возрастдиагностикиивмесяцах
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/EMMEANS=TABLES(OVERALL) WITH(Возрастдиагностикиивмесяцах=MEAN)
/EMMEANS=TABLES(спонтанная1нет0) WITH(Возрастдиагностикиивмесяцах=MEAN)
/PRINT=HOMOGENEITY DESCRIPTIVE
/PLOT=SPREADLEVEL
/CRITERIA=ALPHA(.01)
/DESIGN=Возрастдиагностикиивмесяцах спонтанная1нет0.
```

### Одномерный дисперсионный анализ

[Наборданных1] C:\Users\ELENA\Desktop\3 ВЫБОРКА\ВЫБОРКА 3 ВСЯ.sav

#### Межгрупповые факторы

		N
спонтанная- 1, нет - 0	0	65
	1	71

#### Описательные статистики

Зависимая переменная:Результат диагностики (в баллах)

спонтанная- 1, нет - 0	Среднее	Стд. Отклонение	N
0	27,46	7,122	65
1	31,51	5,674	71
Всего	29,57	6,697	136

#### Критерий Левиня проверки равенства дисперсий.<sup>a</sup>

Зависимая переменная:Результат диагностики (в баллах)

F	ст.св.1	ст.св.2	Знч.
2,105	1	134	,149

Проверка нулевой гипотезы о том, что дисперсия ошибки зависимой переменной постоянна во всех группах.

a. План: Свободный член + Возрастдиагностикиивмесяцах + спонтанная1нет0

#### Оценка эффектов межгрупповых факторов

Зависимая переменная:Результат диагностики (в баллах)

Источник	Сумма квадратов типа III	ст.св.	Средний квадрат	F	Знч.
Скорректированная модель	2441,305 <sup>a</sup>	2	1220,652	44,922	,000
Свободный член	7026,935	1	7026,935	258,603	,000
Возрастдиагностикиивмесяцах	1885,940	1	1885,940	69,406	,000
спонтанная1нет0	412,230	1	412,230	15,171	,000
Ошибка	3613,960	133	27,173		
Всего	125000,000	136			
Скорректированный итог	6055,265	135			

a. R квадрат = ,403 (Скорректированный R квадрат = ,394)

## Результаты расчетов методом главных компонент

[Наборданных1] C:\Users\ELENA\Desktop\3 ВЫБОРКА\ВЫБОРКА 3 ВСЯ.sav

## Мера адекватности и критерий Бартлетта

Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина.		,754
Критерий сферичности	Прибл. хи-квадрат	1059,831
Бартлетта	ст.св.	153
	Знч.	,000

Матрица повернутых компонент<sup>a</sup>

	Компонента			
	1	2	3	4
Уровень предметной деятельности	,833			
Включенность предметных действий в общение	,718			
Инициативность ребенка в общении	,701			
Понимание речи матери	,624			
Вербальные средства взаимодействия (ребенок)	,699			
Невербальные средства взаимодействия (ребенок)	,690	,423		
Уровень умственного развития	,404		,487	
Вербальные средства взаимодействия (мать)		,770		
Невербальные средства взаимодействия (мать)		,849		
Чувствительность матери по отношению к ребенку		,783		
Отзывчивость матери по отношению к ребенку		,777		
Речевое сопровождение матерью действий своих и ребенка		,666		
Число детей, рожденных после данной беременности			-,766	
Длительность грудного вскармливания			,697	
Гестационный возраст при рождении			,535	
Способ зачатия (с помощью ЭКО - 0, спонтанное - 1)			,429	,686
Возраст матери				-,763
Способ родов (кесарево сечение – 0, естественные роды - 1)				,506

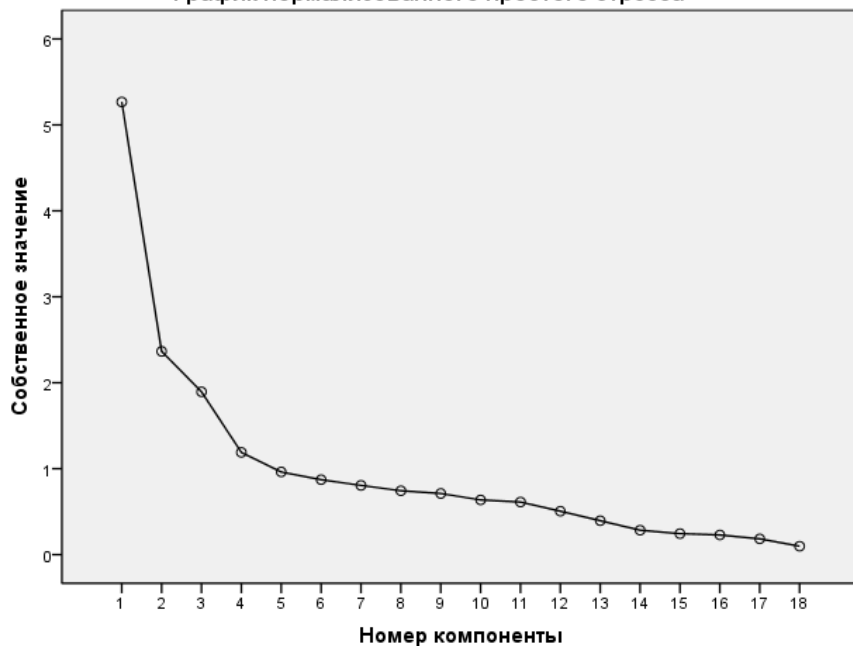
Метод выделения: Анализ методом главных компонент.

Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера.

а. Вращение сошлось за 6 итераций.



График нормализованного простого стресса



Полная объясненная дисперсия

Компонента	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Итого	% Дисперсии	Кумулятивный %	Итого	% Дисперсии	Кумулятивный %
1	5,268	29,264	29,264	3,475	21,505	21,505
2	2,365	14,140	43,404	3,372	18,736	40,241
3	1,894	11,824	55,228	2,279	14,663	54,904
4	1,189	9,607	64,835	1,590	9,931	64,835
5	,962	5,044	69,879			
6	,872	4,344	74,223			
7	,806	4,076	78,299			
8	,743	3,728	82,027			
9	,712	3,254	85,281			
10	,636	3,036	88,317			
11	,613	2,803	91,120			
12	,505	2,207	93,327			
13	,395	1,905	95,232			
14	,284	1,579	95,801			
15	,244	1,358	97,159			
16	,229	1,274	98,432			
17	,184	1,021	99,453			
18	,098	,547	100,000			

Метод выделения: Анализ главных компонент.