

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИИ И СТРЕССА У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ «SPINA BIFIDA» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Фролова Л.М., Кулагина И.В. (Москва, Россия)



Фролова Луиза Михайловна

Перинатальный и семейный психолог, студентка магистратуры Тольяттинского государственного университета, кафедры «Педагогика и психология», направления «Психология здоровья», руководитель проекта психологической помощи взрослым и детям с диагнозом спина в благодетельном фонде «Спина бифида», г. Москва

Email: frolovalm_7@mail.ru

ORCID: 0009-0005-5747-552X



Кулагина Ирина Васильевна

Кандидат психологических наук, кафедра «Педагогика и психология», гуманитарно-педагогический институт, Тольяттинский государственный университет 445020, Самарская область, г. Тольятти, ул. Белорусская, д. 16 В, каб. УЛК-508

Аннотация.

В статье представлены результаты исследования психоэмоциональных особенностей матерей детей с диагнозом spina bifida в зависимости от времени постановки диагноза. Обосновывается актуальность изучения взаимосвязи между сроками диагностики врожденных пороков развития и выраженностью материнского дистресса. Описываются современные данные о влиянии рождения ребенка с врожденными аномалиями на психоэмоциональное состояние родителей. Использовались стандартизированные психодиагностические методики: шкала тревожности Спилбергера-Ханина (STAI), опросник депрессии Бека (BDI-II) и шкала воспринимаемого стресса (PSS-10). Установлено, что матери детей с spina bifida демонстрируют статистически значимо более высокие показатели ситуативной и личностной тревожности, симптомов депрессии и воспринимаемого стресса по сравнению с контрольной группой. Выявлены значимые обратные корреляции между временем постановки диагноза и всеми психоэмоциональными показателями. Регрессионный анализ подтвердил, что время диагностики объясняет от 20% до 28% вариативности материнского дистресса.

Ключевые слова: спина бифида, материнство, психоэмоциональное состояние, тревожность, депрессия, стресс, пренатальная диагностика, время постановки диагноза.

Для цитаты. Особенности показателей тревожности, депрессии и стресса у матерей детей с диагнозом «spina bifida» в зависимости от времени постановки диагноза // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2025. Т. 17. №3(88). С. 64-78. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-64-78>

Введение

Дефекты нервной трубки, включающие spina bifida (расщепление позвоночника), представляют собой группу врожденных пороков развития, встречающихся с частотой 0,5-2 случая на 1000 новорожденных, и является орфанным заболеванием. Spina bifida характеризуется неполным закрытием позвоночного столба во время эмбрионального развития, что может приводить к образованию спинномозговой грыжи с различной степенью неврологических нарушений [1].

Современные исследования в области перинатальной и семейной психологии убедительно демонстрируют, что рождение ребенка с врожденными пороками развития является мощным стрессогенным фактором, оказывающим значительное воздействие на психоэмоциональное состояние родителей, особенно матерей [2]. Материнская психика в период беременности и раннего материнства характеризуется повышенной уязвимостью и восприимчивостью к стрессовым воздействиям [3].

Психические изменения у родителей носят сложный характер и не всегда коррелируют с объективной оценкой состояния здоровья ребенка. Масштаб данной проблемы подчеркивается тем фактом, что около 7% детей раннего возраста ежегодно нуждаются в госпитализации, при этом значительная часть случаев связана с врожденными аномалиями развития [4]. Исследования показывают, что материнская депрессия и тревожность не только снижают качество жизни самих женщин, но и негативно влияют на развитие детей [5; 6]. Депрессия у матери делает ее менее чувствительной к потребностям ребенка, снижает способность к эмоциональному контакту и может привести к нарушениям в системе «мать-дети» [7;8].

Особую значимость в формировании материнских психоэмоциональных реакций играет время постановки диагноза. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития может происходить на разных сроках беременности: в I триместре (12-14 недель), во II триместре (18-22 недели), в III триместре (после 28 недель), либо диагноз устанавливается только после рождения ребенка. Каждый из этих временных периодов характеризуется особыми психологическими условиями и адаптационными возможностями материнской психики. Ранняя пренатальная диагностика предоставляет семье время для психологической подготовки к рождению особого ребенка, получения необходимой информации о заболевании и планирования медицинского сопровождения. Напротив, поздняя диагностика или выявление диагноза только после рождения может стать травматическим событием, нарушающим сформированные материнские ожидания и планы [9].

В контексте изучения материнского стресса при врожденных патологиях необходимо отметить исследования, посвященные другим нозологиям. Так, изучение психоэмоционального состояния матерей детей с врожденными пороками сердца показало, что диагноз congenital heart disease вызывает эмоциональный дистресс, сопровождающийся тревожностью, депрессией и чувством вины. При этом отмечается высокая эффективность ранней психологической интервенции в уменьшении тяжести симптомов [10].

Исследование психического состояния матерей госпитализированных детей раннего возраста выявило, что наиболее острые переживания вызывает не сам факт госпитализации, а осознание серьезности заболевания ребенка [4]. Это объясняет важность не только медицинских, но и психологических аспектов сопровождения семей с детьми, имеющими врожденные патологии.

В области изучения материнского стресса при spina bifida зарубежные исследования показывают повышенные уровни родительского стресса, тревожности и депрессии [11]. Однако систематических исследований, изучающих взаимосвязь между временем постановки диагноза spina bifida и психоэмоциональным состоянием матерей в российской популяции, недостаточно.

Пренатальная психология подчеркивает особую важность эмоционального состояния матери во время беременности [12]. К пятому месяцу внутриутробного развития плод способен чувствовать эмоциональное состояние матери, и материнская тревога

воспринимается им как угрожающая ситуация [13]. Это создает основу для формирования пренатального стресса, который может влиять на дальнейшее развитие ребенка.

Современные подходы к психологической поддержке семей с генетическими и врожденными заболеваниями подчеркивают необходимость комплексного подхода, включающего индивидуальную психотерапию, семейную терапию и групповые формы поддержки [14]. Особую важность приобретает долгосрочная психологическая поддержка, учитывающая хронический характер многих врожденных патологий.

Проблемное поле исследования связано с тем, что психоэмоциональные реакции матерей, узнавших о наличии у ребенка диагноза «спина бифида», могут существенно различаться в зависимости от времени постановки диагноза. Соответственно, подходы к психологической поддержке должны быть дифференцированы для различных клинических и временных ситуаций.

Гипотезы исследования:

1. Матери детей с диагнозом «спина бифида» демонстрируют повышенные уровни тревожности, депрессии и воспринимаемого стресса по сравнению с контрольной группой.

2. Время постановки диагноза является значимым предиктором психоэмоционального состояния матерей: более позднее выявление заболевания связано с более выраженными показателями дистресса

Цель исследования – изучить возможные особенности психоэмоционального состояния матерей детей с диагнозом «спина бифида» в зависимости от времени постановки диагноза и выявить факторы, влияющие на их психологическое благополучие.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе благотворительного фонда «Спина бифида» с марта по май 2025 года с соблюдением принципов добровольности участия и информированного согласия. В исследовании приняли участие 58 женщин: 48 матерей детей с подтвержденным диагнозом *spina bifida* (основная группа) и 10 матерей, воспитывающих детей без нарушений в развитии (контрольная группа). Средний возраст участниц составил $32,4 \pm 6,7$ лет (от 23 до 43 лет). Обследование матерей проводилось не ранее чем через 6 месяцев после установления диагноза ребенку, что обеспечивало преодоление острой фазы адаптационного стресса и получение более стабильных показателей психоэмоционального состояния. В выборку вошли матери кровных детей возрастом от 6 месяцев до 10 лет.

Основная группа была разделена на подгруппы в зависимости от времени постановки диагноза:

- I триместр беременности (12-14 недель)
 - II триместр беременности (18-22 недели)
 - III триместр беременности (после 28 недель)
 - Неонатальный период (первые дни после рождения)
 - После рождения (в возрасте до трех лет)
- Критерии включения в основную группу:
- Наличие у ребенка подтвержденного диагноза *spina bifida*
 - Возраст матери от 18 до 45 лет
 - Добровольное информированное согласие на участие в исследовании
- Критерии исключения:
- Наличие у матери тяжелых психических расстройств
 - Сопутствующие тяжелые соматические заболевания у матери
 - Отказ от участия в исследовании

Использовались следующие психодиагностические методики:

1. Шкала оценки тревожности Спилбергера-Ханина (STAI) – для измерения ситуативной и личностной тревожности. Методика включает 40 вопросов (по 20 для каждой шкалы). Интерпретация результатов: до 30 баллов – низкая тревожность, 31-44 балла – умеренная тревожность, 45 баллов и выше – высокая тревожность.

2. Опросник депрессии Бека (BDI-II) – для оценки выраженности депрессивных симптомов. Состоит из 21 вопроса. Интерпретация: 0-13 баллов – минимальная депрессия, 14-19 баллов – легкая депрессия, 20-28 баллов – умеренная депрессия, 29-63 балла – тяжелая депрессия.

3. Шкала воспринимаемого стресса (PSS-10) – для измерения субъективного восприятия стрессовых событий за последний месяц. Включает 10 вопросов. Интерпретация: 0-13 баллов – низкий уровень стресса, 14-26 баллов – умеренный стресс, 27-40 баллов – высокий уровень стресса.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета SPSS 26.0. Применялись методы описательной статистики (среднее арифметическое, стандартное отклонение, медиана), корреляционный анализ Спирмена для изучения взаимосвязей между переменными и множественный линейный регрессионный анализ для оценки прогностической значимости времени постановки диагноза. Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты сравнительного анализа показали значительные различия в психоэмоциональном состоянии между основной и контрольной группами. Матери детей с диагнозом spina bifida демонстрировали статистически значимо более высокие показатели по всем исследуемым параметрам, что отражено в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения (M) и стандартные отклонения (SD) показателей тревожности, депрессии и стресса в группах матерей

Группа	STAI-S (ситуативная тревожность) (M±SD)/ME	STAI-T (личностная тревожность) (M±SD)/ME	BDI (симптомы депрессии) (M±SD)/ME	PSS-10 (воспринимаем ый стресс) (M±SD)/ME
1 триместр (n≈3)	40±5/39	42±6/41	10±5/10	18±5/18
2 триместр (n≈10)	42±7/41	44±5/43	11±5/11	20±3/20
3 триместр (n≈10)	45±8/44	46±7/45	12±6/12	22±5/21
Неонатально (n≈15)	50±6/49	47±8/46	14±5/14	25±6/24
До 3 лет (n≈10)	48±7/47	45±6/45	13±4/13	24±5/23
Контрольная (n≈10)	35±5/35	36±5/35	6±3/6	12±5/12

Примечание: STAI-S – ситуативная тревожность, STAI-T – личностная тревожность, BDI – уровень депрессии, PSS-10 – воспринимаемый стресс; M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, ME – медиана.

Анализ полученных данных показал, что матери детей с диагнозом spina bifida в среднем характеризуются повышенным уровнем ситуативной и личностной тревожности, выраженными симптомами депрессии и высоким уровнем воспринимаемого стресса по сравнению с матерями, воспитывающими детей без нарушений развития. Эти различия устойчиво прослеживаются во всех клинических подгруппах, независимо от срока постановки диагноза.

Наиболее выраженные показатели дистресса наблюдались в группах с поздней диагностикой (неонатальный период и после рождения), что подтверждает предположение о травматическом воздействии неожиданного диагноза. Средние значения ситуативной тревожности в группе неонатальной диагностики составили 50 ± 6 баллов, что соответствует высокому уровню тревожности, в то время как в группе пренатальной диагностики в I триместре этот показатель составил 40 ± 5 баллов (умеренный уровень).

Показатели медианы подтверждают данную тенденцию, демонстрируя близкие значения к средним, что указывает на нормальное распределение данных в пределах каждой группы.

Похожая картина наблюдается и по другим шкалам. Чем позже был поставлен диагноз, тем выше средние и медианные значения по шкале депрессии Бека (BDI) и шкале воспринимаемого стресса (PSS-10). Это может свидетельствовать о дефиците адаптационных ресурсов у матерей, столкнувшихся с диагнозом находясь на позднем сроке, когда прошел значительный период все беременности, или в более поздний период, и подчеркивает важность раннего информирования и психологической поддержки семей на всех этапах перинатального периода. Далее, на рисунке 1, представлена диаграмма среднего значения шкал динамики психоэмоционального состояния матерей.

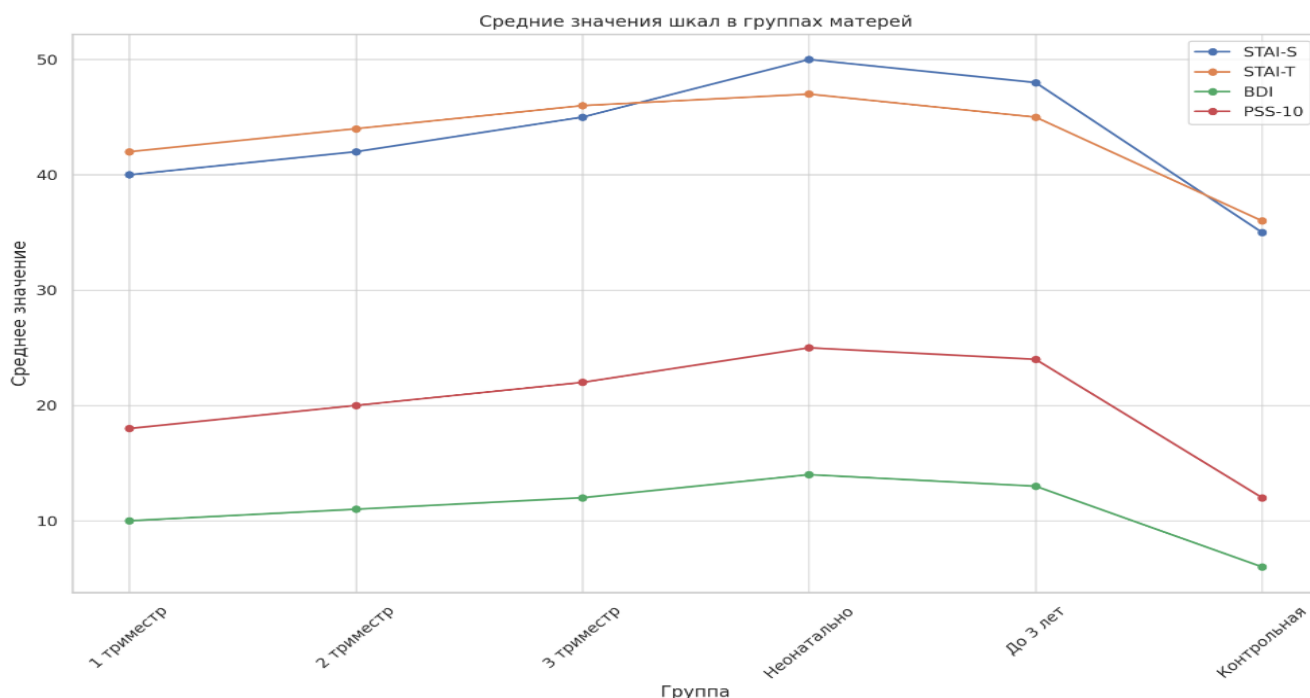


Рисунок 1. Средние значения шкал в группах матерей

Корреляционный анализ Спирмена продемонстрировал статистически значимые отрицательные взаимосвязи между сроком постановки диагноза и всеми показателями психоэмоционального состояния (таблица 2). Чем позднее устанавливался диагноз у ребенка, тем выше были уровни тревожности, стресса и депрессии у матерей.

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции Спирмена между временем постановки диагноза и показателями психоэмоционального состояния (N=48, только группы SB)

Показатель	Коэффициент корреляции (r)	Уровень значимости (p)
STAI-S (ситуативная тревожность)	-0,44	<0,05 (значимо)
STAI-T (личностная тревожность)	-0,38	<0,05 (значимо)
BDI (уровень депрессии)	-0,42	<0,05 (значимо)
PSS-10 (воспринимаемый стресс)	-0,47	<0,05 (значимо)

Наиболее сильная обратная корреляция была выявлена между временем постановки диагноза и уровнем воспринимаемого стресса ($r=-0,47$, $p<0,05$), что свидетельствует о средней обратной связи. Также установлены значимые корреляции с уровнем депрессии по шкале Бека ($r=-0,42$, $p<0,05$) и показателями ситуативной тревожности STAI-S ($r=-0,44$, $p<0,05$).

Для уточнения характера и прогностической значимости выявленных взаимосвязей был проведен множественный линейный регрессионный анализ. В качестве независимой переменной использовался срок постановки диагноза, закодированный по порядку выявления (1 – I триместр, 2 – II триместр, 3 – III триместр, 4 – неонатальный период, 5 – после рождения до трех лет).

Таблица 3.

Результаты линейной регрессии, влияние срока постановки диагноза на психоэмоциональные показатели матерей

Зависимая переменная	Коэффициент β	t-значение	p	R ²
STAI-S (ситуативная тревожность)	-0,43	-2,92	0,005	0,22
STAI-T (личностная тревожность)	-0,39	-2,65	0,011	0,2
BDI (уровень депрессии)	-0,41	-2,76	0,008	0,26
PSS-10 (воспринимаемый стресс)	-0,47	-3,18	0,002	0,28

Все регрессионные модели оказались статистически значимыми ($p < 0,01$), с коэффициентами детерминации от $R^2 = 0,20$ до $R^2 = 0,28$, что говорит о существенной доле объясненной дисперсии зависимых переменных сроком постановки диагноза. Наибольшую прогностическую ценность время диагностики имеет для уровня воспринимаемого стресса ($R^2 = 0,28$), что означает, что 28% вариативности стрессовых переживаний матерей объясняется временем постановки диагноза.

В качестве дополнительных предикторов психоэмоционального состояния матерей рассматривались социодемографические и клинические факторы, такие как: самоописание уровня дохода, семейный статус, планирование беременности, сведения о других детях, описание трудовой занятости, способ родоразрешения, наличие внутриутробного или неонатального оперативного вмешательства, место родов, наличие или отсутствие психологической поддержки в момент постановки ребенку диагноза, актуальность и наличие профессиональной психологической поддержки сейчас. Основная цель дополнительного анализа – выяснить, какие еще факторы (помимо времени постановки диагноза) влияют на уровень симптомов тревожности, депрессии и стресса у матерей детей со spina bifida. Все статистические процедуры проводились с учетом ограниченного размера выборки и использованием непараметрических критериев. Рассмотрим социально-демографические показатели, представленный в таблице 4.

Таблица 4.

Социально-демографические показатели испытуемых групп

Показатель	Категория	I триместр	II триместр	III триместр	Неонатально	После 3 лет	Контроль
Внутриутробная операция	да	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0
	не применимо	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0
	нет	3.0	10.0	9.0	13.0	10.0	0.0

Место родов	государственное учреждение по полису обязательного медицинского страхования	3.0	8.0	9.0	13.0	8.0	7.0
	государственное учреждение по контракту	0.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0
	частная клиника	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Операция неонатально	да	1.0	6.0	8.0	13.0	7.0	0.0
	не применимо	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0
	нет	2.0	4.0	2.0	2.0	3.0	0.0
Планирование беременности	запланированная	2.0	4.0	3.0	5.0	4.0	6.0
	незапланированная	1.0	6.0	7.0	10.0	6.0	4.0
Получают психологическую помощь	да	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0
	нет	2.0	9.0	9.0	13.0	8.0	8.0
Потребность в поддержке	да	2.0	7.0	7.0	10.0	6.0	6.0
	нет	1.0	3.0	3.0	5.0	4.0	4.0
Предложена психологическая поддержка	да	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0
	нет	2.0	8.0	9.0	13.0	8.0	8.0
Сведения о других детях	есть дети с особенностями	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0
	есть здоровые дети	1.0	3.0	4.0	5.0	4.0	5.0
	первый ребенок	2.0	6.0	5.0	9.0	6.0	5.0
Семейный статус	в разводе	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0
	замужем	2.0	8.0	8.0	12.0	8.0	7.0
	не замужем	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	3.0
	вдова	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Согласие на поддержку	не предлагали	2.0	8.0	9.0	13.0	8.0	8.0
	отказались	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	согласились	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0
Способ родоразрешения	естественные роды	1.0	4.0	4.0	5.0	4.0	5.0
	кесарево сечение	2.0	6.0	6.0	10.0	6.0	5.0
Трудовая	учится	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

занятость	в декретном отпуске	2.0	5.0	4.0	7.0	4.0	4.0
	не работает	0.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0
	работает полный день	1.0	2.0	3.0	4.0	2.0	3.0
	работает неполный день	0.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0
Уровень дохода	не хватает на базовые нужды (еда, лекарства, одежда)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	хватает на базовые нужды, но большие покупки (смартфон, крупная бытовая техника) требуют накопления средств/взятия кредита	1.0	3.0	3.0	5.0	3.0	5.0
	хватает на покупку крупной бытовой техники, но нет возможности купить автомобиль без кредита	2.0	5.0	5.0	8.0	5.0	3.0
	не стеснены в средствах	0.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0

Анализ социодемографических характеристик выборки выявил ряд особенностей семей, воспитывающих детей со spina bifida. Большинство родов происходило в государственных учреждениях по программе обязательного медицинского страхования (81.3% в группах SB). Абсолютное большинство детей нуждались в неонатальной операции (72.9%), при этом потребность в хирургическом вмешательстве демонстрировала выраженную тенденцию к увеличению при более поздней диагностике: от 33.3% при выявлении в I триместре до 86.7% при неонатальном установлении диагноза.

Более половины матерей столкнулись с незапланированной беременностью (62.5%), что превышало аналогичный показатель в контрольной группе. Критически важной характеристикой выборки является дефицит психологической поддержки: только 14.6% матерей получают специализированную помощь, при этом 66.7% выражают потребность в такой поддержке, однако только 16.7% семей получили предложение психологической помощи от медицинских учреждений.

Относительно других детей в семье: 58.3% матерей воспитывают первого ребенка, 35.4% имеют здоровых детей, 6.3% - детей с особенностями развития. Большинство женщин состоят в браке (79.2%), 14.6% не замужем, 6.3% находятся в разводе. По трудовой занятости: 45.8% находятся в декретном отпуске, 22.9% работают полный день, 14.6% работают частично, 16.7% не работают. Более половины семей (52.1%) характеризуются ограниченным доходом (средств хватает на базовые нужды и недорогие покупки).

Одной из наиболее значимых характеристик выборки является системный дефицит психологической поддержки семей. Только 14.6% матерей получают специализированную психологическую помощь, в то время как 66.7% выражают потребность в такой поддержке. Это означает, что более половины нуждающихся семей (52.1%) не имеют доступа к необходимой психологической помощи.

Корреляционный анализ Спирмена выявил, что необходимость неонатальной операции является наиболее сильным предиктором психоэмоционального дистресса матерей среди всех изученных факторов. Коэффициенты корреляции составили: с ситуативной тревожностью

$r=+0.90$ ($p<0.05$), с личностной тревожностью $r=+1.00$ ($p<0.001$), с депрессивными симптомами $r=+0.90$ ($p<0.05$) и с воспринимаемым стрессом $r=+0.90$ ($p<0.05$).

Планирование беременности показало умеренные положительные корреляции с психоэмоциональными показателями при незапланированной беременности ($r=+0.62-0.87$), однако эти связи не достигли статистической значимости, вероятно, из-за ограниченного размера выборки на уровне групп.

Получение психологической помощи демонстрировало слабые отрицательные корреляции с показателями дистресса ($r=-0.15$ до -0.41), что может указывать на позитивный эффект профессиональной поддержки, хотя связи не достигли статистической значимости. Потребность в поддержке показала слабые отрицательные корреляции ($r=-0.37$) с тревожностью и стрессом.

Среди других факторов семейный статус (одинокое материнство) показал умеренные отрицательные корреляции ($r=-0.41$ до -0.15), способ родоразрешения не продемонстрировал связи с психоэмоциональными показателями ($r=0.00$), уровень дохода показал слабые отрицательные корреляции ($r=-0.22$).

Важная закономерность была выявлена при анализе частоты предложения психологической помощи в зависимости от времени постановки диагноза. Рисунок 2 демонстрирует, что наименьший процент предложений психологической поддержки зафиксирован в группе неонатальной диагностики - 13.3% (2 из 15 семей), что представляет собой наиболее низкий показатель среди всех временных групп несмотря на то, что именно эта группа характеризуется максимальными показателями психоэмоционального дистресса.

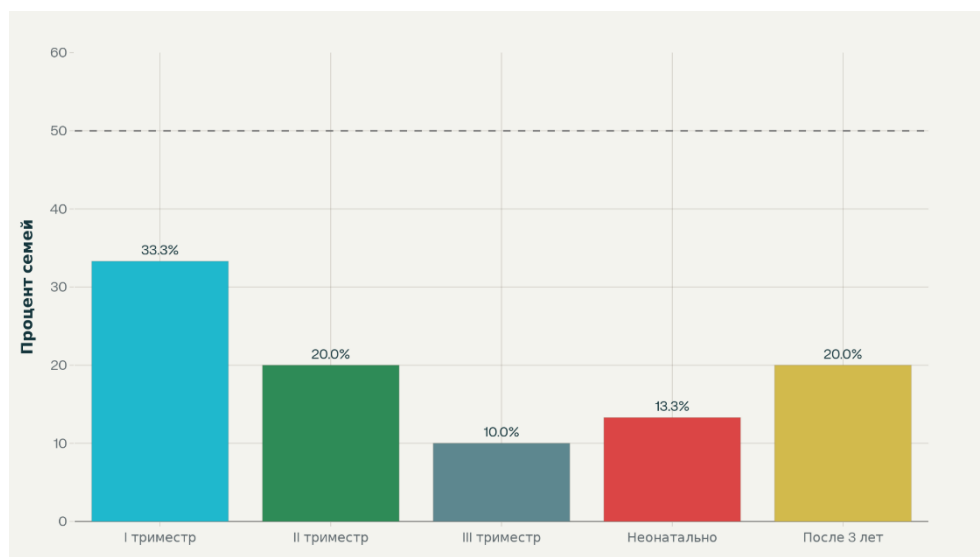


Рисунок 2. Частота предложения психологической помощи в разные периоды диагностирования

Анализ этапности предоставления психологической помощи выявил каскадную структуру потерь на каждом уровне.

1. Потребность в психологической поддержке: 66.7% (32 из 48 матерей) выразили потребность в специализированной психологической помощи

2. Предложение психологической помощи только 16.7% (8 из 48 семей) получили соответствующее предложение от медицинских учреждений

3. Фактическое получение помощи составило 14.6% (7 из 48 матерей) получают психологическую поддержку на момент проведения исследования. На рисунке 3 отражен каскад потерь, указывающий, что основной барьер в получении психологической помощи находится на этапе информирования семей о доступности таких услуг, а не в отказе семей от предлагаемой поддержки.

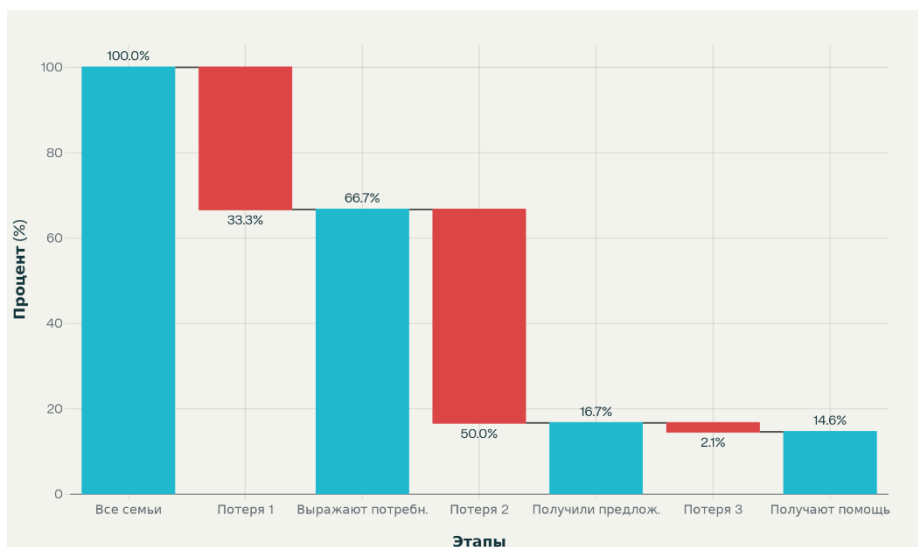


Рисунок 3. Водкасд потерь в системе психологической поддержки

Корреляционный анализ Спирмена выявил слабые отрицательные корреляции между предложением психологической помощи и показателями психоэмоционального дистресса матерей: с ситуативной тревожностью ($r = -0.15$), личностной тревожностью ($r = -0.25$), симптомами депрессии ($r = -0.18$) и воспринимаемым стрессом ($r = -0.22$). Несмотря на то, что выявленные корреляции не достигли статистической значимости ($p > 0.05$), их направленность согласуется с теоретическими ожиданиями о защитном эффекте своевременного предложения психологической поддержки.

Корреляционный анализ Спирмена выявил слабые отрицательные корреляции между предложением психологической помощи и показателями психоэмоционального дистресса матерей: с ситуативной тревожностью ($r = -0.15$), личностной тревожностью ($r = -0.25$), симптомами депрессии ($r = -0.18$) и воспринимаемым стрессом ($r = -0.22$). Несмотря на то, что выявленные корреляции не достигли статистической значимости ($p > 0.05$), их направленность согласуется с теоретическими ожиданиями о защитном эффекте своевременного предложения психологической поддержки.

Обсуждение результатов в контексте современных научных данных

Полученные результаты гармонично вписываются в картину, описанную в современной научной литературе. Исследования показывают, что матери детей с врожденными пороками развития сталкиваются с выраженными психоэмоциональными трудностями, что обусловлено как объективными трудностями ухода, так и субъективным восприятием своей родительской роли [15].

В кросс-секционном исследовании, проведенном в Иордании с участием 360 родителей, было установлено, что матери детей с врожденными аномалиями развития испытывают статистически значимо более высокие уровни стресса по сравнению с отцами. Уровень стресса родителей демонстрирует тесную положительную корреляцию с тревожностью ($r \approx 0,76$) и депрессией ($r \approx 0,83$). Около 44% матерей в выборке имели легкие или умеренные депрессивные симптомы, у 44% наблюдалась умеренная тревожность [16; 17].

Аналогичные результаты получены в исследованиях матерей детей с врожденными пороками сердца, где диагноз вызывает эмоциональный дистресс, сопровождающийся тревожностью, депрессией и чувством вины [10]. При этом отмечается высокая эффективность ранней психологической интервенции в уменьшении тяжести симптомов и предупреждении долгосрочных последствий.

Особую важность имеют данные о влиянии материнского психоэмоционального состояния на развитие ребенка. Депрессия у матери оказывает негативное влияние на физическое и нервно-психическое развитие ребенка, приводит к формированию депрессивного стиля реагирования у детей и трудностям адаптации в социальной среде [5]. Материнская депрессия способствует высокой заболеваемости ребенка и может увеличивать риск детской смертности.

Российское исследование диадических отношений в системе «мать–дитя» продемонстрировало сложность влияния времени постановки диагноза на материнские

реакции. Установлено, что специфика диагноза новорожденного оказывает дифференцированное воздействие на эмоциональный статус матери и особенности диадических отношений. Корреляционный анализ показал значимые взаимосвязи между оптимальным отношением к новорожденному с врожденными пороками развития и высокими показателями астенизации матери ($r = 0,490$; $p < 0,01$). Полученные данные подчеркивают важность не только информирования родителей о диагнозе, но и разъяснения особенностей диагностического, лечебного и реабилитационного этапов с целью формирования готовности принятия временной перспективы развития ребенка. [6].

Результаты нашего исследования показывают устойчивую тенденцию: чем позже был установлен диагноз, тем выше показатели ситуативной и личностной тревожности, депрессии и воспринимаемого стресса. Наивысшие уровни дистресса зафиксированы у матерей, получивших информацию о диагнозе в неонатальный период и после первого года жизни ребенка. Напротив, в подгруппе с пренатальной диагностикой показатели были ниже, что может свидетельствовать о более раннем включении адаптационных механизмов и возможной психологической подготовки к жизни с особым ребенком.

Эти данные согласуются с принципами перинатальной психологии, которая подчеркивает важность эмоционального состояния матери во время беременности. Пренатальная диагностика позволяет семье получить время для психологической адаптации, поиска информации о заболевании и планирования необходимых ресурсов, в то время как поздняя диагностика может привести к кризису адаптации и усилению стрессовых реакций.

Полученные данные также подтверждают многофакторную природу психологического дистресса у матерей детей со *spina bifida*, где социально-экономические характеристики выступают в качестве модулирующих факторов, способных как усиливать, так и смягчать основное воздействие.

Исходя из выявленных закономерностей, можно наметить несколько направлений психопрофилактики и психологической помощи матерям детей с диагнозом «спина бифида».

Ранняя психопрофилактика должна начинаться сразу после постановки диагноза, а при возможности – еще в период беременности, если диагноз известен пренатально. Информирование и обучение родителей играет огромную роль в снижении тревоги. Предоставление родителям полной и понятной информации о заболевании ребенка, вариантах лечения и прогнозе повышает их чувство контролируемости ситуации и уменьшает стресс.

Психологическое консультирование и длительная терапия могут существенно улучшить эмоциональное состояние матерей. Индивидуальная работа с психологом позволяет проработать травматичные переживания, связанные с рождением особого ребенка, укрепить стрессоустойчивость и предотвратить развитие депрессии [14; 2]. У матерей с высоким уровнем тревожности хорошо зарекомендовали себя методы когнитивно-поведенческой терапии, обучение техникам релаксации и эмоциональной саморегуляции [2].

Групповые формы поддержки и равное консультирование имеют особое значение для матерей детей с редкими заболеваниями. Общение с семьями, находящимися в похожей ситуации, помогает снизить чувство изоляции и получить практические советы по уходу за ребенком.

Дифференцированный подход к психологической поддержке должен учитывать время постановки диагноза. «Лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны без психологического консультирования и психологического сопровождения женщин, беременность которых завершилась рождением ребенка с заболеванием в периоде новорожденности» [18]. На основании полученных результатов полагается возможным рассмотреть и протестировать внедрение стандартизированного протокола предложения перинатальной психологической помощи, включающего оперативное предложение консультации перинатального/кризисного психолога при сообщении любого пренатального диагноза, обязательную экстренную консультацию в течение 24 часов при неонатальной диагностике, повторную оценку потребности в психологической поддержке через 1-2-4 недели после установления диагноза и долгосрочное сопровождение семей детей, перенесших неонатальные операции. Результаты исследования позволяют предложить систему стратификации риска для оптимизации распределения ресурсов психологической помощи: группа критического риска (неонатальная диагностика в сочетании с необходимостью операции и незапланированной беременностью), группа высокого риска (поздняя пренатальная диагностика с необходимостью операции) и группа умеренного риска (ранняя пренатальная диагностика без операции). Матери, получившие известие о диагнозе в неонатальный период или после рождения ребенка, нуждаются в более интенсивной и продолжительной психологической помощи перинатального психолога, работающего с

кризисными состояниями и травматичным опытом, направленной на проработку острой травматической реакции и формирование адаптивных копинг-стратегий.

Ограничения исследования

Необходимо отметить ряд ограничений данного исследования. Относительно небольшой размер выборки, особенно в подгруппе диагностики в I триместре ($n=3$), ограничивает возможности генерализации результатов. Кросс-секционный дизайн исследования не позволяет установить причинно-следственные связи между временем диагностики и психоэмоциональным состоянием матерей.

Кроме того, в исследовании не учитывались такие потенциально значимые факторы, как тяжесть клинических проявлений заболевания у ребенка, которые могут модерировать выявленные взаимосвязи.

В исследовании не собирались клинические данные о конкретных методах и эффективности медицинского лечения детей: основная задача заключалась в оценке психоэмоционального состояния матерей в зависимости от времени постановки диагноза. Матери заполняли анкеты после рождения ребёнка, поскольку только в постнатальный период возможно объективное измерение тревожности, депрессии и стресса с использованием представленных стандартизированных шкал. Таким образом, мы сознательно ограничили сбор информации только психодиагностическими показателями, чтобы избежать смешения психологической реакции с клиническими исходами лечения и терапии детей (тип операции, сроки госпитализации, реабилитационные мероприятия). Включение данных о методах лечения и их эффективности выходит за рамки заявленной цели исследования и требует отдельного протокола с медицинскими критериями и согласиями пациентов.

Мы также понимаем, что использование только количественных шкал нельзя считать исчерпывающим для описания всего спектра проявлений тревоги и депрессии. В рамках исследовательской работы мы сосредоточились на выявлении статистически значимых зависимостей и предикторов материнского дистресса, формирующих основу для дальнейших исследований на больших выборках для подтверждения выявленных закономерностей и изучения взаимодействия между различными факторами риска.

Полученные результаты существенно обогащают понимание факторов психологического дистресса у матерей детей со spina bifida и создают основу для разработки научно обоснованных программ психологического сопровождения семей.

Список литературы

1. Лихота А.А. Spina bifida: полная инструкция // StatusPraesens. 2023. [Электронный ресурс]. URL: <https://praesens.ru/rubricator/zhurnal-statuspraesens/400b9490-3a52-4163-805c-bfa8b148bf03>
2. Anderson P.L., Martinez S.J., Taylor K.M. Psychological interventions for families of children with chronic illness: A systematic review // Clinical Psychology Review. 2020. Vol. 78. Article 101858.
3. Заманаева Ю. Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10, № 3. С. 303–322. DOI: 10.21638/spbu16.2020.307
4. Солондаев В.К., Писарева М.В. Психическое состояние родителей при заболеваниях детей раннего возраста // Аутизм и нарушения развития. 2024. Т. 22, № 1. С. 52–57. DOI: 10.17759/autdd.2024220107
5. Sawyer K.M., Zunszain P.A., Dazzan P., Pariante C.M. Intergenerational transmission of depression: clinical observations and molecular mechanisms // Molecular Psychiatry. 2019. Vol. 24. P. 1157–1177. DOI: 10.1038/s41380-018-0265-4
6. Золотова И.А., Хазова С.А. Особенности диадических отношений в системе «мать–дитя» на этапе принятия роли матери как фактор риска дизонтогенеза детей раннего возраста // Клиническая и специальная психология. 2025. Т. 14, № 2. С. 39–54. DOI: 10.17759/cpse.2025140203
7. Филоненко А.В. Влияние послеродовой депрессии родильницы на показатели психосоматического здоровья младенца // Медицинская сестра. 2013. № 7. С. 33–37.
8. Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью // Психическое здоровье. 2011. Т. 9, № 6(61). С. 71–76.
9. Краско А.С., Михайлова Н.Ф., Ларина И.В., Михайлов В.А., Одинцова Г.В. «Между Сциллой и Харибдой»: влияние прегравидарной подготовки на психическое развитие детей, рожденных матерями с эпилепсией // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2024. Т. 16, № 4. С. 298–315. DOI: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.191

10. Киселева М.Г. Роль отношения матери к болезни ребенка с врожденным пороком сердца первого года жизни на его психическое развитие // АНИ: педагогика и психология. 2016. Т. 5, № 1(14). С. 85-88.
11. Иванов С.В., Кенис В.М., Щедрина А.Ю., Онуфрийчук О.Н., Ходоровская А.М., Осипов И.Б., Сарычев С.А. Spina bifida: мультидисциплинарная проблема (обзор литературы) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021. Т. 11, № 2. С. 201-213. DOI: 10.17816/psaic958
12. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. 240 с.
13. Добряков И.В., Прохоров А.О. Психологическая диагностика в перинатальной психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2016. № 3. С. 72-85.
14. Подоплелова О.Н. Психологическая помощь родителям детей с тяжелыми психическими или органическими расстройствами // Аутизм и нарушения развития. 2008. Т. 6, № 4. С. 60-63. [Электронный ресурс].
URL: https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2008_n4/podoplelova (дата обращения: 05.08.2025)
15. Kanaheswari Y., Razak N.N.A., Chandran V., Ong L.C. Predictors of parenting stress in mothers of children with spina bifida // Spinal Cord. 2011. Vol. 49, № 12. P. 956-959. DOI: 10.1038/sc.2010.125
16. Kritikos T.K., Holmbeck G.N., Tiwari T. Mental health guidelines for the care of people with spina bifida // Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine. 2020. Vol. 13, № 4. P. 525-551. DOI: 10.3233/PRM-200719
17. Kwafha M. Psychological problems among parents of children with congenital anomalies // ResearchGate. 2024. [Электронный ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/379260052_Psychological_problems_among_parents_of_children_with_congenital_anomalies
18. Золотова И.А. Особенности клинко-психологического консультирования женщин при рождении ребенка с заболеванием в периоде новорожденности. Современная перинатальная психология в научно-практических клинических исследованиях: коллективная монография. Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью "Аверс Плюс", 2025. С. 138-156.

References

1. Likhota A.A. Spina bifida: complete manual. StatusPraesens. 2023. Available at: <https://praesens.ru/rubricator/zhurnal-statuspraesens/400b9490-3a52-4163-805c-bfa8b148bf03> (in Russian).
2. Anderson P.L., Martinez S.J., Taylor K.M. Psychological interventions for families of children with chronic illness: A systematic review. Clinical Psychology Review. 2020;78:101858.
3. Zamanaeva Yu. Psychodiagnostic method "Prenatal contact": structure, psychodiagnostic capabilities. Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. 2020;10(3):303-322. DOI: 10.21638/spbu16.2020.307 (in Russian).
4. Solondaev V.K., Pisareva M.V. Mental state of parents in diseases of young children. Autism and Developmental Disorders. 2024;22(1):52-57. DOI: 10.17759/autdd.2024220107 (in Russian).
5. Sawyer K.M., Zunszain P.A., Dazzan P., Pariante C.M. Intergenerational transmission of depression: clinical observations and molecular mechanisms. Molecular Psychiatry. 2019;24:1157-1177. DOI: 10.1038/s41380-018-0265-4
6. Zolotova I.A., Khazova S.A. Features of dyadic relationships in the "mother-child" system at the stage of accepting the role of mother as a risk factor for dysontogenesis of young children. Clinical Psychology and Special Education. 2025;14(2):39-54. DOI: 10.17759/cpse.2025140203 (in Russian).
7. Filonenko A.V. The influence of postpartum depression of the mother on psychosomatic health indicators of the infant. Medical Nurse. 2013; 7:33-37 (in Russian).
8. Filonenko A.V., Golenkov A.V. The influence of postpartum depression on the family. Mental Health. 2011;9(6):71-76 (in Russian).
9. Krasko A.S., Mikhaylova N.F., Larina I.V., Mikhaylov V.A., Odintsova G.V. "Between Scylla and Charybdis": the influence of preconception preparation on the mental development of children born to mothers with epilepsy. Epilepsy and Paroxysmal Conditions. 2024;16(4):298-315. DOI: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.191 (in Russian).

10. Kiseleva M.G. The role of mother's attitude to the disease of a child with congenital heart defect in the first year of life on his mental development. ANI: Pedagogy and Psychology. 2016;5(1):85-88 (in Russian).
11. Ivanov S.V., Kenis V.M., Shchedrina A.Yu., Onufriyчук O.N., Khodorovskaya A.M., Osipov I.B., Sarychev S.A. Spina bifida: a multidisciplinary problem (literature review). Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Intensive Care. 2021;11(2):201-213. DOI: 10.17816/psaic958 (in Russian).
12. Filippova G.G. Psychology of motherhood: textbook. Moscow: Institute of Psychotherapy Publishing House, 2002. 240 p. (in Russian).
13. Dobryakov I.V., Prokhorov A.O. Psychological diagnosis in perinatal psychology. Vestnik of Saint Petersburg University. Series 16. Psychology. Pedagogy. 2016;3:72-85 (in Russian).
14. Podoplelova O.N. Psychological assistance to parents of children with severe mental or organic disorders. Autism and Developmental Disorders. 2008;6(4):60-63. Available at: https://psyjournals.ru/journals/autdd/archive/2008_n4/podoplelova (accessed August 5, 2025) (in Russian).
15. Kanaheswari Y., Razak N.N.A., Chandran V., Ong L.C. Predictors of parenting stress in mothers of children with spina bifida. Spinal Cord. 2011;49(12):956-959. DOI: 10.1038/sc.2010.125
16. Kritikos T.K., Holmbeck G.N., Tiwari T. Mental health guidelines for the care of people with spina bifida. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine. 2020;13(4):525-551. DOI: 10.3233/PRM-200719
17. Kwafha M. Psychological problems among parents of children with congenital anomalies. ResearchGate. 2024. Available at: https://www.researchgate.net/publication/379260052_Psychological_problems_among_parents_of_children_with_congenital_anomalies
18. Zolotova I.A. Features of clinical and psychological counseling of women at the birth of a child with a disease in the neonatal period. Modern perinatal psychology in scientific and practical clinical research: a collective monograph. Yaroslavl: Limited Liability Company "Avers Plus", 2025. pp. 138-156.

PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF MOTHERS OF CHILDREN DIAGNOSED WITH SPINA BIFIDA DEPENDING ON THE TIMING OF DIAGNOSIS

Frolova L.M.

Email: frolovalm_7@mail.ru

ORCID: 0009-0005-5747-552X

Kulagina I.V.

Charitable Foundation "Spina Bifida" 20B Cheremushkinskaya St., Building 4, Suite II-2, +7 (905) 718-40-86, Moscow, Russia

Togliatti State University ,445020, Samara Region, Togliatti 16B Belorusskaya St.

Abstract

This article presents the results of a study examining the psychoemotional characteristics of mothers of children diagnosed with spina bifida in relation to the timing of diagnosis. The relevance of investigating the relationship between the timing of congenital malformation diagnosis and the severity of maternal distress is substantiated. Contemporary data on the impact of having a child with congenital anomalies on parents' psychoemotional state are described. Standardized psychodiagnostic instruments were employed: the Spielberger-Hanin Anxiety Scale (STAI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and Perceived Stress Scale-10 (PSS-10). It was established that mothers of children with spina bifida demonstrate statistically significantly higher levels of state and trait anxiety, depressive symptoms, and perceived stress compared to the control group. Significant inverse correlations were identified between the timing of diagnosis and all psychoemotional indicators. Regression analysis confirmed that diagnostic timing explains 20% to 28% of the variance in maternal distress.

Keywords: spina bifida, motherhood, psychoemotional state, anxiety, depression, stress, prenatal diagnosis, timing of diagnosis

For citation: Features of indicators of anxiety, depression and stress in mothers of children diagnosed with «spina bifida» depending on the time of diagnosis // Medical Psychology in Russia:

online scientific journal. 2025. Vol. 17. No. 3 (88). Pp. 64-78. <https://doi.org/10.24884/2219-8245-2025-17-3-64-78>

Contribution of the authors

Luiza M. Frolova – conducted the entire research; performed data collection and analysis; interpreted the results; prepared and wrote the manuscript.

Irina V. Kulagina – coordinated the choice of the research topic and methods; participated in the discussion of the study results.