

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРЕЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Иванова О.А.

Иванова Ольга Анатольевна

кандидат психологических наук, преподаватель кафедры педагогики и педагогической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный университет», Университетская пл., 1, Воронеж, 394006, Россия. Тел.: 8 (473) 220-75-218.

E-mail: korablev_sam@mail.ru

Аннотация. В статье представлен обзор научно доказанных зарубежных практик сопровождения взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми в условиях стационара и после выписки из больницы, показаны результаты эмпирического исследования взаимосвязи нарушения привязанности у преждевременно рождённых детей и отношения матерей к их состоянию и диагнозу. Целью представленного в статье экспериментального исследования являлось изучение нарушения привязанности к матери детей раннего возраста с различными патологиями здоровья. В качестве методов сбора эмпирических данных по детям раннего возраста выступили методы стандартизированного наблюдения и экспертной оценки. Каждым экспертом оценивалось сначала спонтанное поведение младенца, потом — реакция на стимуляции (улыбку, голос, жест, прикосновение и т.п.), а затем — реакция на всем протяжении исследования. Величина оценки соответствует наиболее выраженной реакции в течение всей продолжительности наблюдения. При помощи данной методики было установлено, что больше половины детей выборки демонстрировали отстраненность во взаимоотношениях, отсутствие реакции на эмоциональные послания матери, близких людей и окружающих. Так же у них была выявлена заторможенность в выразительности лица. У большинства обследованных детей наблюдалось нарушение формирования зрительного контакта, способности задерживать взгляд на других взрослых и устанавливать с ними контакт глазами, заторможенность реакции на голос. У многих из них при этом выявлено снижение живости реакции на стимуляцию голоса и двигательной активности головы. Больше, чем у половины обследованных детей раннего возраста была нарушена связь с наблюдателем, отсутствовала способность вступать и устанавливать позитивные и негативные отношения с людьми. С целью оценки отношения матерей к диагнозу детей раннего возраста с различными патологиями здоровья был использован опросный метод. Выявлено, что половина обследованных матерей воспринимают себя как ответственных за состояние ребенка, треть из них демонстрируют выраженную тревогу, а треть, наоборот, — её отрицание. Это говорит о том, что многие матери преждевременно рождённых детей не способны адекватно осознать свое актуальное состояние. Практически половина испытуемых матерей преуменьшают тяжесть состояния ребенка. Это проявляется в пренебрежительном отношении, недооценке серьезности состояния, невыполнении рекомендаций по выхаживанию ребёнка. В то же время неадекватное ограничение активности ребенка поддерживает 37,0% мам. В результате статистической проверки гипотезы о существовании взаимосвязи между отношением матерей к диагнозу детей раннего возраста с различными патологиями здоровья и нарушением привязанности у них она была подтверждена практически полностью. Это является весомым основанием для включения в качестве последующего этапа программы сопровождения взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми работы, направленной на коррекцию отношения родителей к состоянию и диагнозу ребёнка.

Ключевые слова: преждевременно рождённые дети; программа раннего вмешательства; психологическое сопровождение; взаимодействие матерей с преждевременно рождёнными детьми.

УДК 159.9:618.3

Библиографическая ссылка

Иванова О.А. Психологическое сопровождение матерей преждевременно рожденных детей в условиях перинатального центра // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 1. – С. 2. doi: 10.24411/2219-8245-2019-11020

Поступила в редакцию: 03.09.2018 Прошла рецензирование: 10.01.2019 Опубликована: 04.02.2019

Проблема психологического сопровождения матерей преждевременно рождённых детей является одной из наиболее важных в современной науке и практике. Она представляет широкое поле для проведения новых исследований, так как соответствующих работ по данному вопросу немного, а значит, пока еще нет единого мнения по поводу того, как содержательно и организационно построить процесс сопровождения женщин после родов и их новорождённых детей с целью повышения эффективности качества оказания психологической помощи в условиях перинатального центра. В процессе оказания медицинских услуг происходит лечение преждевременно рождённых или маловесных детей без учёта психологического состояния их матерей. Таким образом, нет видимых различий в сопровождении матерей, родивших детей в срок, и матерей недоношенных детей. Однако очевидно, что необходима специальная работа психолога по сопровождению налаживания взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми. Это связано с действием ряда причин. В качестве таковых выступают зачастую неожиданная ситуация родов, вызывающая стресс, трудности в период зачатия и вынашивания, влияющие на постоянную повышенную тревожность, риск последствий недоношенности для здоровья новорождённого ребёнка, реальная угроза его жизни и здоровью в период выхаживания в отделении реанимации и интенсивной терапии. Таким образом, необходима разработка вопросов психологической адаптации личности матерей преждевременно рождённых детей к сложившейся ситуации, переориентации её на новые условия, требующие от неё эмоциональной выдержки, а также последующего психологического сопровождения взаимодействия с преждевременно рождённым ребёнком при получении высокотехнологической помощи в перинатальном центре.

В исследованиях С. Фрайберг было показано, что с целью снижения риска отставания в развитии младенцев и детей раннего возраста необходимо осуществлять междисциплинарную помощь посредством служб раннего вмешательства. Так, в случае преждевременного рождения ребёнка при одновременном исследовании диад «мать — младенец» разными специалистами негативные тенденции в его развитии, связанные с нарушением отношений и первичного социального окружения, могут быть изменены в более благоприятную сторону.

Д.И. Черного провела теоретический обзор наиболее эффективных программ раннего психологического вмешательства для недоношенных детей (Achenbach et al., 1990, 1993; Als et al., 2004; Feldman et al., 2002; Field, 1982, 1987, 1998; Latva et al., 2004; Landry et al., 2006; Newnham et al., 2008; Rauh et al., 1988, 1998, 1990). Автор разделила все программы раннего вмешательства для недоношенных детей на две группы:

- 1) реализуемые в отделении интенсивной терапии;
- 2) сопровождающие недоношенных детей и их родителей после выписки из роддома или больницы [4].

Среди программ, реализуемых в отделении интенсивной терапии, широко известна «Терапия прикосновения» (touch therapy) [11]. Она представляет собой цикл специально разработанной программы ежедневного 15-минутного массажа ребенка в течение 10 дней. В результате использования данной терапии у недоношенных детей была отмечена большая прибавка в весе, повышение уровня моторного развития, их раньше выписывали из больницы. Через год после терапии эти дети, по сравнению с недоношенными сверстниками, не участвовавшими в программе вмешательства, проявили более высокий уровень моторного и когнитивного развития.

Другой распространенной в отделениях неонатальной терапии стран Европы программой выхаживания недоношенного ребенка является метод «Кенгуру» (Feldman et al., 2002). Он заключается в раннем длительном выкладывании ребенка на грудь матери. Недоношенные дети, вовлеченные в терапию этим методом, в возрасте 6

месяцев имели более высокие, по сравнению с не включенными в программу детьми, показатели психического развития, а родители детей во взаимодействии с ребенком проявляли больше прикосновений, позитивного аффекта и чувствительности, у матерей отмечалось меньше депрессивных состояний [7].

Ещё одной известной и научно обоснованной программой раннего вмешательства является индивидуальное сопровождение преждевременно родившегося ребенка и его родителей (The Newborn Individualized Developmental Care and Interventions Program (NIDCAP) [5; 6; 8]). NIDCAP является наиболее распространённой в мире системой развивающего ухода, которая основана на понимании истинного уровня функционирования ребенка, порогов его стабильности в иерархически организованных подсистемах. В отделениях неонатальной терапии создаются наиболее комфортные условия пребывания ребенка, включая снижение стресса от шума и света работающего медицинского оборудования, снижение болевых воздействий процедур, возможность постоянного взаимодействия матери с ребенком. Междисциплинарная команда специалистов сопровождает каждую семью индивидуально как во время нахождения в больнице, так и в дальнейшем после выписки в виде домашних визитов. Эффективность программы была подтверждена в отношении более высоких показателей моторного развития, уровня саморегуляции, поведенческого функционирования недоношенных детей как при обследовании через две недели пребывания в программе, так и в возрасте 9 месяцев [8], а также в лучшем развитии исполнительного функционирования в возрасте 9 лет [6].

Данный подход является основополагающим в реабилитации и выхаживании преждевременно рождённых детей БУЗ ВО ВОКБ №1 «Перинатальный центр» (г. Воронеж). Исходя из его положений, в своей работе сотрудники учреждения реализуют принципы развивающего ухода (NIDCAP) при выхаживании недоношенных детей: температурную защиту (обеспечение непрерывности «тепловой цепочки»), контроль интенсивности освещения, интенсивности звука в палатах интенсивной терапии и отделениях выхаживания новорожденных, создание физиологически необходимого положения ребенка, обеспечение непрерывного взаимодействия семьи и новорожденного.

Психологическое сопровождение, проводимое после выписки преждевременно родившегося ребенка из роддома или больницы, непосредственно во время домашних визитов в семью, строится на принятии во внимание особенностей социально-эмоционального развития преждевременно рождённых детей и особенностей поведения родителей, прежде всего матерей, во взаимодействии с ребенком. Среди программ раннего вмешательства, сопровождающих налаживание взаимодействия матери и её ребенка во время домашних визитов, можно отметить программу «Тренировка взаимодействия» («Interaction coaching», Field [9; 10]). Данная программа направлена на изменение взаимодействия со стороны взрослого с целью поддержки наиболее способствующих более качественному взаимодействию с младенцем характеристик его поведения. Результатом данной программы было повышение чувствительности матери к сигналам ребенка, повышение внимания ребенка к сигналам матери, увеличение количества эпизодов вовлеченного взаимодействия [10]. В результате тренинговой программы, проводимой в рамках домашних визитов, было достигнуто повышение отзывчивости матерей, увеличение показателей социально-эмоционального, коммуникативного и когнитивного развития их преждевременно родившихся детей [13; 14].

Другой программой сопровождения взаимодействия преждевременно рождённых детей и их родителей после выписки из роддома или больницы является обследование поведения недоношенных детей младенческого и раннего возраста (The Infants Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP) [12]). Результатом её применения является положительное влияние вмешательства на моторное развитие детей в возрасте 6 месяцев, однако не проявившееся, в сравнении с доношенными сверстниками, в дошкольном возрасте [19].

Программа сопровождения взаимодействия матери и младенца (The Mother Infant Transaction Program, MITP [18]) направлена на повышение качества отношений в паре «недоношенный ребенок — родитель», снижение стресса родителей и формирование у них более чувствительного к сигналам младенца поведения, а также на повышение уровня когнитивного развития и эмоциональной регуляции преждевременно рождённого младенца. Она состоит из 7 одночасовых сессий в больнице и 4 сессий в домашних условиях. Для оценки эффективности данной программы были исследованы преждевременно родившиеся дети с весом менее 2250 г и сроком гестации менее 37 недель, включая глубоко недоношенных детей. Результаты использования программы показали ее эффективность при обследовании детей в возрасте 48 месяцев [15] и прослеживались в 7 и 9 лет [17; 18]. Эффективность модифицированного варианта данной программы была показана в более высоких показателях коммуникативного развития и саморегуляции недоношенных детей в возрасте 3 и 24 месяцев, по сравнению с преждевременно родившимися сверстниками, не участвовавшими во вмешательстве [16].

Ещё одним примером психологического сопровождения взаимодействия матери с преждевременно рождённым ребёнком и на этапе пребывания новорождённого в отделении неонатологии, и на этапе выписки из больницы или роддома является опыт внедрения перинатальной сети наблюдения за уязвимыми новорождёнными P`tit Mir (Франция). В 1994 г. в докладе Верховного комитета по безопасности пациентов прозвучала мысль о необходимости повышения безопасности деторождения в связи с высокой материнской и детской смертностью во Франции. Это дало начало реорганизации схемы перинатальной помощи, которая с 1998 г. стала включать организацию роддомов по трём уровням помощи, с 2003 г. — организацию сетей помощи в рамках здравоохранения, с 2005 г. — организацию сети по уходу за уязвимыми новорождёнными. Три уровня организации помощи в сети:

1. Местный — помощь и координация специалиста, который находится рядом с домом.
2. Региональный уровень — междисциплинарная оценка специалистов на месте.
3. Федеральный уровень — ресурсные центры на базе больниц и университетов [2].

Специалисты объединяются под конкретные задачи в группы (например, для разработки сертификационных требований при обучении специалистов или для разработки диагностического материала). По этой причине все они должны обладать, независимо от базового образования, общими знаниями. Это ведёт к необходимости координации различных образовательных учреждений.

Междисциплинарный подход к организации комплексной помощи включает подходы:

- физический;
- ментальный;
- образный;
- чувственный; социальный;
- семейный.

На всех уровнях решения принимаются и исполняются междисциплинарной командой.

Схемы, разработанные в сети P`tit Mir

В направлении ребёнка — оценка психомоторного, эмоционального, когнитивного развития ребёнка. Психологу необходимо как можно раньше выявить признаки страданий ребёнка в данных областях по следующим сигналам:

- в 1 год — нарушения соматической сферы, психомоторного развития, риск эмоциональной отстранённости, бедность выражения эмоций, бедность исследовательской деятельности;
- в 2 года — задержка речевого развития, проблемы концентрации, проблемы мышечно-эмоциональной регуляции, моторное возбуждение, импульсивность, проблемы автономии и социальной адаптации.

Общими признаками нарушения развития являются:

- синдром Питера Пэна (Фава Вицциелло);
- постоянная потребность во внимании и заботе;
- требовательность и раздражительность ребёнка;
- задержка и бедность речи, фобии, робость, излишняя застенчивость.

В направлении родителей во время госпитализации — дать возможность рассказать о своём пути, эмоциональном опыте, предысторию и факторы уязвимости. Психологу необходимо сопровождать встречи родителей и врача, а также родителей и ребёнка для того, чтобы поддержать родителей в умении воспринимать сигналы ребёнка, узнавать и понимать индивидуальные характеристики ребёнка, его уязвимость, ресурсы, способы коммуникации и взаимодействия, помочь в адаптации к специфическим нуждам ребёнка. Психологу также необходимо сопровождать встречу ребёнка с другими членами семьи, выписку или перевод в другое медицинское учреждение.

В направлении детско-родительских отношений — помощь в знакомстве с ребёнком через внимательное и раздельное наблюдение, в мобилизации ресурсов.

После выписки из больницы проводятся совместные консультации педиатра и психолога в 3 месяца ребёнка, в ходе которых обсуждаются проблемы не только ухода и его соматического здоровья, но и темы реорганизации жизни семьи после нескольких месяцев отсутствия, реакции старших детей на это событие, психологические аспекты нарушения сна, питания, сепарации (психологического отделения ребёнка от мамы). Затем родители и дети включаются в группы сопровождения в первый год жизни, где они получают возможность встретиться со специалистами-«свидетелями» их опыта, с другими семьями, пережившими подобные события, выйти из социальной и эмоциональной изоляции и т.д. Третьим этапом сопровождения в данной программе является возможность включения семьи в совместную консультацию специалиста по моторике и психолога, где у них появляется возможность получить наиболее гибкие совместные заключения, признать трудности, потребности и навыки каждого члена семьи, обозначить проблемы сепарации родителей и ребёнка и т.д.

Таким образом, преждевременно рождённые дети имеют более низкий, по сравнению с доношенными сверстниками, уровень психического развития в различных областях и в разных возрастных периодах. Многочисленные исследования показывают долгосрочные последствия преждевременного рождения и их влияние на последующее развитие детей в дошкольном и школьном возрасте. Однако данные литературы свидетельствуют об эффективности применения программ психологического сопровождения взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми как в отделении интенсивной терапии, так и в семьях. Результаты исследований показали положительное действие подобной работы на их физическое и психическое развитие, саморегуляцию и поведение. В большинстве исследований группы преждевременно

рождённых детей были представлены детьми с низкой массой тела и родившимися глубоко недоношенными.

Основными условиями для проведения программы сопровождения взаимодействия матери и преждевременно рождённого ребёнка являются:

1. Совместное наблюдение ребенка и родителей междисциплинарной командой.
2. Тщательная всесторонняя оценка уровня развития ребенка.
3. Определение влияющих на поведение и развитие ребенка субъективных репрезентаций родителями ребенка своих отношений с ним и ранних воспоминаний опыта отношений со стороны собственных родителей.

В России междисциплинарные команды пока существуют лишь как отдельные практики (центры ментального здоровья, ПМПК, лекотеки, консультации в профильных научно-исследовательских организациях). Однако 31.08.2016 работа подобных команд специалистов была юридически закреплена подписанной президентом Концепцией ранней помощи [1]. Согласно данному документу, ранняя помощь (раннее вмешательство) — взаимодействие специалистов и ребёнка для повышения компетентности семьи в вопросах развития ребёнка и приобретения им функциональных навыков, необходимых в повседневной жизни. Так, можно говорить о психологической помощи в налаживании взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми для дальнейшего их гармоничного развития. Подобное сопровождение предполагает:

- Регулярность — 1-2 раза в неделю, а не курсами.
- Строгое подчинение задачам (постоянный мониторинг развития ребёнка и постановка задач).
- Длительность — 1—3 лет и иногда больше.
- Непрерывность (перерывы только на каникулы и праздники).

Специалисты учат родителей тому, как и чему «учить» ребёнка в повседневной жизни, т.е. формированию у него базы способностей для освоения образовательной программы в будущем (а не занимаются коррекцией академических навыков).

По мнению директора АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства» Л.В. Самариной, ранняя помощь — это не абстрактные процедуры, которые не ведут к овладению определённых функциональных навыков, а помощь, которая опирается на собственную активность ребёнка.

На данный момент в Перинатальном центре БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» (г. Воронеж) реализуются программы и элементы таких программ раннего вмешательства, как NIDCAP, метод «Кенгуру», принципы развивающего ухода, опыт перинатальной сети наблюдения за уязвимыми новорождёнными P`tit Mir.

Психологический аспект данной работы заключается в начале сопровождения семей, в частности непосредственно женщин, ещё на этапе беременности, в случае если есть угроза патологических родов. Данное сопровождение происходит совместно с врачом-педиатром. Предварительно специалисты готовят встречу с женщиной, обсуждая возможные вопросы, проблемы, связанные с её положением.

Следующим этапом работы является сопровождение семьи и ребёнка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых. Для оказания эффективной консультативной помощи медицинскому персоналу на данном этапе перед психологом в качестве важнейшей задачи стоит психодиагностическое обследование матерей преждевременно рождённых детей и оценка отстранённости в отношении у ребёнка, что является показателем привязанности к матери.

Для изучения нарушения привязанности к матери детей раннего возраста с различными патологиями здоровья было проведено исследование на базе Перинатального центра БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» и Детской поликлиники № 11 БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4». Объем выборки составил 60 человек (30 семей), из которых 30 — родители детей раннего возраста с различными патологиями здоровья, 30 — дети раннего возраста без патологий здоровья.

Возраст матерей детей раннего возраста колеблется от 23 до 44 лет. У 70,0% матерей исследуемый ребенок с патологией здоровья — первый, соответственно, у 30,0% матерей исследуемый ребенок с патологией здоровья не единственный. Детям раннего возраста с различными патологиями здоровья были проставлены следующие диагнозы: 60,0% — преждевременно рождённые с различной степенью недоношенности, родившиеся в период с 25-й по 32-ю неделю гестации с массой тела менее 1,5 кг, 40,0% — дети, рожденные в срок, с врожденными/приобретенными патологиями развития, такими как остеогенная и артрогенная кривошея, лактазная недостаточность, пищевые непереносимости, аллергии, двигательные нарушения (мышечный гипертонус, мышечная гипотония, мозжечковый синдром, симметричный шейный тонический рефлекс, тонический лабиринтный рефлекс), врожденный порок сердца.

Методом сбора эмпирических данных выступил метод стандартизированного наблюдения и экспертной оценки, которые нашли своё отражение в методике «Оценка отстранённости в отношениях: шкала дистресса — M-ADBB» (A. Guedeney, 2007), изучающей отстранённость ребенка раннего возраста в условиях ранней госпитализации и её последствий. Предварительно было получено письменное разрешение на использование в клинических и исследовательских целях перевода данной методики, а также подтверждение обучения по её применению французскими учёными Больничного университетского центра г. Тулузы, основателей и координаторов Региональной сети наблюдения за новорождёнными с риском патологии P`tit Mip.

Оценка ребенка раннего возраста с патологией здоровья производилась экспертной группой: психологом, врачами указанных медицинских учреждений по следующей шкале:

- 0—3 балла: нет нарушенного поведения отстраненности или поведение нарушено частично;
- 4—6 баллов: поведение нарушено явно;
- 6—10 баллов: поведение нарушено чрезвычайно.

Каждый пункт оценивается экспертами отдельно друг от друга по шкале от 0 до 2 баллов. Затем путём совместных совещаний присваивался общий суммарный балл ребёнку. В случае сомнений при спорном заключении психолога и врачей учреждений принималось самое низкое значение. В случае колебаний между двумя значениями шкалы применялась градация выше.

Каждым экспертом оценивалось сначала спонтанное поведение, потом — реакция на стимуляции (улыбку, голос, жест, прикосновение и т.п.), а затем — реакция на всем протяжении исследования. Величина оценки соответствует наиболее выраженной реакции в течение всей продолжительности наблюдения.

При помощи данной методики были получены следующие результаты, представленные на рис. 1.

У 60,0% детей раннего возраста с патологией здоровья выявлена отстраненность во взаимоотношениях, отсутствуют реакции на эмоциональные послания матери, близких людей и окружающих.

У 70,0% детей выявлена заторможенность в выразительности лица — лицо неподвижное, застывшее, отстраненное.

У 86,0% нарушено формирование зрительного контакта, ребёнок не способен задерживать взгляд на других взрослых и устанавливать с ними контакт глазами; реакция на голос также заторможена.

У 67,0% детей раннего возраста с патологией здоровья наблюдается снижение живости реакции на стимуляцию голоса. Это происходило даже при сильной негативной стимуляции.

У 50,0% нарушена двигательная активность головы, туловища и конечностей (без учета активности рук и пальцев), полностью отсутствует спонтанная активность, также ребенок остаётся неподвижным, несмотря на стимуляцию посторонних лиц и даже матери.

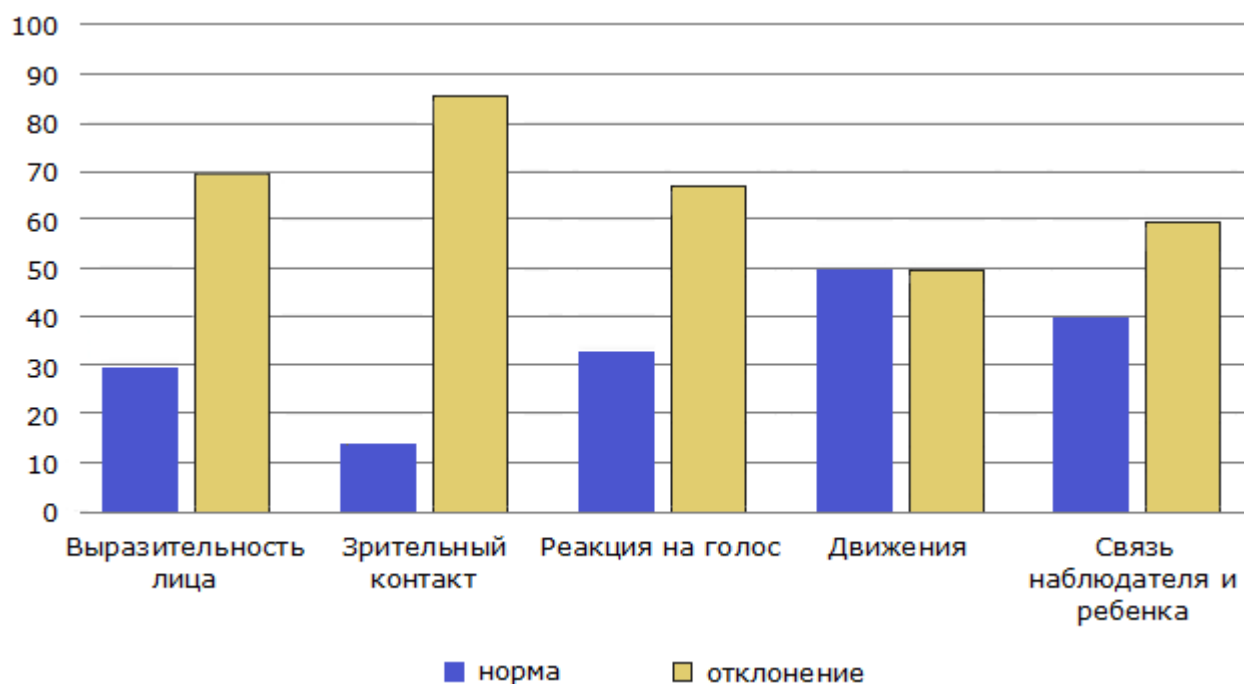


Рис. 1. Результаты, полученные по методике «Оценка отстранённости в отношениях: шкала дистресса — M-ADBB» (А. Guedeney, 2007).

Связь наблюдателя и ребенка нарушена у 60,0% детей раннего возраста с патологией здоровья, отсутствует способность вступать и устанавливать позитивные и негативные отношения с любым человеком, находящимся в комнате.

С целью проверки гипотезы о существовании взаимосвязи между отношением матерей к диагнозу детей раннего возраста с различными патологиями здоровья и нарушением привязанности у них мы использовали опросный метод, реализующийся посредством модифицированной методики «Диагностика отношения к болезни ребенка — ДОБР» (В.Е. Каган, И.П. Журавлева, модификация О.А. Иванова), изучающая состояние матери. Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) состоит из 40 пунктов-утверждений, согласие испытуемых с которыми оценивается по 6-балльной шкале. Модификация состояла в корректировке утверждений в соответствии со спецификой исследования: изменении возраста и особенностей, связанных с ним; смягчении тяжелых для восприятия слов; замене термина «диагноз» на «состояние» в связи с тем, что не у всех детей выборки стоит диагноз в общепринятом понимании.

В результате исследования матерей преждевременно рождённых детей были получены данные по 5 шкалам: «Интернальность», «Тревожность», «Нозогнозия», «Контроль активности» и «Общая напряженность» (табл. 1).

По шкале «Интернальность» было выявлено, что 54,0% матерей воспринимают себя как ответственных за состояние ребенка. Это выражается в том, что они предпринимают излишние меры предосторожности для выздоровления, сохранения текущего состояния здоровья ребёнка или предупреждения новых, вторичных нарушений. Таким родителям свойственен постоянный поиск причин заболеваний и способов их преодоления.

Таблица 1

Результаты, полученные по методике ДОБР
(В.Е. Каган, И.П. Журавлева, модификация О.А. Ивановой), %

Шкала	Степень выраженности		
	Низкая	Средняя	Высокая
Интернальность	16	54	30
Тревожность	20	30	50
Нозогнозия	40	43	17
Контроль активности	40	23	37
Общая напряженность	30	57	13

По шкале «Тревожность» установлено, что выраженная тревога выявлена у 30,0% мам. Это говорит о том, что матери преждевременно рождённых детей испытывают отрицательно окрашенные эмоции, которые могут выражаться в ощущении неопределённости, непрерывном ожидании негативно развивающихся событий, связанных с состоянием их ребенка. Крайние степени отрицания тревоги у 20,0% исследованных мам указывают на её вытеснение. Это говорит о том, что матери преждевременно рождённых детей не способны адекватно осознать свое актуальное состояние. Такие матери часто без видимой причины бывают излишне агрессивны, что сопровождается психосоматическими проявлениями: дрожью, усиленным потоотделением, учащённым сердцебиением, ощущением удушья, частыми побуждениями к мочеиспусканию, поносом, рвотой. Это связано с глубоким чувством вины матери за рождение ребёнка раньше срока или за его диагноз, которое переносится вовне на специалистов и окружающих.

По шкале «Нозогнозия» обнаружено, что 43,0% мам преуменьшают тяжесть состояния ребенка. Это проявляется в пренебрежительном отношении, недооценке серьезности состояния, невыполнении рекомендаций по выхаживанию ребёнка, проявлении в отношении прогноза необоснованного оптимизма — «мой ребенок это перерастет», «вы ведь его лечите — значит, станет таким, как все».

Неадекватное ограничение активности ребенка поддерживает 37,0%. У матерей преждевременно рождённых детей присутствует желание ограничить и оградить своего ребёнка от всего вокруг, что, по их субъективному мнению, может повлиять на его выздоровление.

Высокий уровень общей напряженности выявлен у 13,0%. Это проявляется в постоянной логически необоснованной напряженности матери, сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, приступов страха, связанных со здоровьем ребенка. Наблюдается большая сосредоточенность внимания на ребёнке, сочетающаяся с беспокойством, обусловленная ожиданием неблагоприятного развития событий.

Для установления статической взаимосвязи между показателями, выявленными у матерей преждевременно рождённых детей, по шкалам методики «Диагностика отношения к болезни ребенка — ДОБР» (В.Е. Каган и И.П. Журавлева, модификация О.А. Иванова), и нарушением привязанности у детей по методике «Оценка отстранённости в отношениях: шкала дистресса — M-ADBB» мы использовали метод ранговой корреляции Спирмена (табл. 2).

Таблица 2

Результаты установления статической взаимосвязи с помощью метода ранговой корреляции Спирмена

Название шкалы по методике «ДОБР»	Значение коэффициента ранговой корреляции r_s
Интернальность	-0,429*
Тревога	-0,376*
Нозогнозия	-0,785**
Контроль активности	-0,238
Общая напряженность	-0,643**

Примечание: * — при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что существует статически значимая взаимосвязь между показателями, выявленными у матерей преждевременно рождённых детей, по шкалам «Интернальность», «Тревожность», «Нозогнозия» и «Общая напряженность» и нарушением привязанности ребенка раннего возраста с патологией здоровья, т.е. существует отстраненность, определяемая по методике «Оценка отстранённости в отношениях: шкала дистресса — M-ADBB».

По шкале «Контроль активности» статически значимой взаимосвязи между отношением матери и нарушением привязанности ребенка раннего возраста с патологией здоровья выявить не удалось. На наш взгляд, это связано с тем, что неадекватное, максимальное ограничение активности ребенка и недооценка значимости необходимых ограничений не влияет на формирование отстраненности именно в раннем возрасте. Это объяснимо в связи с тесным взаимодействием и постоянным телесным общением матери и ребенка, необходимым для ограничений или поддержания повышенной степени его активности.

Итак, мы можем говорить о существовании взаимосвязи между экстернальным родительским контролем состояния здоровья ребенка, когда причины возникновения патологии воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, а также интернальным контролем, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка, с формированием отстраненности в отношении с ребенком с патологией здоровья. Выраженная тревога или крайние степени отрицания тревоги, указывающие на её вытеснение, высокий уровень общей напряженности, так же как и преувеличение или преуменьшение (недооценка) тяжести патологии ребенка, способствуют формированию отстраненности.

Таким образом, в результате эмпирического изучения мы выявили связь между состоянием матери и формированием отстраненности в отношениях. Это является весомым основанием для включения в качестве последующего этапа программы сопровождения взаимодействия матерей с преждевременно рождёнными детьми работы, направленной на коррекцию отношения родителей к состоянию и диагнозу ребёнка.

Литература

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_204218/ (дата обращения 03.11.2017 г.).
2. Материалы зарубежных спикеров Международной конференции «Ранняя помощь в фокусе межведомственного взаимодействия: опыт Франции и России», 28–29 ноября 2016 г. – М.: Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы, Посольство Франции в РФ, ГАУ ИДПО РСС, Международная школа социальной работы ГАУ ИДПО ДТСЗН г. Москвы, 2016.
3. Недоношенные дети: концепция развития и абилитация семей / О.А. Иванова, Л.И. Ипполитова, Н.В. Коротаева [и др.]. – Воронеж: Воронеж. гос. мед. университет им. Н.Н. Бурденко, 2018. – 300 с.
4. Черного Д.И. Особенности психического развития недоношенных детей в домах ребёнка: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2015. – 141 с.
5. Als H. Program Guide: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): An Education and Training Program for Health Care Professionals. 11th Revision. – Boston, MA: Children's Medical Center Corporation, 2002. – 28 p.
6. Als H., McAnulty G.B. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants // Current women's health reviews. – 2011. – Vol. 7, № 3. – P. 288–301.
7. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development / R. Feldman, A.I. Eidelman, L. Sirota [et al.] // Pediatrics. – 2002. – Vol. 110, № 1 (Part 1). – P. 16–26.
8. Early Experience Alters Brain Function and Structure / H. Als, F.H. Duffy, G.B. McAnulty [et al.] // Pediatrics, 2004. – Vol. 113, № 4. – P. 846–857.
9. Field T. Interaction coaching for high-risk infants and their parents // Prevention of human services. – 1982. – Vol. 1, № 4. – P. 5–24.
10. Field T. Affective and interactive disturbances in infants // Handbook of infant development / ed. by J.D. Osofsky. – 2nd edition. – New York: Wiley, 1987. – P. 972–1005.
11. Field T.M. Touch Therapy Effects on Development // International Journal of Behavioral Development. – 1998. – Vol. 22, № 4. – P. 779–797.
12. Infant behavior assessment and intervention program in very low birth weight infants improves independency in mobility at preschool age / G. Verkerk, M. Jeukens-Visser, K. Koldewijn [et al.] // Journal of Pediatrics. – 2011. – Vol. 159, № 6. – P. 933–938.
13. Landry S.H., Denson S.E., Swank P.R. Effects of medical risk and socioeconomic status on the rate of change in cognitive and social development for low birth weight children // Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. – 1997. – Vol. 19, № 2. – P. 261–274.
14. Landry S.H., Smith K.E., Swank P.R. Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills // Developmental Psychopathology. – 2006. – Vol. 42, № 4. – P. 627–642.
15. Minimizing adverse effects of low birthweight: Four-year results of an early intervention program / V.A. Rauh, T.M. Achenbach, B. Nurcombe [et al.] // Child Development. – 1988. – Vol. 59, № 3. – P. 544–553.
16. Newnham C.A., Milgrom J., Skouteris H. Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age // Infant Behavior and Development. – 2009. – Vol. 32, № 1. – P. 17–26.
17. Nine-year outcome of the Vermont Intervention Program for low birthweight Infants / T.M. Achenbach, C.T. Howell, M.F. Aoki [et al.] // Pediatrics. – 1993. – Vol. 91, № 1. – P. 45–55.
18. Seven-year outcome of the Vermont Intervention Program for low-birthweight Infants / T.M. Achenbach, V. Phares, C.T. Howell [et al.] // Child Development. – 1990. – Vol. 61, № 6. – P. 1672–1681.
19. The infant behavioral assessment and intervention program in very low birth weight infants; outcome on executive functioning, behavior and cognition at preschool age / G. Verkerk, M. Jeukens-Visser, B. Houtzager [et al.] // Early Human Development. – 2012. – Vol. 88, № 8. – P. 699–705.

Psychological support for mothers of premature newborns in the perinatal center

Ivanova O.A.¹

E-mail: korablev_sam@mail.ru

¹ Voronezh State University

1 Universitetskaya pl., Voronezh, 394018, Russia

Phone: +7 (473) 220-75-218

Abstract

The article presents a review of scientifically proven foreign practices of supporting mothers with preterm babies in a hospital and after discharge from the hospital, shows the results of an empirical study of disorders in attachment to mothers in prematurely born children and the attitude of mothers to their status and diagnosis. The purpose of the experimental study presented in the article was to study the attachment disorder of young children to mothers with various health pathologies. The methods of collecting empirical data were standardized observation and expert assessment methods. Each expert evaluated the spontaneous behavior of the infant, then the response to stimulation (smile, voice, gesture, touch, etc.), and then the reaction throughout the study. Evaluation is the most frequent response to stimuli throughout the observation.

By using this technique, we found that more than half of the children in the sample showed detachment in relationships, the lack of response to the emotional messages of mother, close relatives. They also found a backwardness in expressiveness of the face. Most of the children had a disturbance in the formation of eye contact and keeping it with other people, had slow reaction to the voice. Many of them at the same time revealed a decrease in the distinctness of the reaction to the stimulation of the voice and motor activity of the head. More than half of the young children have lost contact with the observer, lack of the ability to establish positive and negative relationships with people. In order to assess the attitude of mothers to the diagnosis of young children with various health pathologies we use a survey method.

We found that half of mothers perceive themselves as responsible for the health of their child, a third of them demonstrate anxiety, and a third, on the contrary, denies any problem. This suggests that many mothers of prematurely born children are not able to adequately recognize their current psychological state. Almost half of mothers downplay the severity of the child's disorders. At the same time, inadequate restriction of the child's activity is supported by 37.0% of mothers. As a result of study all hypothesis about the existence of a relationship between the attitude of mothers to the diagnosis of young children with various health pathologies and a violation of attachment have been confirmed completely. This is the basis for the further work aimed at correcting the attitude of parents to the diagnosis of the child.

Key words: early intervention; premature newborns; psychological support; interaction of mothers with premature newborns.

For citation

Ivanova O.A. Psychological support for mothers of premature newborns in the perinatal center. *Med. psihol. Ross.*; 2019; vol. 11; no. 1, p. 2. doi: 10.24411/2219-8245-2019-11020 [in Russian, abstract in English].