

УДК 159.0.07

Мамайчук И.И., Миланич Ю.М.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Использование методов рационально-эмоциональной поведенческой терапии при оказании психологической помощи матери новорожденного с поражением центральной нервной системы (описание случая)¹

Using the methods of rational emotive behavior therapy for providing psychological aid to a mother of a newborn with central nervous system damage (case study)

Аннотация

Актуальность исследования: Родители новорожденных с патологией центральной нервной системы имеют высокий риск дистресса и трудности формирования гармоничного отношения к ребенку. В отечественной литературе существует недостаток исследований психологических интервенций, ориентированных на данную категорию клиентов. Цель исследования – выяснить, могут ли методы рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ) быть эффективными в снижении симптомов дистресса и гармонизации родительского отношения у матери новорожденного с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы. Метод: Описывается восемь сессий программы психологической помощи матери с использованием методов РЭПТ, проведенных одним из авторов статьи на базе отделения патологии новорожденных перинатального центра многопрофильной клиники. Сессии были записаны на диктофон, записи обсуждались и анализировались со вторым автором. Представлены изменения иррациональных установок, эмоционального состояния, отношения к новорожденному, стратегий поведения, взаимоотношений с медиками и супругом. До и по окончании программы, а также через 6 месяцев после выписки проводилось измерение уровня тревожности («Шкала Спилбергера-Ханина»), сниженного настроения («Шкала сниженного настроения – субдепрессии В. Зунга» в адаптации Т.И. Балашовой), самооценки самочувствия, активности и настроения (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие-Активность-Настроение»). Результаты: У матери стали более конструктивными стратегии поведения, гармонизировалось отношение к ребенку, снизилась конфликтность взаимоотношений с супругом и персоналом отделения. Данные психодиагностических методик показали снижение уровня тревожности, повышение фона настроения, незначительное ухудшение самочувствия. Заключение: Исследование показывает, что программа психологической помощи с использованием методов РЭПТ может быть эффективной в работе с матерями новорожденных с поражением ЦНС.

Ключевые слова: психологическая помощь, методы рационально-эмоциональной поведенческой терапии, матери новорожденных, поражение центральной нервной системы

Abstract

Background. Parents of newborns with central nervous system pathology have high risk of distress and difficulty in formation of the favorable attitude to their child. In home literature there is insufficient number of studies on psychological interventions oriented at this client category. The objective of the study was to investigate whether the methods of rational emotive behavior therapy (REBT) can be effective in reducing distress symptoms and harmonizing the mother's attitude to her newborn with hypoxic-ischemic central nervous system damage. Method. The report describes eight sessions of the psychological aid program using REBT methods conducted by one of the authors at the department of newborns' pathology at a perinatal center of a multi-field clinic. The sessions were recorded to a dictaphone. The verbatim record was discussed and analyzed with the second author. The report presents changes in irrational mindsets, emotional condition, attitude to the newborn, behavioral strategies, relations with the department staff and the husband. The level of anxiety (Spielberger-Khanin scale), of depression (Zung Self-Rating Depression Scale adapted by T.I. Balashova), wellbeing, activity and mood self-assessment ("Wellbeing-Activity-Mood" questionnaire) was measured before and after completing the program and 6 months after discharge. Results. Mother's active behavior strategies became more constructive, her attitude to the child was harmonized, proneness to conflicts in relations with her husband and the department staff reduced. The findings of psychodiagnostic methods showed lowered anxiety level, improved mood, insignificant wellbeing worsening. Conclusion. The study shows that the psychological aid program using REBT methods can be effective in the work with mothers of newborns with CNS damage.

Keywords: psychological aid, methods of rational emotive behavior therapy, mothers of newborns, central nervous system damage

¹ Исследование поддержано грантом РФФИ (проект № 19-013-00450).

Введение

Новорожденные с поражением центральной нервной системы находятся в группе риска по формированию различных психоневрологических расстройств: синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, синдрома периферической цервикальной неполноценности, внутричерепной гипертензии, эписиндрома, детского церебрального паралича, различных форм гидроцефалии и др. Жизненная ситуация, в которую попадают родители новорожденного с патологией ЦНС, а также недоношенных, имеющих высокий риск нарушений психофизического развития, как правило, является неожиданной и стрессогенной. Родители получают тревожную информацию о патологии, представляющей угрозу жизни и инвалидности ребенка и требующей особых усилий в реабилитации и воспитании, обеспокоены внезапными изменениями в состоянии новорожденного. Они переживают зависимость от медперсонала и испытывают дискомфорт из-за непривычности и неестественности больничной среды. Вынужденная сепарация или ограниченный контакт родителя и ребенка, отсутствие комфортной меры интимности при контакте, несоответствие реального и ожидаемого образа новорожденного существенно затрудняют формирование гармоничной привязанности. У матерей наблюдается страх перед тактильным контактом, амбивалентность чувств по отношению к малышу, неправильная оценка поведенческих сигналов, глобальное и иррациональное представление о ребенке как исключительно проблемном, недостаточность переживания ответственности и отчуждение (Heringhaus et al., 2013; Nassef et al., 2013). В литературе описываются признаки дистресса в виде сниженного фона настроения, повышенной тревоги, переживания чувства вины и одиночества, быстрой смены надежды и отчаяния (Obeidat et al., 2009; Lefkowitz et al., 2010; Rogers et al., 2013). Патология ЦНС и недоношенность признаются факторами, повышающими риск послеродовой депрессии у матерей (Bloom et al., 2010; Shaw et al., 2013; Trost et al., 2016; Laudi, Peeples, 2019). Актуальное состояние матерей и отцов характеризуется как острая реакция на стресс, приводятся данные об отдаленных последствиях в виде посттравматического

стрессового расстройства (Lefkowitz et al., 2010; Shaw et al., 2013). Очевидна необходимость психологической работы с данной категорией родителей, которая помогала бы найти адекватные способы совладания со стрессом, оптимизировать эмоциональное состояние и гармонизировать отношение к ребенку.

В последние десятилетия изучению психологической помощи родителям детей с перинатальным поражением ЦНС в период новорожденности, а также недоношенных был посвящен целый ряд работ. Апробированы образовательные и поведенческие программы, нацеленные на оптимизацию детско-родительского взаимодействия и формирование базиса для благоприятной привязанности (Мухамедрахимов, 2003; Melnyk et al., 2006; Carvalho et al., 2009). Вмешательства предполагают информирование родителей об особенностях детского поведения и развития, повышение чувствительности к сигналам, помощь в правильной организации стимуляции ребенка с предоставлением немедленной обратной связи, содействие уверенности в роли родителя. Показана эффективность обучения приемам релаксации, эмоционально- и проблемно-фокусированного совладания (Jotzo, Poets, 2005). В проведенном Т. Mendelson с соавторами (2017) мета-анализе в качестве наиболее эффективного для снижения симптомов дистресса у матерей детей, госпитализированных на отделения неонатальной помощи, называется когнитивно-поведенческий подход психотерапии. В основе данного подхода лежит идея о важной роли дисфункциональных мыслей в различных способах неадаптивного поведения и эмоционального реагирования. Сессии включают информирование о типичных переживаниях и мыслях матерей новорожденных с патологией, когнитивное реструктурирование, помогающее осознать и изменить дисфункциональные установки, коррекцию негативного восприятия ребенка и себя как родителя, обучение приемам мышечной релаксации (Bernard et al., 2011; Silverstein et al., 2011; Shaw et al., 2013).

Насколько нам известно, разработанная А. Эллисом рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ) как оригинальная форма

когнитивно-поведенческого вмешательства не представлена в исследованиях помощи родителям новорожденных. Однако ряд публикаций показывает ее значение в содействии семье детей с нарушениями развития (Joусе, 2006; McInerney & McInerney, 2006). С точки зрения специалистов РЭПТ, патология и высокие требования к родителю по воспитанию «особого» ребенка, играют важную роль в возникновении деструктивных эмоций и поведения, но непосредственной их причиной являются различные иррациональные взгляды (Эллис, Драйден, 2002).

Изучая и оказывая помощь родителям, демонстрирующим трудности адаптации в ситуации столкновения с диагнозом и госпитализации новорожденного с патологией ЦНС, мы наблюдаем у них широкий круг иррациональных установок, выделенных в РЭПТ: «катастрофизацию», «обязательные долженствования» по отношению к себе и окружающим, «глобальное оценивание», «избирательное абстрагирование», «убежденность в собственной низкой фрустрационной толерантности» и «обесценивание Я». Мы разработали программу психологической помощи матерям с использованием методов РЭПТ, нацеленную на коррекцию иррациональных взглядов и неконструктивных стратегий совладания со стрессом. Она проводится в индивидуальной краткосрочной форме в условиях стационара в период госпитализации новорожденного (6-8 сеансов по 30 минут в течение трех недель). Работа строится на гибком графике встреч. В начале программы проводится полуструктурированное интервью, направленное на оценку переживаний, связанных с рождением ребенка и столкновением с диагнозом «поражение ЦНС», стратегий совладания, а также рациональных и иррациональных взглядов на различные аспекты жизненной ситуации. В традициях РЭПТ мы направляем наши воздействия на когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты адаптации к трудной ситуации в жизни и используем три группы методов: когнитивные, эмоциональные и поведенческие. Ожидаемый эффект психологического вмешательства – снижение симптомов дистресса матери (пониженного фона настроения,

повышенной тревожности) и гармонизация отношения к ребенку. В качестве признаков гармоничного родительского отношения мы рассматриваем:

- общее безусловное принятие ребенка, проявляющееся в позитивных чувствах и восприятии его как источника счастья, а не источника будущих трудностей и ломки привычного стереотипа жизни семьи;
- отсутствие излишнего преувеличения или минимизации тяжести состояния;
- готовность удовлетворять обычные и особые, связанные с патологией, потребности ребенка;
- чувствительность к сигналам и использование комфортной для ребенка дозы стимуляции активности.

Предполагаем, что позитивные изменения в процессе прохождения программы будут способствовать сохранению психического здоровья матери, формированию надежной детско-родительской привязанности, выработке адекватных стратегий в лечении и воспитании ребенка с последствиями поражения ЦНС.

Основные задачи психологического вмешательства могут быть сформулированы в трех блоках.

Когнитивный блок:

- информирование об оптимальном контакте матери и новорожденного с учетом клинической картины синдромов острого и восстановительного периодов перинатального поражения ЦНС;
- информирование о типичных переживаниях, рациональных и иррациональных взглядах, способах совладания у матерей госпитализированных новорожденных;
- помощь в осознании и коррекция иррациональных убеждений, лежащих в основе негативного восприятия жизненной ситуации и будущего, трудностей формирования позитивного образа ребенка и оптимального взаимодействия, минимизации или преувеличения

тяжести состояния, чувства вины, защитного характера пассивности и конфликтно-активных стратегий совладания.

Эмоциональный блок:

- предоставление эмоциональной поддержки для возможности безопасного отреагирования, вербализации и принятия матерью как отрицательных, так и положительных эмоций;
- помощь в усилении самоконтроля, четкое разделение между сильными, разрушающими и адаптивными эмоциями.

Поведенческий блок:

- знакомство с приемами мышечной релаксации для снижения психического напряжения и контроля за эмоциями;
- мотивирование и контроль за выполнением «домашних заданий», в которых предполагается отработка навыков управления эмоциями и апробирование новых способов поведения.

Для решения поставленных задач используются традиционные для РЭПТ методы:

- 1) когнитивные: информирование, вербальное обнаружение проблем, детекция иррациональных взглядов с помощью «АВС-анализа», дебатирование и дискриминация иррациональных взглядов;
- 2) эмоциональные: активное слушание, техника различения степени эмоционального переживания (шкалирование эмоций), рационально-эмоциональное воображение;
- 3) поведенческие: предоставление обратной связи при наблюдении за поведением (взаимодействие матери и ребенка), знакомство с приемами мышечной релаксации, техника «домашних заданий».

Цель исследования – выяснить, могут ли методы рационально-эмоциональной поведенческой терапии быть эффективными в снижении симптомов дистресса и гармонизации родительского отношения у матери новорожденного с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

Описание случая

Работа проводилась на базе отделения патологии новорожденных перинатального центра многопрофильной клиники.

Анна, 28 лет. Сын Никита, третья неделя жизни, ребенок от первой желанной беременности. Роды – экстренное кесарево сечение в 36 недель по причине угрожающего состояния матери и ребенка (преэклампсия II степени, нарушения плодово-плацентарного кровотока, наличие хронической гипоксии плода). Вес при рождении – 2500 г, рост – 47 см. Новорожденный перенес неонатальную реанимацию, был на искусственной вентиляции легких в течение 6 дней. Мать находилась в это время в клинике и регулярно посещала ребенка. Переведен на отделение патологии новорожденных с диагнозом «церебральная ишемия III степени, синдром угнетения ЦНС». На момент начала программы женщина пребывает вместе с новорожденным в общей палате с другими пациентками. Кормление сцеженным грудным молоком с помощью шприца. У ребенка снижен мышечный тонус, сосание вялое.

Женщина имеет высшее педагогическое образование, работает в логистической компании менеджером. Замужем. Муж (30 лет) – руководитель коммерческой фирмы. Для Анны это второй брак. Первый закончился разводом.

Со слов лечащего врача, мать проявляет нервность, порой навязчивую обеспокоенность, несмотря на стабильное удовлетворительное состояние ребенка. По несколько раз требует отвечать на одни и те же вопросы по состоянию и лечению. Высказывает раздражение, когда, по ее мнению, ей что-то не договаривают. Склонна перепроверять каждое назначение, подозревая, что медики делают не все, что необходимо. Отмечается напряженность в контактах с врачами, медсестрами и другими матерями на отделении. Раздражена и настойчиво требует отдельной палаты («мать-дитя»). Признаков неблагоприятного отношения к ребенку врач не замечает.

Женщине предлагается участие в программе психологической помощи, и она соглашается, признав потребность в такого рода поддержке. Оговаривается возможность прекратить встречи с психологом в любой момент. Для

количественной оценки динамики показателей дистресса до начала и в конце программы психологической помощи, а также через 6 месяцев после выписки клиентка отвечала на вопросы «Шкалы Спилбергера-Ханина», «Шкалы сниженного настроения – субдепрессии В. Зунга» (в адаптации Т.И. Балашовой) и «Теста дифференцированной самооценки функционального состояния» («САН»). Перед каждым сеансом, мы просим клиентку описать эмоциональное состояние за период между встречами («В какие моменты было особенно тяжело?», «В какие моменты испытывали приятные эмоции?»).

Сессия 1

С Анной проводится полуструктурированное интервью, в котором удастся выяснить следующее. Мать часто мысленно возвращается в прошлое – день родов. Вспоминает, что чувствовала себя хорошо, несмотря на опасения врачей по поводу повышенного давления. Сетует, что врачи «заставили» согласиться на кесарево сечение, и теперь она сомневается в правильности их и своего решения. Переживает вину за то, что, чувствуя себя здоровой и сильной, не смогла «додержать» беременность и не настояла на ее продолжении. Проблемы ребенка в большей степени связывает с недоношенностью. Пытается найти доказательства неправильного решения гинекологов, расспрашивая других специалистов и изучая информацию в сети Интернет. Таким образом, можно говорить как о чувстве вины, так и о попытке искать вину медиков.

Проявляет сильную тревогу, растерянность по поводу состояния Никиты и последствий патологии. В данный момент получает информацию от лечащего врача, который не исключает неврологические проблемы и нарушения психофизического развития. Информация дается матери в вероятностных терминах, ситуация не описывается как непреодолимая. Заметна повышенная эмоциональная лабильность Анны: положительный настрой при рассказе о внешности и поведении ребенка быстро сменяется слезами, когда описывает его болезненное состояние. Плач не помогает снизить напряжение. Вспоминает о переживании недостаточности самоощущения в роли матери во время

реанимации: «когда мечтала о ребенке, думала, какой буду мамой», «а тут, как будто не мать вообще, даже на руки взять не дают». В настоящее время старается восполнить этот пробел в материнстве активным взаимодействием с ребенком. Поддержкой мужа удовлетворена. Считает ее достаточной. Поддержкой врачей и медсестер – нет. Свое физическое состояние описывает как нормальное. Проблем со сном нет, аппетит несколько снижен.

Содержание сессии:

- Предоставление эмоциональной поддержки и возможности отреагировать негативные эмоции, использование активного слушания и комбинирования прямых и косвенных вопросов (например, «Что Вас больше всего волнует с тех пор, как был госпитализирован Никита?» (прямой вопрос), «Как Вы думаете, если бы Никита мог говорить, что первое он сказал бы Вам сейчас? Как бы он мог описать свое состояние, как он чувствует прямо сейчас?» (косвенный вопрос).
- Использование имени ребенка с беседе (в противоположность безличному «ребенок»).
- Признание нормативности негативных эмоций женщины в данной жизненной ситуации.

Сессия 2

Состояние ребенка стабильное. Анна сообщает об усилившейся тревоге, страхе смерти ребенка (узнала о смерти новорожденного в соседней палате). Продолжается интервьюирование. С раздражением и обидой рассказывает о лечащем враче, которая «молода и неопытна», «kozyряет непонятными терминами» и «не проявляет никакого сочувствия». Акцентирует внимание на словах неонатолога о слабости, плохом наборе веса, низком мышечном тоне, малой активности. Анне представляется, что врач «требует» от ребенка, что он «обязан» иначе двигаться и реагировать. Высказывает сомнения, что это правильно: «он ничего не должен, он вообще не собирался сейчас рождаться, а они заставили; он не хотел, а теперь они от него что-то требуют». В то же время

есть признаки глобальной оценки ребенка как слабого, хрупкого, с которым будут проблемы и далее. Сообщает, что старается быть спокойной и улыбаться, когда ребенок бодрствует, но как только заснет, не может сдержать слез.

Содержание сессии:

- Предоставление эмоциональной поддержки и возможности отреагировать негативные эмоции.
- Информирование о значении правильного контакта «мать-дитя» для формирования гармоничной привязанности, его отдаленных эффектах. Акцент на сильных сторонах Анны, ее способности формировать благоприятную привязанность (любовь и любование ребенком, самоотдача, нежность, отношение к ребенку как «неповторимой личности»).
- Информирование о специфике контакта с новорожденным с синдромом угнетения нервной системы (при снижении рефлекса сосания и глотания, двигательной и психической активности, гипотонуса мышц).
- Наблюдение за взаимодействием матери и ребенка с предоставлением обратной связи. Отмечаем положительный фон настроения, активное использование матерью мимики, достаточную чувствительность и реактивность на сигналы ребенка, однако иногда заметна излишне настойчивая стимуляция. Сообщаем матери об адекватных и требующих коррекции действиях, подчеркиваем необходимость найти комфортную для новорожденного дозу стимуляции. Поддерживаем в желании уже сейчас задаваться вопросами и способствовать развитию ребенка.

Сессия 3

Состояние ребенка несколько улучшилось. Врач отмечает набор веса, усиление рефлекторной и двигательной активности, улучшается сосание и глотание. Анна сообщает об улучшении настроения, но на непродолжительное время. По-прежнему остается неудовлетворенность общением с врачом. Сомневается, что ей сообщают всю информацию о состоянии малыша.

Раздраженно торопит выписку, требует отдельную палату. В общей палате не сложились отношения со старшей по возрасту роженицей. Анна болезненно воспринимает ее замечания по поводу излишней нервности, неумелости в уходе за ребенком. Удовлетворенность поддержкой супруга сменяется недовольством: «приходит ненадолго, вещи приносит мятыми, а продукты не по списку». Более всего расстраивает его «мягкотелость» в общении с врачом. Разочарована, что он не выступает в роли защитника жены и ребенка.

Содержание сессии:

- Знакомство со схемой «АВС-анализа» в РЭПТ: демонстрируется связь между активирующим событием *A* («activating»), рациональным или иррациональным взглядом на событие *B* («beliefs») и следствиями в эмоциях и поведении *C* («consequences»). Приводятся примеры из жизни, иллюстрирующие влияние мыслей на эмоциональные и поведенческие реакции на активирующее событие, возможности их оптимизации вслед за изменением отношения к активирующему событию.
- Прояснение следствий (*C*) или психологических проблем. Описываются клиенткой как: «чувствую себя плохо», «очень боюсь за ребенка и его жизнь дальше», «раздражает все», «очень страшно», «руки опускаются», «злюсь на других и себя». Оказывается помощь в вербализации (предлагается эмоциональный словарь в виде списка эмоций) и шкалировании эмоций. Подчеркивается значение хорошей успешной вербализации для усиления контроля за эмоциональными и поведенческими реакциями. Способность контролировать эмоции будет благоприятно сказываться на контакте с ребенком.
- «Домашнее задание»: в течение дня на заготовленных на листочках бумаги шкалах называть и отмечать интенсивность позитивных и негативных эмоций в общении в ребенком, мужем, медиками, соседками по палате.

Сессия 4

У Никиты появились симптомы младенческих колик, что, однако, не вызывает серьезных опасений у врача. Мать обучают, что делать для облегчения состояния. Анна сообщает, что плохо выполнила домашнее задание, предъявив только две заполненные шкалы, оценивающие интенсивность злости на мужа, проявившего слабость, и врача, которая не подошла на осмотр ребенка в назначенное время. Ссылается на нехватку времени и сил. Вспоминает, что позитивные эмоции она не испытывала, за исключением интереса и спокойствия в ситуации, когда разглядывала спящего Никиту. На вопрос, были ли приятные моменты в период бодрствования, плачет и жалуется, что спокойного бодрствования сейчас нет. Ребенок или засыпает ненадолго, или кричит от колик. И вновь звучит недоверие и обвинение в сторону врача: у Анны снижалось количество грудного молока, и врач потребовала добавлять молочную смесь при кормлении, что привело, по мнению матери, к коликам.

Содержание сессии:

- Наблюдение за взаимодействием матери и ребенка с предоставлением обратной связи. Поскольку это была ситуация успокоения и укачивания ребенка, кричащего от колик, обратная связь давалась не сразу. Мы сообщаем Анне, что, несмотря на правильное поведение в таких ситуациях, она производила впечатление человека, который вот-вот сорвется, и просим описать переживания. По ее словам, это было ощущение беспомощности и бесполезности: «Я сейчас не нужна своему ребенку, так как я ничего не могу сделать».

Сессия 5

Состояние ребенка без изменений. Никита также страдает от колик, но с помощью медиков Анна стала справляться с проблемой более умело. Исчезли признаки страха неудачи, появилась уверенность в том, что сможет помочь кричащему и страдающему от колик ребенку. По-прежнему женщина оценивает свое настроение как плохое («мало, что может здесь радовать»), ощущает себя

более раздражительной, чем до родов. Однако отмечает, что после разговора с психологом, становится легче, и появляется потребность рассказать о своей боли и страхах кому-то еще.

Содержание сессии:

- Предоставление эмоциональной поддержки и подчеркивание способности клиентки осознавать и говорить с другими о негативных переживаниях как ее сильной стороны.
- Прояснение активирующего события (А). Таким событием, безусловно, признается поражение ЦНС и плохие прогнозы для развития Никиты. Но мы подчеркиваем иррациональность убеждения (В), согласно которому, состояние ребенка воспринимается как «катастрофа всей жизни», а его будущее – непременно проблемным и несчастливым. Результат (С) – подавленный фон настроения, усиление тревоги, трудности формирования позитивного образа и оптимального контакта с новорожденным, конфликтно-активные стратегии поведения, имеющие защитный характер (конфликтность в контактах с медиками, мужем, соседкой по палате). При дебатировании задаются вопросы, помогающие осознать нелогичность и неполезность иррационального взгляда. Дискриминация включает информирование об опыте других родителей, успешной адаптации детей с патологией ЦНС, ресурсах помощи в системе образования, возможных негативных последствиях конфликтных стратегий поведения для благополучия ребенка и семьи. Далее проводится анализ жизненной ситуации, четкое разделение тех обстоятельств, которые можно изменить, и тех, которые сейчас неразрешимы. В качестве нового рационального убеждения рассматривается установка: «Больше всего на свете мне бы хотелось, чтобы мой ребенок был здоров, но если у нас будут с этим проблемы, мы все равно можем быть счастливыми».
- «Домашнее задание»: на заготовленных на листочках бумаги шкалах фиксировать интенсивность раздражения в контактах с врачом и

медсестрами; отмечать, какие аспекты ситуации усилили или ослабили ставшим уже привычным раздражение.

Сессия 6

Состояние ребенка без изменений. Мать сообщает, что обсуждала накануне с мужем вероятность проблем с развитием ребенка. На этот раз ей самой пришлось снижать излишнюю эмоциональность и успокаивать мужа. При этом Анна использовала доводы, корректирующие паттерн «катастрофизации», усвоенные на предыдущей сессии.

Содержание сессии:

- Обсуждение вопроса «какая ситуация в течение данного дня была самой неприятной» для матери, а также сравнение различных ситуаций с помощью шкалирования эмоций, выделили другое активирующее событие (А) – это общение с врачом и медсестрами, которые дают тревожную информацию о состоянии больного, указывают и обучают навыкам ухода и медицинских манипуляций. Анна отмечает недостаток эмпатии со стороны медиков, «формализм», непонимание чувств и потребностей родителя. Ей также не нравится быть в роли подчиненного, которого все время учат, критикуют, и, как ей кажется, стыдят.
- Проводится детекция иррациональных взглядов через выявление слов-маркеров «долженствования» в речи клиентки («должен», «надо», «это их обязанность»). Проводится дебатирование с помощью вопросов, помогающих осознать нелогичность и бесполезность таких установок. С помощью метода рационально-эмоционального воображения Анне удастся подойти к осознанию, что после общения с медиками, она расстроена и раздражена не только от того, что узнает, но и от того, как она интерпретирует сказанное. Она воспринимает слова специалистов как обвинение и диктат, что больно ранит ее самолюбие. Женщина соглашается с тем, что, если бы не чувство уязвленного самолюбия, она, возможно, переживала бы такие ситуации более спокойно.

Иррациональное убеждение: «Я во всем должна быть успешной, и все должны оценивать меня высоко и уважать» заменяется установками: «Мне бы хотелось быть лучшей и получать признание, но вовсе необязательно быть лучшей для всех. Меня любят мои близкие и мой ребенок. Во все необязательно, что человек, дающий мне знания и навыки, хочет меня унижить».

- Предоставление эмоциональной поддержки и акцент на общем желании матери и специалистов работать в наилучших интересах ребенка.
- Информирование о приемах мышечной релаксации. Анне предлагается буклет с описанием приемов. Дается «домашнее задание»: пройти тренировку по приемам и апробировать их в ситуациях общения с ребенком, мужем и медиками.

Сессия 7

Состояние ребенка стабильное. На просьбу описать в начале сеанса свое эмоциональное состояние Анна впервые не использует глобальную оценку «все плохо». Настроение оценивает как рабочее: «нужно потерпеть», «надо все это пережить». На вопрос о самочувствии ребенка также отвечает по-новому: начала не с проблем, а с позитивных изменений в сосании и движениях. Отмечает, что «надоело плакать», и теперь, когда ребенок засыпает, рассматривает его, мечтает о будущем, планирует ближайшие дела на первый год: какую купить коляску, кроватку, одежду, кто будет крестными ребенка и др. Делится мыслью о том, что раньше, рыдая над спящим Никитой, хотела сказать ему: «... я ведь все делала как надо, неужели я во всем виновата?». Сейчас понимает, что такие мысли будут вредными и для нее, и для сына. Они не принесут пользы. Описывает удачную поддержку со стороны одной медсестры, которая, делилась своим опытом, сопереживала, но разговаривала с ребенком как здоровым, а с ней как с мамой здорового ребенка. Такая поддержка помогала успокоиться. О будущем старается подробно не говорить. Но оценивает его как счастливое. Все это говорит о гармонизации отношения к

ребенку у Анны. По словам лечащего врача, мать стала более спокойной, разговаривает «без претензий».

Содержание сессии:

- Эмоциональная поддержка, подчеркивание силы женщины, которая стала лучше контролировать эмоции и поведение и смогла справиться с напряжением в контактах с медиками; помощь в создании позитивного образа ребенка: он сильный, борется, справляется; подчеркивание сходных черт внешности и характера с родителями.
- Детекция, дебатирование и дискриминация иррационального «долженствования» по отношению к себе («Я должна быть хороша во всем», «У меня все должно быть на высоте»). Данный паттерн приводит к переживанию чувства вины. Самообвинение отражается на отношениях и с ребенком (подавленное настроение, неспособность радоваться, фиксация на слабости, болезненности новорожденного), и со взрослыми (конфликтность общения).
- Установление связи иррационального «долженствования» по отношению к себе и чувства вины с идеей наказания («Почему именно у нас?», «Как бы было все по-другому, если бы ...»). Акцентирование внимания на новых в опыте родителей сильных эмоциях. Это касается как негативных эмоций (страх, злость, печаль), так и позитивных (любовь, радость, забота). Клиентка соглашается, что такие эмоции дал именно сын, они делают родителей сильнее и ближе друг к другу и ребенку.
- «Домашние задание»: апробирование приемов мышечной релаксации в ситуациях общения с ребенком, мужем и медиками.

Сессия 8

Состояние ребенка стабильное. Через день предстоит выписка. Ребенку проведено необходимое лечение и диагностические мероприятия. Даны необходимые рекомендации по уходу и ближайшим дополнительным обследованиям на базе поликлиники по месту жительства. Анна описывает свое

настроение как нормальное, за время между седьмой и восьмой встречами не было периодов плача и даже и близости к слезам. Сообщила, что осознала в себе способность справляться не только со своими негативными эмоциями, но и помогать другим. Ежедневное общение с мужем теперь начинается с описания моментов, которые приносят положительные эмоции: движений и мимики ребенка, голоса, замирания при прислушивании, улучшении сосания. Взяла на себя функцию «волонтера» в общении с соседкой по палате – матерью новорожденного с пороком сердца: помогает по бытовым вопросам, оказывает эмоциональную поддержку, сообщает об эффективных и неэффективных способах совладания, иррациональных мыслях, которые заставляют растеряться и опустить руки. На просьбу оценить эффективность программы психологической помощи, клиентка отметила ее полезность. Она не жалеет, что участвовала в программе.

Содержание сессии:

- Закрепление навыка «АВС-анализа»: описываются реальные активирующие события (А), которые осмысляются иррациональными установками («катастрофизацией», «долженствованием к себе и другим», «убежденностью в своей низкой фрустрационной толерантности») и приводят к негативным последствиям в эмоциях и поведении.
- Эмоциональная поддержка, подчеркивание успехов матери в создании нового образа ребенка: «сильный, способный преодолеть трудности и быть счастливым» в противоположность «слабому, болезненному, ломающему жизненный стереотип семьи». Отмечается готовность матери создавать такой образ у мужа.

Через 6 месяцев после выписки с Анной проводилось полуструктурированное интервью. Никите 7,5 месяцев. Со слов матери, ребенок наблюдается у невропатолога с диагнозом последствия гипоксически-ишемического поражения ЦНС, задержка психомоторного развития. Озвучивается угроза ДЦП (спастической формы). Сохраняется гипертонус

мышц. Комплекс оживления появился в 2 месяца, гуление с 3 месяцев, держит голову с 4 месяцев. В настоящее время не сидит самостоятельно, с трудом переворачивается со спины на бок и живот. Различает близких, лепета нет. С 7 месяцев появилось дотягивание и хватание предмета, страх и протестные реакции при приближении незнакомого взрослого («тревога семимесячных»). Таким образом, на фоне отставания в развитии моторики и речи, можно предположить относительную сохранность эмоциональной сферы и взаимодействия со взрослыми.

Анна находится в декретном отпуске и полностью посвящает себя ребенку. Аккуратно ведет дневник развития, где фиксирует все изменения в состоянии. Изучает специальную литературу по раннему развитию, берет уроки массажа, осваивает физические упражнения в воде. Несмотря на занятость мужа, мать ощущает его поддержку и благодарна за особенное, мужское отношение к сыну: «любит, но не дает ему вить веревки». Свое эмоциональное состояние клиентка описывает как нормальное. Она отмечает, что по-прежнему сильна тревога за здоровье и будущее ребенка, но нет падений в «полный депрессняк», она не позволяет негативным эмоциям захватывать себя полностью. Перестала возвращаться в прошлое (роды, госпитализация), винить себя и других за случившиеся. Будущее семьи видит счастливым.

Результаты

Анализ записей сеансов программы психологической помощи позволяет говорить о позитивных изменениях в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах матери: произошла коррекция ряда иррациональных установок, гармонизировалось отношение к ребенку, стратегии совладания стали носить более конструктивный характер, что снизило конфликтность в общении с окружающими.

В показателях психодиагностических методик, оценивающих выраженность дистресса, также была выявлена положительная динамика. В таблице 1 представлены результаты исследования по «Шкале Спилбергера-

Ханина», «Шкале сниженного настроения – субдепрессии В. Зунга» и Теста дифференцированной самооценки функционального состояния «Самочувствие-Активность-Настроение» до начала и по окончании программы психологической помощи, а также через 6 месяцев после выписки.

Таблица 1 – Показатели дистресса до, в конце и через 6 месяцев после окончания программы

Показатель	До программы	В конце программы	Через 6 месяцев
Личностная тревожность («Шкала Спилбергера-Ханина»)	40	42	40
Реактивная тревожность («Шкала Спилбергера-Ханина»)	58	39	36
Уровень сниженного настроения («Шкала Зунга»)	52	48	29
Самочувствие («САН»)	4,0	2,8	6,1
Активность («САН»)	5,3	5,1	5,5
Настроение («САН»)	5,2	5,4	6,5

По «Шкале Спилбергера-Ханина» показатель личностной тревожности как устойчивой характеристики претерпевал незначительные изменения и находился в пределах умеренной выраженности, в то время как индекс реактивной тревожности обнаружил яркую динамику: до программы клиентка показала высокий уровень, к концу программы – умеренный. Оказанная помощь помогла снизить интенсивность негативных эмоциональных реакций на госпитализацию новорожденного и получение тревожной информации о диагнозе и последствиях патологии. Женщина стала оценивать себя как менее озабоченную, нервную, напряженную. При этом через полгода реактивная тревожность проявляется на том же умеренном уровне.

Несмотря на яркие проявления подавленности, частый плач, растерянность матери в начале программы, показатель по «Шкале Зунга» не доходил до уровня субдепрессии, а указывал лишь на отчетливо выраженное

снижение настроения. Далее произошло незначительное, но видимое снижение показателя к последнему сеансу. Можно говорить о тенденции к повышению эмоционального фона, расширению аспектов реальности, которые могут вызывать радость, спокойствие, надежду. Через 6 месяцев мы отмечаем значимое ослабление негативного фона настроения.

Снижение показателя «Самочувствие» («САН») к концу программы скорее указывает на накопившуюся усталость матери новорожденного, естественные телесные изменения после родов. Через 6 месяцев женщина чувствует себя отдохнувшей, сильной, здоровой.

Показатель «Активность» («САН») значимо не менялся в трех замерах, находясь в нормальном диапазоне. Самооценка «Настроения» («САН») не поменялась существенно в процессе психологической помощи, но стала более благоприятной через полгода.

Заключение

Таким образом, разработанная нами программа психологической помощи с использованием методов РЭПТ может быть эффективной в работе с матерями новорожденных с поражением ЦНС. В настоящее время авторами статьи проводится оценка эффективности РЭПТ для матерей новорожденных с патологией центральной нервной системы, где анализируется динамика показателей психологического благополучия до и после психологического вмешательства в сопоставлении с контрольной группой, дается качественное описание значимых изменений в процессе работы.

Список использованных источников

- Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб., Изд-во Санкт-Петербургского государственного университета, 2003.
- Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб., Речь, 2002.
- Bernard R.S., Williams S.E., Storfer-Isser A. et al. Brief cognitive-behavioral intervention for maternal depression and trauma in the neonatal intensive care unit: a pilot study // *J. Trauma Stress*, 2011. No. 24(2). Pp. 230-234.
- Bloom E.A., Jansen P.W., Verhulst F.C., Hofman A., Raat H., Jaddoe V.W., Coolman M., Steegers E.A., Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study // *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010. Vol. 117. Iss. 11. Pp. 1390-1398.
- Carvalho A.E.V., Linhares M.B.M., Padovani F.H.P., Martinez F.E. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU // *Spanish Journal of Psychology*, 2009. No. 12(1). Pp. 161-170.
- Heringhaus A., Blom M.D., Wigert H. Becoming a parent to a child with birth asphyxia – From a traumatic delivery to living with the experience at home // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013. Vol. 8. Article: 20539.
- Jotzo M., Poets C.F. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention // *Pediatrics*, 2005. Vol. 115. Pp. 915-919.
- Joyce M.R. A Developmental, Rational-Emotive Behavioral Approach for Working with Parents / In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. New York: Springer, 2006. Pp. 177-211.
- Laudi A., Peeples E. The relationship between neonatal encephalopathy and maternal postpartum depression // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2019. URL: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571574>
- Lefkowitz D.S., Baxt C., Evans J.R. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2010. Vol. 17(3). Pp. 230-237.
- McInerney J.F., McInerney B.C.M. Working with the Parents and Teachers of Exceptional Children/ In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. New York: Springer, 2006. Pp. 369-384.
- Melnyk B.M., Feinstein N.F., Alpert-Gillis L., Fairbanks E., Crean H.F., Sinkin R.A., Stone P.W., Small L., Tu X., Gross S.J. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial // *Pediatrics*, 2006. Vol. 118. No. 5. Pp. 1414-1427.
- Mendelson T., Cluxton-Keller F., Vullo G.C., et al. NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis // *Pediatrics*, 2017. Vol. 139. No. 3, e20161870.
- Nassef S.K., Blennow M., Jirwe M. Experiences of Parents Whose Newborns Undergo Hypothermia Treatment Following Perinatal Asphyxia // *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2013. Vol. 42. Iss. 1. Pp. 38-47.
- Obeidat H.M., Bond E.A., Callister L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit // *Journal Perinatal Education*, 2009. Vol. 18(3). Pp. 23-29.

- Rogers C., Kidokoro H., Wallendorf M., Inder T. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge // *Journal Perinatology*, 2013. No. 33. Pp. 171-176.
- Shaw R.J., Sweester C.J., St John N., Lilo E., Corcoran J.B., Jo B., Howell S.H., Benitz W.E., Feinstein N., Milnyk B., Horwitz S.M. Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation // *Issues Mental Health Nursing*, 2013. Vol. 34(8). Pp. 578-86.
- Silverstein M., Feinberg E., Cabral H., et al. Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial // *Arch Women Ment. Health*, 2011. Vol. 14(4). Pp. 317-324, pmid:21667323.
- Trost M.J., Molas-Torreblanca K., Man C., Cassilas E., Sapir H., Schrage S.M. Screening for maternal postpartum depression during infant hospitalizations // *Journal of Hospital Medicine*, 2016. Vol. 11(12). Pp. 840-846.

References

- Mukhamedrakhimov R.Zh. Mat' i mladenets: psikhologicheskoe vzaimodeistvie [Mother and baby: psychological interaction]. St. Petersburg, SPSU Publ., 2003. (In Russian)
- Ellis A., Draidon U. Praktika ratsional'no-emotsional'noi povedencheskoi terapii [The practice of rational-emotional behavioral therapy]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002. (In Russian)
- Bernard R.S., Williams S.E., Storfer-Isser A. et al. Brief cognitive-behavioral intervention for maternal depression and trauma in the neonatal intensive care unit: a pilot study // *J. Trauma Stress*, 2011. No. 24(2). Pp. 230-234.
- Bloom E.A., Jansen P.W., Verhulst F.C., Hofman A., Raat H., Jaddoe V.W., Coolman M., Steegers E.A., Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study // *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010. Vol. 117. Iss. 11. Pp. 1390-1398.
- Carvalho A.E.V., Linhares M.B.M., Padovani F.H.P., Martinez F.E. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU // *Spanish Journal of Psychology*, 2009. No. 12(1). Pp. 161-170.
- Heringhaus A., Blom M.D., Wigert H. Becoming a parent to a child with birth asphyxia – From a traumatic delivery to living with the experience at home // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013. Vol. 8. Article: 20539.
- Jotzo M., Poets C.F. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention // *Pediatrics*, 2005. Vol. 115. Pp. 915-919.
- Joyce M.R. A Developmental, Rational-Emotive Behavioral Approach for Working with Parents / In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. New York: Springer, 2006. Pp. 177-211.
- Laudi A., Peeples E. The relationship between neonatal encephalopathy and maternal postpartum depression // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2019. URL: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571574>
- Lefkowitz D.S., Baxt C., Evans J.R. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2010. Vol. 17(3). Pp. 230-237.

- McInerney J.F., McInerney B.C.M. Working with the Parents and Teachers of Exceptional Children/ In: A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.). Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders. New York: Springer, 2006. Pp. 369-384.
- Melnyk B.M., Feinstein N.F., Alpert-Gillis L., Fairbanks E., Crean H.F., Sinkin R.A., Stone P.W., Small L., Tu X., Gross S.J. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial // *Pediatrics*, 2006. Vol. 118. No. 5. Pp. 1414-1427.
- Mendelson T., Cluxton-Keller F., Vullo G.C., et al. NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis // *Pediatrics*, 2017. Vol. 139. No. 3, e20161870.
- Nassef S.K., Blennow M., Jirwe M. Experiences of Parents Whose Newborns Undergo Hypothermia Treatment Following Perinatal Asphyxia // *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2013. Vol. 42. Iss. 1. Pp. 38-47.
- Obeidat H.M., Bond E.A., Callister L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit // *Journal Perinatal Education*, 2009. Vol. 18(3). Pp. 23-29.
- Rogers C., Kidokoro H., Wallendorf M., Inder T. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge // *Journal Perinatology*, 2013. No. 33. Pp. 171-176.
- Shaw R.J., Sweester C.J., St John N., Lilo E., Corcoran J.B., Jo B., Howell S.H., Benitz W.E., Feinstein N., Milnyk B., Horwitz S.M. Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation // *Issues Mental Health Nursing*, 2013. Vol. 34(8). Pp. 578-86.
- Silverstein M., Feinberg E., Cabral H., et al. Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial // *Arch Women Ment. Health*, 2011. Vol. 14(4). Pp. 317-324, pmid:21667323.
- Trost M.J., Molas-Torreblanca K., Man C., Cassilas E., Sapir H., Schrager S.M. Screening for maternal postpartum depression during infant hospitalizations // *Journal of Hospital Medicine*, 2016. Vol. 11(12). Pp. 840-846.