

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
и педагогики
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОПРОВОЖДЕНИИ
ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Специальность:
37.05.01 - Клиническая психология
Квалификация: специалист

Исполнитель:
студент группы ОКП–601
Ражева В.С.

Научный руководитель:
д.пс.н., профессор
Е.С. Набойченко

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение..... | 3 |
| 1. Теоретические аспекты изучения проблемы психологического сопровождения женщин, родивших недоношенных детей | 6 |
| 1.1. Материнство как психологически важный этап в жизни женщины | 6 |
| 1.2. Психологические особенности личности женщин, родивших недоношенных детей | 9 |
| 1.3 Понятие психологического сопровождения родительства..... | 13 |
| 2 Эмпирическое исследование особенностей эмоционального состояния матерей | 19 |
| 2.1 База исследования..... | 19 |
| 2.2 Организация и методы исследования | 20 |
| 2.3 Результаты исследования..... | 22 |
| 3 Программа психологического сопровождения женщин, родивших недоношенных детей..... | 25 |
| 3.1 Цель, задачи, содержание программы | 25 |
| Заключение | 33 |
| Список использованных источников | 35 |
| Приложение 1 Материалы методик..... | 41 |
| Приложение 2 Матрица первичных данных | 46 |
| Приложение 3 Содержание программы..... | 47 |

ВВЕДЕНИЕ

Период беременности часто наполнен различными волнениями и страхами. В разной степени через это проходят все молодые родители в период планирования беременности, ожидания появления младенца и первые несколько лет жизни ребенка. Страх эволюционно обусловлен, но может значительно снижать качество жизни.

Благодаря страху происходит мобилизация внутренних ресурсов, это необходимо в опасной или критической ситуации. Активизация деятельности позволяет действовать в условиях нехватки информации. Также страх отвечает за наше безопасное поведение, предупреждение опасностей, самосохранение. Тем не менее, некоторые страхи могут перерасти в психологические проблемы и влиять на повседневную жизнь негативным образом. Поскольку психологическое благополучие ребенка напрямую зависит от эмоционального фона его матери, необходимо своевременно оказывать женщине квалифицированную поддержку. Стоит отметить, что полное отсутствие страхов не является нормальным и также может негативно сказываться на младенце, в последствии его психика будет не готова к внешним воздействиям. Проживание матерью своих эмоций, в том числе негативных, учит ребенка реагировать на внешние раздражители.

Актуальность. Пери- и постнатальное сопровождение женщин является крайне важным в настоящее время. Эмоциональный фон женщины влияет на её психическое состояние, качество общения с ребенком может снижаться из-за преобладания негативных ощущений. Анализ литературы показывает тенденцию к развитию перинатальной психологии, но пока что работы немногочисленны.

Недоношенные и маловесные дети находятся в группе риска по осложнениям и задержкам развития. Одной из причин этого является вынужденное разделение матери и ребенка сразу после родов, а также затруднения матери при общении с новорожденным. Чрезмерная тревожность

женщины может способствовать гиперопеке, восприятию ребенка как чрезмерно чувствительного и нуждающегося в дополнительном контроле даже в случаях с благополучными, здоровыми детьми.

Научно-теоретическая значимость обусловлена необходимостью разработки программ психологического сопровождения женщин, родивших недоношенных детей.

Проблема исследования состоит в выявлении психологических особенностей женщин, родивших недоношенных детей.

Объект исследования – психологические особенности женщин, родивших недоношенных детей.

Предмет исследования – снижение тревожности у женщин после преждевременных родов когнитивно-поведенческой терапией.

Цель исследования – выявить, и описать психологические особенности женщин, родивших недоношенных детей, и оценить эффективность когнитивно-поведенческой терапии.

Были выдвинуты следующие **гипотезы исследования**.

1. Психоэмоциональное состояние женщины, родившей недоношенного ребенка, будет отличаться высоким уровнем тревожности в сравнении с женщиной, родившей доношенного ребенка.

2. Предполагаем, что уровень тревожности возможно снижать когнитивно-поведенческой терапией.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**.

1. Изучить литературу по вопросам психологического сопровождения и особенностям эмоциональной сферы женщин, родивших недоношенных детей.

2. Провести анализ литературы, связанной с психологическими особенностями преждевременно родивших женщин.

3. Провести эмпирическое исследование тревожности у женщин, родивших недоношенных детей, и женщин, родивших доношенных детей.

4. Проанализировать полученные результаты исследования.

Теоретико-методологическая база исследования. Изучение психологических особенностей матерей недоношенных детей было проведено на основании работ И.В. Добрякова, О.В. Защирской, А.А. Карпенко, Г.Г. Филипповой.

Комплекс методов исследования работы составили:

Анализ научных источников, синтез и обобщение имеющихся подходов, тестирование, методы математической обработки: проверка на нормальность распределения с помощью W - критерия Шапиро-Уилка; сравнение средних значений с помощью непараметрического U -критерия Манна-Уитни, критерий Краскела–Уоллиса.

Методики исследования.

- «Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина).
- «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли (адаптация Т.В. Казанцева).

Эмпирическая база: отделение патологии новорожденных №1 ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр».

Теоретическая значимость работы заключается в расширении и углублении знаний о психологических особенностях, в частности тревожности, женщин, родивших недоношенных детей. О методах и техниках профилактики и коррекции в условиях психологической работы.

Практическая значимость работы. Разработанная программа проведения терапии с женщинами, имеющими высокий уровень ситуативной тревожности, позволяет повысить результативность их психотерапии. Также рекомендации предоставляют возможность применения разработанной рабочей программы в лечебных учреждениях, где находятся пациенты, родившие преждевременно.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

1.1 Материнство как психологически важный этап в жизни женщины

Функции матери или значимого взрослого в развитии ребенка определенно трудны и разнообразны. Они заключаются в удовлетворении абсолютно всех физиологических потребностей ребенка, обеспечении психологического благосостояния. Также родитель реализует формирование и развитие привязанности, базисных взаимоотношений с миром, ключевых особенностей личности. Многие из этих функций осуществляются неосознанно, тем не менее это не влияет на успешность выполнения.

Беременность и роды являются не только физиологическим, но и психологическим кризисом, а также ключевым этапом социализации женщины. Это подтверждается многочисленными психологическими, социологическими и медицинскими исследованиями. Данный этап требует значительных ресурсных затрат. Кризис освоения новой социальной роли – роли матери – представляет собой кризис идентичности. Для успешного выхода из кризиса требуется сформированность готовности к материнству. В таком случае, будет достигнуто эмоциональное благосостояние, благополучие в психологической и семейной сферах жизни, и, как следствие, гармоничное функционирование в роли матери. Процесс принятия себя в родительской роли является ресурсоёмким и представляет собой как перспективы для личностного роста, так и потенциальные опасности для личности [10].

Физиологическая сторона процесса деторождения сохраняет своё постоянство в течение всего времени существования человечества. Социальная и культурная составляющие подвергаются изменениям на каждом этапе развития общества. В жизни женщины появляются карьерные устремления, меняется её положение в социуме, это влияет на отношение к материнской функции, потребности в рождении детей. Важно разграничивать рождение

детей и их воспитание, материнство. Создание потомства — это биологический процесс, а психологическое развитие, влияние на личность ребенка гораздо сложнее и многограннее [28].

Быть матерью для женщины означает не только следование своей природе, но и соответствие общественным ожиданиям. Социум обладает значительным авторитетом по отношению к детско-родительскому взаимодействию. Установки претерпевают изменения по мере развития общества, они не постоянны. Невозможно признавать исключительно биологическую или социальную сторону желания стать матерью. Здесь также имеет большое значение личный выбор женщины, её внутренняя потребность. Формирование среды, способствующей всестороннему развитию ребенка, является неотъемлемой частью осознанного родительства [29].

Психоаналитики в своих исследованиях концентрируют внимание на актуализации во время своей беременности опыта внутриутробного эмоционального взаимодействия с матерью. В данном направлении выделяют типы отношения к беременности по критериям сознательного-бессознательного, принятия-отвержения. Родительство считается этапом половозрастной и личностной идентификации, в процессе которой происходит изменение взаимоотношений с миром [32].

В исследованиях, ориентированных на психотерапию, гестация рассматривается как период жизни, способствующий проявлению внутриличностных конфликтов и нуждающийся во вмешательстве психолога, а также получении эмоциональной поддержки. Некоторые направления рассматривают беременность как подготовку и развитие взаимной детско-родительской привязанности. Это плотно связано с проявлением внутренних ощущений женщины, появляющихся одновременно с шевелениями плода. Для гестационного периода характерно возникновение эмоциональной связи матери и ребенка, появляются представления о том, каким он будет. В норме эти представления постепенно становятся более реалистичными и обобщенными.

Отдельного обсуждения требуют проблемы ранней и поздней беременности, идиопатического бесплодия [30].

Подготовка личности женщины к материнству происходит в течении всей её жизни и содержит несколько этапов, они необходимы для последующей адаптации к роли матери. Г.Г. Филиппова в своих работах дала подробное описание шести этапов развития женщины как матери.

В первую очередь влияние оказывает взаимодействие женщины с собственной матерью или заменяющим ее значимым взрослым в раннем детстве, особенно в возрасте до 3 лет. В этот период девочка исследует эмоциональное взаимодействие в детско-родительских отношениях. Далее следует этап сюжетно-ролевой игры, «дочки-матери», «семья», куклы. Так происходит формирование и развитие мотивационной основы материнства. На этапе нянченья ребенок начинает рассматриваться как объект деятельности, появляется осознание важности заботы о нём. Начинает формироваться потребность в материнстве. В подростковом возрасте происходит разделение мотивационного компонента половой и родительской сфер поведения. Все вышеперечисленные этапы можно назвать подготовительными. Во взрослом возрасте, на этапе собственно материнства, у женщины происходит актуализация всех компонентов, полученных ранее. Последний этап начинается уже после рождения ребенка. Во время шестого этапа у женщины образуется эмоциональная привязанность к ребенку, появляется интерес к его развитию. Итогом является здоровая, устойчивая связь внутри диады «мать-ребенок» [36].

О том какой ранний коммуникативный опыт получила женщина, общаясь со своими значимыми взрослыми, можно делать выводы исходя из её ранних воспоминаний о родителях, семейных взаимоотношениях, стиле воспитания. Девочка получает крайне важный опыт, играя в «дочки-матери», «дом» и тому подобные игры. Планирование беременности, её желанность, индивидуальные особенности прохождения гестационного периода являются наиболее важными факторами. Также имеет большое значение субъективное отношение матери к будущему ребенку, проявляющееся в адресованной к нему речи, ощущении

любви, интерпретации движений малыша как акта общения. У каждой будущей матери имеются установки на стратегию воспитания, в которых преобладает субъективное или объективное отношение к ребенку. Оно характеризуется стремлением принимать решения на основе потребностей младенца или собственных внутренних представлений о том, что ему нужно [11].

Таким образом, материнство является достаточно важным этапом в жизни женщины. Данный период требует от нее пересмотра своих жизненных приоритетов, формирования новых личностных качеств и принятия новой роли. На подготовку и становление материнства влияет онтогенез женщины: коммуникативный опыт, полученный в общении со значимыми взрослыми, игры в детском возрасте, планирование беременности и отношение к детям в целом.

1.2 Психологические особенности личности женщин, родивших недоношенных детей

Беременность, роды и дальнейшее воспитание ребенка – это крайне важный период жизни женщины. Начиная с гестационного периода в её организме происходят физиологические и психологические изменения. Формируется диада мать-плод, затем мать-ребенок. Важно отметить, что связь не является односторонней, происходит взаимная коммуникация, мать и ребенок синхронизируются друг с другом. Психология активно занимается изучением формирования и развития взаимоотношений матери и ребенка, их взаимного влияния.

Преждевременные роды приводят женщину в состояние беспомощности, она может чувствовать потерю контроля, загнанность «в угол». Эти изменения не проходят бесследно и оказывают значительное влияние на взаимодействие в диаде мать-ребенок. Формируется отстраненность в отношениях, затормаживается развитие ребенка, нарушается установление родственных контактов [4].

Спокойствие матери во время гестационного периода способствует появлению материнской привязанности, формированию позитивного отношения к будущему родительству и развитию внутренней позиции матери. Всё это необходимо для успешной коммуникации с ребенком после его рождения. Наличие чрезмерной тревожности напротив препятствует всему вышеперечисленному. Это состояние не редко, различные факторы, такие как незапланированная или долгожданная беременность, оценка общества, материальные трудности приводят к переходу тревожности из ситуативного состояния в личностную черту [13].

Появление на свет недоношенного ребенка проверяет психологическую атмосферу семьи, выводит на поверхность все скрытые проблемы. Семья является важнейшим условием успешного развития маловесного ребенка в психическом и личностном плане. Поэтому в неблагополучных семьях бывает крайне сложно наладить реабилитацию ребенка. В условиях стационара необходимо осуществление психологической поддержки молодых матерей, так как в отсутствии всей остальной семьи мать остается основным компонентом развития младенца. Психолог стационара должен способствовать установлению безопасных, надежных связей между матерью и ребенком. Особенное внимание стоит уделить женщинам, у которых страдает личностный ресурс, отсутствует эмпатия, открытость, принятие по отношению к младенцу. Также коррекционная помощь требуется женщинам, имеющим внутренний запрет на проявление негативных эмоций, отсутствие контроля над эмоциями, сниженную или неадекватную мимику. К ухудшению психологического состояния молодой матери часто приводят прогнозы последствий и осложнений у ребенка. В терапии нуждаются пациентки, в состоянии которых присутствует постоянное чувство усталости, астения, тревожно-депрессивные компоненты [26].

Женщины, пережившие преждевременные роды и имеющие недоношенного ребенка, демонстрируют достоверно высокие показатели раздражительности, вспыльчивости, уклонения от контактов с ребенком. Это

дает возможность формировать программы психологической помощи, оказывать поддержку, начиная с ранних этапов нахождения в стационаре. Это имеет первостепенную важность, так как наличие устойчивых, надежных отношений матери и младенца, формирует у ребенка базовое чувство безопасности, положительное видение, конструктивные модели межличностного взаимодействия [19].

Результаты существующих исследований дают возможность выделить направления и ориентиры программы психологической поддержки женщин после преждевременных родов. Необходимо работать над повышением личностного ресурса, стабилизацией эмоционального фона, снижением эмоционального напряжения, в том числе чувства тревоги. Также некоторым матерям необходима помощь в адекватной оценке психологического и физиологического состояния младенца, оценке перспектив и его возможностей [12].

Женщины, имеющие маловесных детей, подвергаются высокому риску появления таких психологических проблем, как тревога, послеродовая депрессия, хроническая усталость, страх потерять ребенка. Дополнительное эмоциональное напряжение создают возможные супружеские проблемы, появление чувства вины и взаимообвинения. Роды, произошедшие раньше срока, повышают вероятность развития негативных последствий для ребенка, его родителей и семьи в целом. Такие выводы призывают к пристальному наблюдению за психологическим состоянием молодых матерей. Это необходимо для выявления трудностей на ранних этапах и своевременному оказанию квалифицированной помощи [8].

Из-за преждевременных родов прерывается формирование естественной, психофизиологической связи в диаде мать-ребенок, это несёт в себе угрозу для полноценного исполнения роли матери. Еще одним угрожающим фактором становится то, что маловесные младенцы гораздо меньше, чем доношенные дети реагируют на ласку взрослого. Они не прижимаются к взрослому, не принимают положения тела, удобного для удерживания на руках, то есть

отсутствует постуральная адаптация. У молодых родителей в связи с этим может появляться напряженность, чувство отстраненности. В последствии они могут подсознательно избегать контактов с ребенком, так как подобное поведение интерпретируется как отвержение [17].

Для матерей детей с выявленной или подозреваемой неврологической патологией характерна неопределенная картина исходов, короткая временная перспектива, сочетающаяся с погруженностью в решение задач, связанных с ребенком и его реабилитацией [7].

Хронический стресс, вызванный преждевременным рождением ребенка и последствиями этого, вызывает снижение регулирующего самоконтроля, снижение самооценки, ощущение несостоятельности и некомпетентности в роли матери. Женщина становится более избирательной в общении, сохраняя возле себя только самых близких [2].

Родителей недоношенного младенца переполняют тревога и страх за ребенка, его текущее состояние и последующее развитие. Женщины, чьи дети длительно не набирают вес, имеют сильный страх утраты ребенка, он становится основным чувством в их отношениях в течение продолжительного времени. Существует вероятность того, что женщина будет воспринимать все проблемы как следствие недоношенности. Вовремя оказанная психологическая помощь может значительно уменьшить трудности первых месяцев жизни недоношенного ребенка и помочь молодой матери при взаимодействии с ним. Преждевременно родившие женщины нуждаются в квалифицированной помощи психолога. Она может иметь форму объяснения особенностей состояния ребенка, лучшей формы взаимодействия с ним. Также требуется продолжительная работа с состоянием тревоги у матери, возникающим из-за постоянного ожидания чего-либо плохого, опасного для ребенка. Такая сильная тревога может приводить к нервным срывам и осложнять развитие младенца [21].

Еще одним поводом для волнения становится психомоторное развитие недоношенного ребенка, особенно в первый год жизни. Родители сравнивают

своего ребенка с доношенными сверстниками, различными нормами, приведенными в педиатрических таблицах, находят отставания, что становится поводом для нового витка беспокойства. Важно доносить до них, что маловесные дети развиваются своими темпами и нужно оценивать его развитие с учетом изначальных данных (недоношенности и маловесности). В таком случае помогает предоставление информационно-наглядного материала. Тренинговые упражнения могут способствовать формированию спокойного и адекватного контакта матери и ребенка [18].

Таким образом, матери недоношенных детей могут испытывать сильную тревогу и страх, а также иметь затруднения в коммуникации с мужем и другими родственниками. Это приводит к хроническому стрессу, истощающему женщину, и влияет на психоэмоциональное развитие ребенка. На основании вышеизложенного можно предположить, что женщинам, родившим недоношенных детей, необходима качественная и своевременная психологическая помощь.

1.3 Понятие психологического сопровождения родительства

Родительство является ключевой ролью и важной социально значимой функцией индивидуума. Стиль воспитания имеет прямое влияние на развитие ребенка, поэтому некоторые авторы утверждают, что будущее общества заключается в сегодняшнем состоянии родительства.

Семейная система характеризуется устойчивостью и функцией самосохранения в постоянно меняющихся условиях. Это утверждение так же применимо и к родительству, так как оно является значительной частью семейной системы [35].

Семья – это супружеская и детско-родительская система взаимоотношений, малая группа, члены которой связаны брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью [1].

Таким образом, целью родителей считается не только рождение, но и воспитание детей. Родительство представляет собой семейную подсистему, частично самостоятельное составляющее. Функция родителя в личности отца или матери включает в себя ценностные ориентации, установки и ожидания, возникающие в связи с родительством чувства, ответственность и предполагаемый стиль воспитания. Эмоции, когниции и поведенческие проявления присутствуют в каждом вышеперечисленном компоненте родительства [5].

Когнитивная составляющая представляет собой принятие и постижение взаимной связи с детьми, понимание себя как отца или матери, осознание представления об идеальном родителе, образ партнера в качестве отца или матери и образ ребенка.

Эмоциональная составляющая включает чувства, возникающие по отношению к себе, как к родителю, а также по отношению к ребенку и партнеру.

Поведенческий компонент состоит из осознанных действий по уходу, воспитанию и обучения ребенка. Так же сюда можно включить навыки и умения родителя, характер воспитания, отношения с партнером.

Первое время родительские роли неустойчивы, это может отражаться на согласовании решений, реакции на трудности. По мере развития родительства происходит постепенное единение мнений матери и отца относительно их ролей, обязанностей, распределения ответственности. Безусловно, это начинает происходить еще до рождения ребенка, на этапе планирования будущей жизни, но теоретические представления претерпевают значительные изменения при применении на практике. Развитая форма родительской функции характеризуется большей уравновешенностью [6].

Перинатальная психология и психология родительства являются достаточно новыми направлениями психологических исследований. Они тесно взаимосвязаны, и это небезосновательно. Поводом для объединения этих направлений стала схожесть задач и объектов исследования. Так же

немаловажным фактором является связь перинатальной психологии и психологии родительства акушерством, гинекологией и педиатрией. Данные медицинские специальности нуждаются в улучшении и проработке психологической составляющей работы. Существуют данные о корреляции соматического и психологического здоровья ребенка с перинатальным периодом, ранним детством и эмоциональным состоянием родителей или значимых взрослых. Так же стоит отметить, что раннее развитие ребенка в значительной степени зависит от психологических проблем родителей. Существует мнение, что детская психосоматика является следствием родительской депривации. Таким образом, медицинские и психологические исследования единогласны во мнении, что объектом изучения и воздействия следует считать не отдельно ребенка, и отдельно родителя, а их диаду, тесное взаимодействие в период раннего развития [22].

В ранней психологической помощи родителям детей с различными нарушениями предлагается использовать компетентностный подход. Он представляет собой целостный взгляд на поддержку развития детей. Эффективность подхода обеспечивают активное участие родителей во всех процессах реализации индивидуальных программ, понятные принципы работы и простые критерии оценки уровня компетенций [16].

В определении семьи практически всегда используется слово «система». Имеющиеся внутренние связи создают баланс и равновесие, позволяя системе функционировать. Изменение состава семьи, семейные кризисы и другие трудности приводят к временному дисбалансу, в то же время это создает условия для развития семейной системы, построения новых и пересмотра старых связей. Поэтому важно отметить, что рождение ребенка, хоть и приводит к временному дисбалансу, все же является нормативным семейным кризисом, а значит способствует семейному развитию.

Появление нового члена семьи может приводить к различным реакциям семейной системы. Даже желанный и запланированный ребенок может стать причиной семейной дисфункции, трудностям взаимодействия партнеров и

трудно разрешаемым конфликтам. Становление личности каждого из супругов в новой, родительской роли требует принятия новых функций, связанных с уходом и воспитанием. Возрастающее чувство ответственности может приводить к повышению уровня тревоги, неосознаваемым страхам и, как следствие, эмоциональному избеганию ребенка и партнера. Превращение диады в триаду неизбежно меняет систему семейных отношений, часто не в лучшую сторону. Чтобы избежать разрушения семейной системы важно на этапе планирования беременности обсуждать распределение обязанностей, готовиться к последующим изменениям. Важно умение партнеров просить о помощи, оказывать друг другу поддержку [3].

Говоря о понятии «дисфункция семейной системы», необходимо упомянуть термин «дисфункциональная семья». Он используется для обозначения семей, отношения в которых способствует формированию неадаптивного и/или деструктивного поведения одного или нескольких её членов. Такие условия ограничивают личностный рост членов семьи, вредит внутрисемейным межличностным отношениям.

Основным отличием дисфункциональной семьи является отсутствие внутрисемейной поддержки, эмоционального взаимодействия между супругами, взаимного внимания между всеми членами группы. Члены такой семьи характеризуются наличием психологических нарушений, таких как заниженная или завышенная самооценка, сниженный уровень эмпатии, трудности самоанализа и адаптации.

Задачами психологического сопровождения родительства являются уравнивание родительской функции в жизни супругов, перевод конфликтов в конструктивную форму, формирование готовности к родительству и проработка индивидуальных психологических проблем, нарушающих детско-родительские и супружеские отношения [1].

Таким образом, важной задачей в работе психолога с молодыми родителями является информирование о возможных психологических реакциях женщины, а также работа с индивидуальными и партнерскими

психологическими проблемами. Это связано с тем, что для гармоничного функционирования семейной системы необходимо наличие внутрисемейной поддержки и эмоционального взаимодействия между всеми членами семьи.

Выводы по первой главе

Материнство для женщины означает не только биологическую, но и социальную функцию. Исторически общество имеет большое влияние на детско-родительское взаимодействие. Вместе с обществом меняются и семейные установки. На основании вышеизложенного, невозможно признавать исключительно биологическую или социальную сторону желания стать матерью. Также большое значение имеет внутренняя потребность женщины, складывающаяся из опыта собственного взаимодействия со значимым взрослым, игр и отношения к беременности, сформированного уже во взрослом возрасте.

Таким образом, целью родителей считается не только рождение, но и воспитание детей, так как формирование среды, способствующей всестороннему развитию ребенка, является неотъемлемой частью осознанного родительства. Родительство представляет собой семейную подсистему, частично самостоятельное составляющее. Функция родителя в личности отца или матери включает в себя ценностные ориентации, установки и ожидания, возникающие в связи с родительством чувства, ответственность и предполагаемый стиль воспитания. Эмоции, когниции и поведенческие проявления присутствуют в каждом вышеперечисленном компоненте родительства.

Появление нового члена семьи может приводить к различным реакциям семейной системы. Даже желанный и запланированный ребенок может стать причиной семейной дисфункции, трудностям взаимодействия партнеров и трудно разрешаемым конфликтам. Изменение состава семьи, семейные кризисы и другие трудности приводят к временному дисбалансу, в то же время это

создает условия для развития семейной системы, построения новых и пересмотра старых связей. Поэтому важно отметить, что рождение ребенка, хоть и приводит к временному дисбалансу, все же является нормативным семейным кризисом, а значит способствует семейному развитию.

Задачами психологического сопровождения родительства являются уравнивание родительской функции в жизни супругов, перевод конфликтов в конструктивную форму, формирование готовности к родительству и проработка индивидуальных психологических проблем, нарушающих детско-родительские и супружеские отношения.

Женщины, имеющие маловесных детей, подвергаются высокому риску появления таких психологических проблем, как тревога, послеродовая депрессия, хроническая усталость, страх потерять ребенка. Дополнительное эмоциональное напряжение создают возможные супружеские проблемы, появление чувства вины и взаимообвинения. Роды, произошедшие раньше срока, повышают вероятность развития негативных последствий для ребенка, его родителей и семьи в целом. Такие выводы призывают к пристальному наблюдению за психологическим состоянием молодых матерей. Это необходимо для выявления трудностей на ранних этапах и своевременному оказанию квалифицированной помощи.

Результаты существующих исследований дают возможность выделить направления и ориентиры программы психологической поддержки женщин после преждевременных родов. Необходимо работать над повышением личностного ресурса, стабилизацией эмоционального фона, снижением эмоционального напряжения, в том числе чувства тревоги. Также некоторым матерям необходима помощь в адекватной оценке психологического и физиологического состояния младенца, оценке перспектив и его возможностей.

2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ

2.1 База исследования

Исследование проводилось в Екатеринбургском клиническом перинатальном центре. В его состав входят: консультативно-диагностическая поликлиника, в которой оказывают помощь парам и женщинам, планирующим беременность, беременным находящимся в группе высокого риска; два акушерских стационара, один из которых предназначен для работы с женщинами, состоящими в группе высокого риска, а второй для беременных группы среднего и низкого риска. Помимо этого, центр включает в себя педиатрические стационары: отделение патологии новорожденных для недоношенных детей и отделение патологии новорожденных, включающее также отделение медицинской реабилитации детей раннего возраста - от 6 месяцев до 3 лет.

Стационары и консультативные поликлиники Екатеринбургского клинического перинатального центра имеют современное оборудование для диагностики и медицинских манипуляций. Специалисты центра высоко квалифицированы, регулярно улучшают свои знания, обмениваются опытом с коллегами. Благодаря этому в отделениях центра оказывается качественная профессиональная помощь женщинам, новорожденным детям и детям раннего возраста.

Специалисты центра имеют большой опыт оказания высокотехнологичной помощи беременным женщинам и новорожденным, а также работы с бесплодием, пациентками групп высокого риска, глубоко недоношенным детям. В стационарах и поликлинике применяются исключительно современные перинатальные технологии, методы, имеющие доказанную эффективность.

2.2 Организация и методы исследования

Было проведено психодиагностическое исследование в течение первых 2,5 месяцев после родов 13 матерей, дети которых находились на различных этапах выхаживания в Екатеринбургском клиническом перинатальном центре. Так же были обследованы 13 женщин, чьи дети не нуждаются в выхаживании, так как родились доношенными.

Средний возраст обследованных пациенток составил 26,3 года. Для 73 % женщин родившийся ребенок является первым. В группе «женщины, родившие недоношенных детей», роды произошли в промежутке с 26 по 35 неделю. В группу «женщины, родившие доношенных детей», вошли пациентки с родами в период с 37 недели, на основании данных всемирной организации здравоохранения.

В группе «женщины, родившие недоношенных детей», в среднем с момента родов прошло 17,9 дней. В группе «женщины, родившие доношенных детей», в среднем с момента родов прошло 1,7 дня. Данное различие обусловлено продолжительностью нахождения женщин в стационаре, необходимости оказания новорожденным детям медицинской помощи и внутренним распорядком больницы.

Использовались тест-опросник диагностики тревожности Спилберга–Ханина и методика «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли (адаптация Т.В. Казанцевой). Диагностика по методике Спилберга-Ханина проводится с использованием двух бланков, измеряются показатели ситуативной и личностной тревожности. Испытуемому предоставляется тест из 20 утверждений, где оценивается, насколько утверждения соответствуют состоянию женщины в данный момент (выявляется ситуативная тревожность) и обычно в повседневной жизни (выявляется личностная тревожность). Эта методика является единственной позволяющей оценить тревожность и в качестве личного свойства, и как ситуативное состояние [9].

Тест в методике оценки близких отношений содержит 28 утверждений, составляющих 2 шкалы – шкалу тревожности в отношениях привязанности и шкалу избегания близости в отношениях привязанности. Первая шкала отражает степень уверенности в надежности значимого лица, а вторая степень дискомфорта, ощущаемого при сближении с кем-либо [15].

Создатели методики, послужившей основой для адаптированной версии Т.В. Казанцевой, предлагали классификацию испытуемых по одному из четырех типов привязанности: надежному, боязливому, зависимому или избегающему. Данный метод классификации не был единственным, впоследствии обсуждалось деление обследуемых на категории, основанные на измерении двух факторов. Это решение показало более высокую прогностическую точность получаемых сведений. На основании этих данных сохранилось деление на 2 шкалы: шкалу тревожности в отношениях и шкалу избегания близости в отношениях [15].

Реактивная (или ситуационная) тревога появляется, когда человек попадает в ситуацию стресса, её можно характеризовать чувством дискомфорта, напряжением, волнением и физиологическим возбуждением. Личностная тревога является чертой, обуславливающей склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высоком уровне личностной тревожности каждая стрессовая ситуация оказывает сильное воздействие на субъект, и у него возникает выраженная тревога [9].

Методы математической обработки данных.

Статистический анализ результатов исследования осуществляли с использованием программ MS Excel 2007 и Statistica v. 13.0. Для сравнения группы «женщины, родившие преждевременно» и группы «женщины, родившие в срок» между собой, был использован критерий U-Манна-Уитни. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. При оценке зависимости показателей уровня личностной и ситуационной тревожности от типа привязанности, использовался критерий Краскела–Уоллиса.

2.3 Результаты исследования

В рамках данной работы было проведено исследование уровня тревожности у женщин, родивших недоношенных детей. Целью исследования являлось выявить и описать психологические особенности женщин, родивших недоношенных детей.

В качестве основной задачи стояло провести эмпирическое исследование тревожности у женщин, родивших недоношенных детей, и женщин, родивших доношенных детей.

Полученные данные обрабатывались по группам методами математической обработки в «STATISTICA 13».

Нами были получены результаты сравнения уровня тревожности у двух групп, полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты сравнения групп по методике «Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина)

| Названия шкал | Среднее значение в группе «матери, доношенных детей» | Среднее значение в группе «матери, недоношенных детей» | Эмпирическое значение критерия | Уровень значимости |
|-------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------|
| Ситуативная тревожность | 28.846 | 39.154 | 23 | 0.002* |
| Личностная тревожность | 30.462 | 38.846 | 29 | 0.004* |

* - $p < 0,01$

Таким образом, мы видим, что существуют значимые различия по шкале «ситуативная тревожность» между группами «матери, доношенных детей» и «матери, недоношенных детей» ($U=23$, $p < 0,01$). В первой группе среднее значение равно 28.846, это меньше среднего значения группы равного 39.154.

Это даёт нам основание утверждать, что женщины, родившие недоношенных детей, имеют статистически более выраженную ситуативную тревожность. Теоретический анализ литературы подтверждает, что пациентки с выраженной ситуативной тревожностью подвержены высокому риску послеродовой депрессии, хронической усталости, страху потерять ребенка. Также дополнительное эмоциональное напряжение могут создавать супружеские проблемы, долгое нахождение в стационаре и невозможность самостоятельного решения имеющихся проблем.

Также нами был проведен анализ зависимости между уровнем ситуативной тревожности и типом привязанности. При сравнении показателя "Ситуативная тревожность" в зависимости от показателя "Тип привязанности", нам не удалось выявить значимых различий ($p = 0,263$) (используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса).

При анализе данных, полученных при проведении методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли (адаптация Т.В. Казанцева) было выявлено, что 30% женщин, родивших недоношенных детей, испытывают тревожность в отношениях, а 15% избегают близости в отношениях с людьми.

Мы получили результаты, позволяющие характеризовать женщин с маловесными, недоношенными детьми, как группу, более подверженную повышению ситуативной тревожности. Эта информация должна учитываться психологами перинатальных центров и роддомов для своевременной диагностики и психологической помощи, а также формирования эффективных программ сопровождения матерей во время нахождения в стационаре.

Выводы по второй главе

Мы получили результаты, позволяющие характеризовать женщин с маловесными, недоношенными детьми, как группу, более подверженную повышению ситуативной тревожности. Существуют значимые различия по шкале «ситуативная тревожность» между группами «матери, доношенных

детей» и «матери, недоношенных детей». Реактивная (или ситуационная) тревога появляется, когда человек попадает в ситуацию стресса, её можно характеризовать чувством дискомфорта, напряжением, волнением и физиологическим возбуждением. Эта информация должна учитываться при составлении программ психологического сопровождения.

3 ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

3.1 Цель и задачи программы

Актуальность. Пери- и постнатальное сопровождение женщин является крайне важным в настоящее время. Эмоциональный фон женщины влияет на её психическое состояние, качество общения с ребенком может снижаться из-за преобладания негативных ощущений. Результаты существующих исследований дают возможность выделить направления и ориентиры программы психологической поддержки женщин после преждевременных родов. Необходимо работать над повышением личностного ресурса, стабилизацией эмоционального фона, снижением эмоционального напряжения, в том числе чувства тревоги.

Обоснование программы.

Данная программа основана на техниках и упражнениях когнитивно-поведенческого подхода. Терапевтическая работа в этом подходе направлена на эмоциональные и поведенческие реакции, затрагивающие взаимоотношения, качество жизни пациента и его психологическое благополучие. Когнитивно-поведенческая терапия имеет доказанную эффективность в работе с тревогой и страхами. Регулярное применение упражнений из этого подхода совместно с терапевтической работой психолога может значительно снижать уровень тревоги, связанного с ней дистресса, и, тем самым, повышать качество жизни пациента [24].

Цель – снижение уровня ситуационной тревожности.

Задачи.

- осознание негативных эмоций и физиологического ответа на них;
- распознавание механизма формирования тревоги;
- выявление мыслей, вызывающих тревогу;
- выявление основных иррациональных установок;

- научение навыкам релаксации.

Временная организация реализации программы – 8 встреч по 50 минут.

Форма организации работы – индивидуальная.

Прогнозируемый результат: снижение уровня ситуативной тревожности у женщин, родивших недоношенных детей.

Принципы работы: конфиденциальность, безопасность психологического пространства.

Материально-техническое оснащение:

-помещение для проведения встреч, оснащенное согласно стандартам;

-диагностические материалы;

-стимульные материалы.

Показателем эффективности работы программы выступают:

изменение исследуемых показателей по методам и методикам после проведения терапии.

3.2. Содержание программы

Структурное тематическое планирование.

1. Вводная встреча.

Знакомство, установление контакта и доверительной атмосферы. Сбор диагностического материала.

Упражнение «Признаки тревоги». Во время выполнения упражнения происходит выделение и обсуждение соматических симптомов, которые женщина испытывала совместно с тревогой или страхом. Для удобства может быть использовано изображение человека с перечислением наиболее частых симптомов. В случае затруднения пациентке предлагается закрыть глаза и тщательно вспомнить тревожащую ситуацию, а затем вновь вернуться к выделению телесных ощущений [34].

Знакомство с упражнением «Выявление негативных мыслей», разбор таблицы, напоминание о важности её заполнения. Таблица содержит строки для

описания ситуации, вызвавшей негативные мысли, самой мысли и связанной с ней эмоции. Также описывается дальнейшее поведение, вызванное ситуацией и мыслями. Проводится анализ всего вышеперечисленного и на основе этого пациентка формирует альтернативную мысль. Данное упражнение, как и многие другие в когнитивно-поведенческой терапии, дает результат только при регулярном и осознанном выполнении.

2. Вторая встреча.

Обсуждение заполненной таблицы «Выявление негативных мыслей». Знакомство с прогрессирующей мышечной релаксацией Джекобсона. Пациентке дается следующая инструкция: «Сядьте в удобное для Вас положение. Можно прислониться головой к стенке, вытянуть ноги, попробовать разные положения и выбрать наиболее комфортное. Также рекомендуется закрыть глаза. Почувствуйте мышцы плеча, обратите своё мысленное внимание на них. Напрягите их, подержите так медленно считая до 5, затем расслабьте. Мысленно перейдите к предплечьям, так же напрягите, посчитайте до 5 и расслабьте. Затем кисти. Теперь нужно будет повторить это поочередно с мышцами бедра, голени и стопы. В заключение перейдите к мышцам пресса, шеи, головы. У Вас есть несколько минут чтобы ощутить расслабление всего тела, постарайтесь запомнить это ощущение.» Мышечная релаксация требует частых тренировок. Необходимо проводить их регулярно, в тихом месте, несколько раз в день. Это позволяет научиться контролю мышечного тонуса, избежать зажимов и перенапряжений, сопутствующих тревоге. Постепенно можно начинать применять данную технику не в спокойной атмосфере, а в момент ощущения тревоги или паники.

Упражнение «Анализ беспокойства». Женщине предлагается заполнить таблицу, включающую текущее опасение, категоризацию проблемы как реальной или нереальной и шаги, которые можно предпринять для решения в случае реальности проблемы. В случае нереальности проблемы выделяются действия или занятия, на которые можно переключить внимание [20].

3. Третья встреча.

Продолжение работы с таблицей «Выявление негативных мыслей». Упражнение «Оценка вероятности неблагоприятных событий». Пациентке необходимо составить список событий, вызывающих тревожные мысли, и проранжировать их от 0 до 10, где 0 – это «такой вероятности вообще нет», а 10 – «это произойдет почти наверняка». Данное упражнение помогает избавиться от части тревожных мыслей путем рационализации своих опасений. Не рекомендуется применять его по отношению к обоснованной тревоге, так как большое количество оценок, близких к 10 («весьма вероятно, что это произойдет» и «это произойдет почти наверняка») может способствовать усилению тревоги [25].

Упражнение «Неблагоприятное событие в перспективе» подходит как для подготовки к неблагоприятным событиям и осознанию своей реакции на них, так и для снижения уровня катастрофизации. Используются наиболее реалистичные события из упражнения «Оценка вероятности неблагоприятных событий». Женщине нужно ответить на вопрос «Насколько будет плохо, если это событие действительно произойдет», так же поставить оценку от 0 до 10, где 0 – это «вообще не плохо», а 10 – это «худшее, что могло произойти». В данном упражнении существует оценка «умеренно плохо, но я могу с этим справиться». Важно акцентировать внимание пациентки на том, что у нее достаточно сил чтобы пережить эту ситуацию, найти решение проблемы и справиться со своими эмоциями [24].

4. Четвертая встреча.

Упражнение «Дыхание». Создано для улучшения навыка расслабления. Начинать знакомство с ним необходимо в безопасной ситуации, без отвлекающих факторов. По мере развития навыка можно начать применять его в менее спокойных ситуациях, постепенно приближаясь к обстоятельствам, вызывающим значительную тревогу и панику. Пациентке озвучивается следующая инструкция: «Сядьте прямо. С выдохом отпускайте всё мышечное напряжение, отклонитесь чуть назад и немного откиньте голову. Примите удобное положение. Со следующим выдохом крепко возьмитесь руками за

сиденье стула, на вдохе потяните его вверх будто пытаетесь поднять. Дышите ровно и продолжайте напрягать мышцы тела, «поднимая» стул. Задержите дыхание, сохраняя напряжение. Спокойно выдохните через нос, расслабляя мышцы и постепенно отпуская сиденье. Полностью расслабьтесь. Мысленно проверьте всё тело, нигде не должно оставаться напряжения.» Такой цикл можно повторить несколько раз. Вдох, выдох и задержка дыхания должны оставаться комфортными и соответствовать состоянию здоровья пациентки.

Создание и обсуждение списка действий:

- снижающих уровень стресса;
- поднимающих настроение;
- отвлекающих от навязчивых мыслей.

Заполнение таблицы «Благодарность телу». Таблица содержит строки для перечисления функций тела: «Что мое тело позволяет мне делать?», «Что мое тело позволяет мне чувствовать?» и «Что моё тело позволяет мне выражать?». Данное упражнение способствует принятию изменившегося тела, напоминает о его ценности. Важно акцентировать внимание на том, что именно тело женщины смогло создать и выносить ребенка, кормит его, дает заботу и тепло. В случаях нарушений или отсутствия грудного вскармливания, важно обсудить этот момент, проработать возможное чувство вины [34].

5. Пятая встреча.

Упражнение «Избавление от чувства вины». Пациентке необходимо проанализировать свои ощущения за последнее время и заполнить таблицу, содержащую мысли, вызывающие чувство вины, и нивелирующие их аргументы. В случае затруднения при заполнении аргументов, психолог может мягко предлагать варианты и направлять самовосприятие в позитивное русло.

Обычно различают невротическую, истинную и экзистенциальную вину. Вышеописанное упражнение подходит только для работы с невротическим чувством вины.

Упражнение «Мета-позиция». Пациентке дается следующая инструкция: «Закройте глаза. Подумайте о своей жизни, представьте себя как бы со

стороны. Как будто вы не находитесь в ситуации, а наблюдаете за ней. Выберите удобное расстояние, вы можете находиться практически внутри происходящего или над ним. Постарайтесь стать заинтересованным зрителем. Оставайтесь спокойны и бесстрастны. Дистанция должна быть комфортной для того, чтобы видеть, как и что вы делаете, не превращаясь в участника событий. Обратите внимание на эмоции, но не включайтесь в них. Оцените ситуацию и примите решение о дальнейших действиях.

Если у пациентки есть трудности с абстрагированием от происходящего, можно предложить ей представить перед собой стеклянную стену, непроницаемое поле или подняться над ситуацией, смотреть на неё сверху. Данное упражнение нужно для нахождения оптимального варианта поведения, оценки и поиска ресурсов, принятия сложных решений.

6. Шестая встреча.

Упражнение «Неконтролируемое». Совместно с психологом пациентка заполняет таблицу с описанием негативной ситуации, которая происходила когда-то, происходит сейчас или предполагается в будущем. На следующем этапе нужно выявить какие аспекты этой ситуации женщина пытается контролировать и определить возможно ли это на самом деле. Далее следует рассуждение о влиянии данных попыток на восприятие ситуации и адаптацию к ней. Выполнение упражнения завершается формулировкой и записью выводов [20].

Упражнение «Ситуативная релаксация» создано для быстрого расслабления при незначительном, точечном напряжении, возникающем в течение дня. В первую очередь женщине важно отслеживать своё состояние, своевременно отражать мышечные реакции и появление зажимов. Для точечной релаксации нужно напрячь зажатый участок и удерживать это напряжение в течении 10 секунд. Необходимо сконцентрироваться на ощущении напряжения, а затем сбросить его. Если возникают затруднения, можно на выдохе мысленно сказать себе «расслабься». Упражнение будет

эффективно при сформированной привычке самоанализа тела на предмет возникших зажимов.

7. Седьмая встреча.

Упражнение «Источники поддержки» заключается в заполнении таблицы, содержащей вопросы «Какие люди из моего окружения смогут понять мою проблему?», «В каких формах поддержки я сейчас нуждаюсь больше всего?», «К кому конкретно я могу обратиться за поддержкой?». Пациентке важно понять и обозначить к кому именно за каким типом помощи она может обратиться. Также необходимо обсудить возможности обращения за профессиональной психологической помощью после выписки из больницы, проинформировать об имеющихся группах поддержки.

Упражнение «Безопасное место» помогает пациенту отвлечься от тревожащих мыслей, тяжелой атмосферы больницы. Женщине нужно удобно сесть и закрыть глаза, расслабить всё тело с помощью упражнений мышечной релаксации. После этого психолог проговаривает следующую инструкцию: «Представьте безопасное место. Не важно существует ли оно на самом деле. Представьте себя в этом месте. Вы в безопасности, ничто не может угрожать вам. Ощутите спокойствие внутри себя. Постарайтесь сохранить его, побыть в нём подольше. Еще раз сконцентрируйтесь на чувстве спокойствия, постепенно попрощайтесь с этим местом. Немного отдохните и откройте глаза».

8. Завершительная встреча.

Повторный сбор диагностического материала. Подведение итогов.

Выводы по третьей главе

Описанные рекомендации предоставляют возможность применения разработанной рабочей программы в лечебных учреждениях, где находятся женщины, родившие недоношенных детей. Когнитивно-поведенческая терапия является методом, признанным научным психологическим сообществом. Описанная программа может быть дополнена терапевтической работой и/или

упражнениями, подобранными индивидуально под психологические проблемы отдельно взятого пациента. Дополнительная предварительная диагностика и соответственное дополнение может значительно расширить терапевтический потенциал имеющейся программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пери- и постнатальное сопровождение женщин является крайне важным в настоящее время. Эмоциональный фон женщины влияет на её психическое состояние, качество общения с ребенком может снижаться из-за преобладания негативных ощущений. Анализ литературы показывает тенденцию к развитию перинатальной психологии, но пока что работы немногочисленны.

Женщины, имеющие маловесных детей, подвергаются высокому риску появления таких психологических проблем, как тревога, послеродовая депрессия, хроническая усталость, страх потерять ребенка. Дополнительное эмоциональное напряжение создают возможные супружеские проблемы, появление чувства вины и взаимообвинения. Роды, произошедшие раньше срока, повышают вероятность развития негативных последствий для ребенка, его родителей и семьи в целом. Такие выводы призывают к пристальному наблюдению за психологическим состоянием молодых матерей. Это необходимо для выявления трудностей на ранних этапах и своевременному оказанию квалифицированной помощи.

Появление нового члена семьи может приводить к различным реакциям семейной системы. Даже желанный и запланированный ребенок может стать причиной семейной дисфункции, трудностям взаимодействия партнеров и трудно разрешаемым конфликтам. Изменение состава семьи, семейные кризисы и другие трудности приводят к временному дисбалансу, в то же время это создает условия для развития семейной системы, построения новых и пересмотра старых связей. Поэтому важно отметить, что рождение ребенка, хоть и приводит к временному дисбалансу, все же является нормативным семейным кризисом, а значит способствует семейному развитию.

Задачами психологического сопровождения родительства являются уравнивание родительской функции в жизни супругов, перевод конфликтов в конструктивную форму, формирование готовности к

родительству и проработка индивидуальных психологических проблем, нарушающих детско-родительские и супружеские отношения.

Результаты существующих исследований дают возможность выделить направления и ориентиры программы психологической поддержки женщин после преждевременных родов. Необходимо работать над повышением личностного ресурса, стабилизацией эмоционального фона, снижением эмоционального напряжения, в том числе чувства тревоги. Также некоторым матерям необходима помощь в адекватной оценке психологического и физиологического состояния младенца, оценке перспектив и его возможностей.

Мы получили результаты, позволяющие характеризовать женщин с маловесными, недоношенными детьми, как группу, более подверженную повышению ситуативной тревожности. Существуют значимые различия по шкале «ситуативная тревожность» между группами «матери, доношенных детей» и «матери, недоношенных детей». Реактивная (или ситуационная) тревога появляется, когда человек попадает в ситуацию стресса, её можно характеризовать чувством дискомфорта, напряжением, волнением и физиологическим возбуждением. Эта информация должна учитываться при составлении программ психологического сопровождения.

Проведение данной программы способствует снижению уровня ситуационной тревожности. Описанные рекомендации предоставляют возможность применения разработанной рабочей программы в лечебных учреждениях, где находятся женщины, родившие недоношенных детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Андреева, Т. В. Психология семьи / Т.В. Андреева – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
2. Андрущенко, Н. В. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми / Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, Е.Ю. Крюков, А.С. Иова, И.А. Аринцина, В.О. Аникина, О.В. Потешкина, М.Ю. Солодунова, Д.И. Черного // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019. - №119. – С. 148-153.
3. Антипова, О.Л. Психология отцовства: тенденции исследования роли отца в родительстве / О.Л. Антипова // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. 2019. №1-2 (5-6). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-ottsovstva-tendentsii-issledovaniya-rol-i-ot-tsa-v-roditelstve> (дата обращения: 21.01.2022).
4. Бабкин, П. С. Роды и новорожденный: эволюционные, неврогенные и ятрогенные проблемы / П.С. Бабкин - Воронеж: Изд-во Воронеж, гос. ун-та, 2004; - С. 244.
5. Бостанджиева, Т.М. Психологические аспекты готовности к родительству / Т.М. Бостанджиева, Е.И. Алферова, Г.В. Остякова // Современное педагогическое образование. 2020. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-gotovnosti-k-roditelstvu> (дата обращения: 08.12.2021).
6. Бурцев, С.П. Медико-социальная работа с молодыми семьями по проблеме планирования семьи / С.П. Бурцев, А.В. Жуков // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2019. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-rabota-s-molodymi-semyami-po-probleme-planirovaniya-semi> (дата обращения: 12.12.2021).
7. Валитова, И.Е. Представления матерей о неврологических заболеваниях раннего возраста в структуре отношения к болезни ребенка / И.Е. Валитова // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 47–

62. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2021/n2/Valitova.shtml> (дата обращения: 05.01.2022)

8. Васильева, Т.Е. Депрессия во время беременности и в постнатальный период / Т.Е. Васильева, А.Д. Михайлова // E-Scio. 2021. №1 (52). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-vo-vremya-beremennosti-i-v-postnatalnyu-period> (дата обращения: 08.01.2022).

9. Гребень, Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов / Н.Ф. Гребень - Минск: Современ. Шк., 2007; - С. 496.

10. Гунзунова, Б. А. Взаимосвязь психологической готовности к материнству и эмоциональных особенностей беременных женщин / Б.А. Гунзунова // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2019. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-psihologicheskoy-gotovnosti-k-materinstvu-i-emotsionalnyh-osobennostey-beremennyh-zhenschin> (дата обращения: 15.12.2021).

11. Добряков, И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – Перинатальная психология.: Питер; СПб.; 2010; – С. 234

12. Иванова, О.А. Психологическая диагностика послеродовой депрессии у матерей преждевременно рожденных детей / О.А. Иванова, Л.К. Квасова // Комплексные исследования детства. 2021. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-diagnostika-poslerodovoy-depressii-u-materey-prezhdevremenno-rozhdennyh-detey> (дата обращения: 09.01.2022).

13. Иванова, О.А. Психологическое сопровождение матерей преждевременно рожденных детей в условиях перинатального центра / О.А. Иванова // Медицинская психология в России. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-soprovozhdenie-materei-prezhdevremenno-rozhdennyh-detei-v-usloviyah-perinatalnogo-tsentra> (дата обращения: 16.12.2021).

14. Ильина, Т.И. Кризис идентичности как фактор проявления синдрома эмоционального выгорания у женщин-матерей / Т.И. Ильина, С.Д.

Гуриева // ЧиО. 2019. №3 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/krizis-identichnosti-kak-faktor-proyavleniya-sindroma-emotsionalnogo-vygoraniya-u-zhenschin-materey> (дата обращения: 19.12.2021).

15. Казанцева, Т. В. Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р. К. Фрейли / Казанцева Т.В. // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2008. №74-2.

16. Казьмин, А.М. Компетентностный подход в ранней помощи детям и их семьям / А.М. Казьмин // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 221–238. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2021/n2/Kazmin.shtml> (дата обращения 05.01.2022)

17. Карпенко, А.А. Специфика отношений в диаде «Мать-маловесный ребенок» / А.А. Карпенко // Вестник брянского государственного университета 2015, №3

18. Квасова, Л.К. Психологические особенности эмоционального взаимодействия матерей и их преждевременно рожденных детей младенческого возраста / Л.К. Квасова // Медицинская психология в России. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-emotsionalnogo-vzaimodei-stviya-materei-i-ih-prezhdevremenno-rozhdennyh-detei-mladencheskogo-vozrasta> (дата обращения: 03.12.2021).

19. Кислякова, Е.А. Изменение психологического статуса женщины в связи с рождением глубоко недоношенного ребенка / Е.А. Кислякова, Т.М. Быкова // Смоленский медицинский альманах. 2016 №4

20. Кларк, А. Дэвид Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход. / А. Дэвид Кларк, Аарон Т. Бек - СПб: ООО “Диалектика”, 2020. — 448 с.

21. Ковшова, О.С. Жизнестойкость и психологическая адаптация женщин, воспитывающих младенца с проблемами здоровья / О.С. Ковшова, Т.И. Киреева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. №4 (35). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zhiznestoykost-i->

psihologicheskaya-adaptatsiya-zhenschin-vozpityvayuschih-mladentsa-s-problemami-zdorovya (дата обращения: 05.01.2022).

22. Лукьянова, М.В. Психология семьи: учеб. пособие: / М.В. Лукьянова, С.В. Офицерова. — Ставрополь: СКФУ, 2017 –138 с.

23. Макарова, М.А. Послеродовая депрессия - факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты / М.А. Макарова, Ю.Г. Тихонова, Т.И. Авдеева, И.В. Игнатко, М.А. Кинкулькина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/poslerodovaya-depressiya-factory-riska-razvitiya-klinicheskie-i-terapevticheskie-aspekty> (дата обращения: 05.01.2022).

24. Маккей, М. Когнитивно-поведенческая терапия для преодоления тревожности, страха, беспокойства и паники / Маккей М., Скин М., Фаннинг П. — СПб.: ИГ «Весь», 2018. — 256 с.: ил.

25. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин —: Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с.

26. Матвеева, Е.А. Медико-социальная характеристика семей и психологические особенности матерей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г / Е.А. Матвеева, А.И. Малышкина, О.М. Филькина, О.Ю. Кочерова, Н.В. Долотова // Рос вестн перинатол и педиат. 2019. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-harakteristika-semey-i-psihologicheskie-osobennosti-materey-detey-rodivshih-s-massoy-tela-menee-1500-g> (дата обращения: 24.12.2021).

27. Орехова, Е.Я. Ответственность как аспект компетентного родительства / Е.Я. Орехова, И.С. Данилова // Ярославский педагогический вестник. 2018. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otvetstvennost-kak-aspekt-kompetentnogo-roditelstva> (дата обращения: 21.01.2022).

28. Парманова, Н.А. Психологические особенности родов и послеродового периода / Н.А. Парманова // ORIENSS. 2021. №8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-rodov-i-poslerodovogo-perioda> (дата обращения: 07.01.2022).

29. Рощина, Н.М. Ролевые модели современного материнства / Н.М. Рощина // Общество: социология, психология, педагогика. 2020. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rolevye-modeli-sovremennogo-materinstva> (дата обращения: 08.01.2022).

30. Сафиянова, А.Ф. Психологическая готовность девушек к материнству / А.Ф. Сафиянова, А.Е. Маринина, А.Н. Васичева // Проблемы современного педагогического образования. 2020. №67-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-gotovnost-devushek-k-materinstvu> (дата обращения: 14.12.2021).

31. Сафонова, М.В. Диагностика и анализ факторов, отражающих состояние психологической готовности беременных женщин к материнству / М.В. Сафонова, О.Ф. Лысенко // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2018. №2 (44). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-analiz-faktorov-otrazhayuschih-sostoyanie-psihologicheskoy-gotovnosti-beremennyh-zhenschin-k-materinstvu> (дата обращения: 15.12.2021).

32. Сафонова, М.В. Современное родительство: психосемантический анализ / М.В.Сафонова, В.А.Ковалевский, Ю.Ю. Бочарова, Л.А. Новопашина // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2019. №3 (49). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-roditelstvo-psihosemanticheskiy-analiz> (дата обращения: 17.12.2021).

33. Сухарева, Н.Ф. Страхи матерей в пренатальный и ранний постнатальный период развития ребенка / Н.Ф. Сухарева, А.А. Шелепнева // Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Мордовский государственный педагогический институт имени М.Е. Евсевьева», 2020. - № 66-4. - С. 360-363

34. Федоров, А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров СПб: Питер, 2002. — 352 с.

35. Федотов, В.Ф. Родительство как социокультурный феномен / В.Ф. Федотов // Телескоп. 2021. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/roditelstvo-kak-sotsiokulturnyy-fenomen> (дата обращения: 03.01.2022).

36. Филиппова, Г. Г. Психология материнства. Учебное пособие. / Г.Г. Филиппова — Москва: Издательство Института Психотерапии, 2002.

Материалы методик

Адаптация модифицированной методики «Опыт близких отношений» К. Бреннан и Р.К. Фрейли (Т.В. Казанцева)

Вспомните, пожалуйста, кого-нибудь из своих близких, любимого человека, родственника или друга и то, как складываются Ваши отношения. Оцените, соответствует ли каждое из приведенных утверждений Вашим чувствам в этих отношениях. Напротив каждого высказывания пометьте, согласны Вы или нет с тем, что оно верно для Вас, поставив знаки (+) или (–) соответственно.

1. Если это необходимо, я всегда приду на помощь своему партнеру.
2. Я говорю своему партнеру практически обо всем.
3. Когда у меня завязываются близкие отношения, я становлюсь тревожным и беспокойным.
4. Мне становится не по себе, когда партнер хочет сократить дистанцию между нами слишком сильно.
5. Я боюсь, что могу остаться один.
6. Мы с моим партнером действительно понимаем друг друга.
7. Я хочу быть ближе со своим партнером, но что-то во мне заставляет держаться на расстоянии.
8. Меня выбивает из колеи, если мой партнер не проводит со мной достаточно много времени.
9. Обращение к партнеру не всегда помогает мне, когда я испытываю сложности.
10. Мне часто хочется, чтобы его/ее чувства ко мне были такими же сильными, как и мои к нему/ней.

11. Когда мой партнер не доволен мной, я теряю уважение к себе.
12. Меня расстраивает, если партнера нет рядом в нужный момент.
13. Я стараюсь не показывать партнеру, что я чувствую в глубине души.
14. Если я не могу добиться внимания со стороны партнера, я расстраиваюсь или злюсь.
15. Как только отношения начинают заходить слишком далеко, мне хочется немного отдалиться.
16. Я часто переживаю из-за того, что могу потерять своего партнера.
17. Я стараюсь избегать излишней близости с партнером.
18. Мне часто хочется стать с партнером единым целым, полностью слиться с ним, что, может быть, отпугивает его.
19. Мне легко чувствовать свою зависимость от партнера.
20. Я стараюсь не загружать партнера своими проблемами.
21. Я предпочитаю сохранять границы в отношениях с партнером.
22. Иногда я чувствую, что вынуждаю партнера показывать более сильные чувства и больше преданности.
23. Мой партнер нередко заставляет меня сомневаться в себе.
24. Мне нелегко быть откровенным со своим партнером.
25. Я много волнуюсь из-за своих отношений.
26. Мне необходимо, чтобы мой партнер постоянно подтверждал свою любовь ко мне.
27. Я иногда боюсь, что, узнав меня ближе, партнер может разочароваться и отвернуться от меня.
28. Я могу свободно попросить у партнера помощи, поддержки или совета.

«Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина).

Инструкция к первой части шкалы: «В зависимости от самочувствия в данный момент, напротив утверждения, напишите наиболее подходящую для вас цифру:

«1» - нет, это совсем не так; «2» - пожалуй, так; «3» - верно; «4» - совершенно верно».

| № | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Вы спокойны | | | | |
| 2. | Вам ничто не угрожает | | | | |
| 3. | Вы находитесь в напряжении | | | | |
| 4. | Вы испытываете сожаление | | | | |
| 5. | Вы чувствуете себя свободно | | | | |
| 6. | Вы расстроены | | | | |
| 7. | Вас волнуют возможные неудачи | | | | |
| 8. | Вы чувствуете себя отдохнувшим человеком | | | | |
| 9. | Вы встревожены | | | | |
| 10. | Вы испытываете чувство внутреннего удовлетворения | | | | |
| 11. | Вы уверены в себе | | | | |
| 12. | Вы нервничаете | | | | |
| 13. | Вы не находите себе места | | | | |
| 14. | Вы взвинчены | | | | |
| 15. | Вы не чувствуете скованности и напряжения | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 16. | Вы довольны | | | | |
| 17. | Вы озабочены | | | | |
| 18. | Вы слишком возбуждены и вам не по себе | | | | |
| 19. | Вам радостно | | | | |
| 20. | Вам приятно | | | | |

«Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д.
Спилбергера»

(адаптация Ю.Л. Ханина).

Инструкция ко второй части шкалы: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и запишите подходящую для вас цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно.

Цифры справа означают: «1» - почти никогда; «2» - иногда; «3» - часто; «4» - почти всегда»).

| № | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Вы испытываете удовольствие | | | | |
| 2. | Вы быстро устаете | | | | |
| 3. | Вы легко можете заплакать | | | | |
| 4. | Вы хотели бы быть таким же счастливым человеком, как и другие | | | | |
| 5. | Бывает, что вы проигрываете из-за того, что недостаточно быстро принимаете решения | | | | |
| 6. | Вы чувствуете себя бодрым человеком | | | | |
| 7. | Вы спокойны, хладнокровны и собраны | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 8. | Ожидание трудностей очень тревожит вас | | | | |
| 9. | Вы слишком переживаете из-за пустяков | | | | |
| 10. | Вы бываете вполне счастливы | | | | |
| 11. | Вы принимаете всё слишком близко к сердцу | | | | |
| 12. | Вам не хватает уверенности в себе | | | | |
| 13. | Вы чувствуете себя в безопасности | | | | |
| 14. | Вы стараетесь избегать критических ситуаций и трудностей | | | | |
| 15. | У вас бывает хандра, тоска | | | | |
| 16. | Вы бываете довольны | | | | |
| 17. | Всякие пустяки отвлекают и волнуют вас | | | | |
| 18. | Вы так сильно переживаете свои разочарования, что потом долго не можете о них забыть | | | | |
| 19. | Вы уравновешенный человек | | | | |
| 20. | Вас охватывает сильное беспокойство, когда вы думаете о своих делах и заботах | | | | |

Матрица первичных данных

| Названия шкал | Среднее значение в группе «матери, доношенных детей» | Среднее значение в группе «матери, недоношенных детей» | Эмпирическое значение критерия | Уровень значимости |
|-------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------|
| Ситуативная тревожность | 28.846 | 39.154 | 23 | 0.002* |
| Личностная тревожность | 30.462 | 38.846 | 29 | 0.004* |

Содержание программы

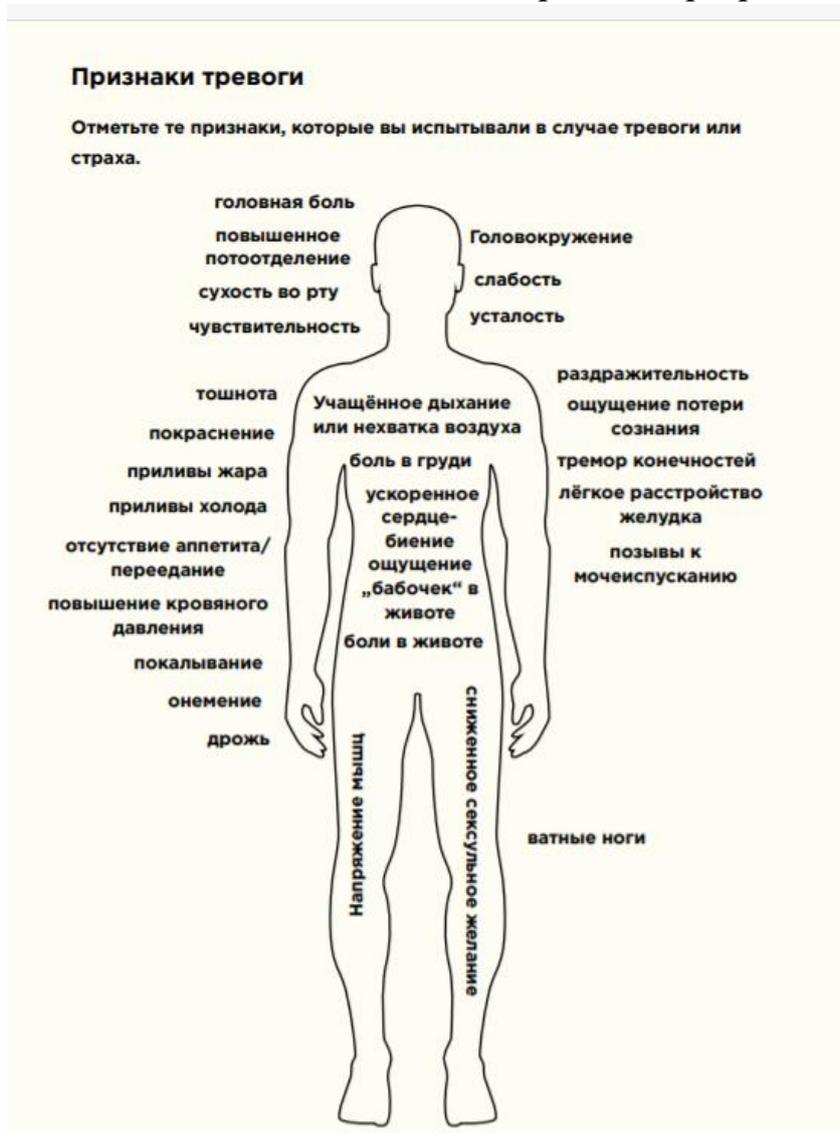


Рисунок 1 Признаки тревоги.

Упражнение «Выявление негативных мыслей»

| Ситуация | Мысли | Связанные эмоции | Поведение, вызванное ситуацией и мыслями ней | Альтернативная мысль |
|----------|-------|---------------------|--|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Вопросы о мысли, вызывающей тревогу:

Насколько я верю этой мысли?

Какие доказательства подтверждают правильность этой мысли?

Есть ли какие-либо доказательства, что мысль не верна?

Каковы последствия мой веры в эту мысль?

Каким образом я могу по-другому думать об этой ситуации?

Какая мысль помогла бы мне ощущать меньше тревоги и страха?

Какая мысль помогла бы мне чувствовать себя лучше?

От какой мысли в данной ситуации для меня было бы больше пользы?

Вопросы для переоценки мыслей:

Насколько вероятен этот пугающий сценарий развития событий?

Может ли результат отличаться от пугающего сценария развития событий, который вы представляете?

Может ли всё пойти лучше или даже очень хорошо?

Как раньше заканчивались подобные ситуации?

Какой, на взгляд вашего лучшего друга, самый вероятный сценарий развития событий?

Если подытожить всё это, то как вы думаете, что, скорее всего, будет происходить в реальности?

Упражнение «Анализ беспокойства»

| | |
|--|--|
| Моё текущее опасение | |
| Это реальная проблема, над решением которой я могу | |

| | |
|--|--|
| поработать сегодня? | |
| Если да, то какие действия я могу предпринять? | |
| Шаг 1 | |
| Шаг 2 | |
| Шаг 3 | |
| Если нет, то на какие действия/занятия я могу направить свое внимание, вместо того чтобы фокусироваться на своих переживаниях? | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

Упражнение «Оценка вероятности неблагоприятных событий».

Если быть реалистичным в своих прогнозах, насколько вероятно, что это событие действительно произойдет?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | |
|------------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| Такой вероятности вообще нет | Очень маловероятно, что это произойдет | Вероятность того, что это произойдет, и вероятность того, что это не произойдет, одинаковы | Весьма вероятно, что это произойдет | Это произойдет почти наверняка |
|------------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|

Упражнение «Неблагоприятное событие в перспективе».

Если быть реалистичным в своих прогнозах, насколько плохо будет, если это событие действительно произойдет?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

| | | | | |
|-----------------|---|--|---|-----------------------------|
| Вообще не плохо | Минимально плохо, но с этим достаточно легко справиться | Умеренно плохо, но существует множество вещей похуже этого. Я могу с этим справиться | Очень плохо, и с этим очень сложно справиться | Худшее, что могло произойти |
|-----------------|---|--|---|-----------------------------|

Упражнение «Благодарность телу».

| | |
|---|--|
| Что мое тело позволяет мне делать? | |
| Что мое тело позволяет мне чувствовать? | |
| Что моё тело позволяет мне выразить? | |

Упражнение «Избавление от чувства вины».

| Мысли, вызывающие чувство вины | Аргументы, устраняющие чувство вины |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| | |
| | |

Упражнение «Источники поддержки»

| | |
|---|--|
| Какие люди из моего окружения смогут понять мою проблему? | |
| В каких формах поддержки я сейчас нуждаюсь больше всего? | |
| К кому конкретно я могу обратиться за поддержкой? | |
| Какую именно поддержку я, скорее всего, смогу получить от каждого из вышеперечисленных людей? | |
| К кому я могу обратиться за профессиональной помощью? | |
| К каким группам поддержки я могу присоединиться? | |

Упражнение «Неконтролируемое».

| | |
|--|--|
| Негативная ситуация (в прошлом, настоящем, будущем) | |
| Какой аспект этой ситуации я пытаюсь контролировать? | |
| Могу ли я на самом деле контролировать эти аспекты? | |
| Каким образом попытки | |

| | |
|--|--|
| контролировать влияют на моё восприятие ситуации и способность адаптироваться к ней? | |
| Вывод | |

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно.

Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в _____ экземплярах.

Библиография _____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

« _____ » _____ 202_ г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)