МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ «ДЕТСКАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

Специальность:

Реферат для поступления в аспирантуру

Тема:

«Психологическая помощь матерям, родившим детей с перинатальной патологией центральной нервной системы»

Исполнитель: Карниз Т.А.

Научный руководитель:

Д. псих. Наук Венгер А.Л.

Москва 2011 год

Актуальность темы исследования

Благодаря последним достижениям медицины, младенцы имеющие патологию, которая в недалеком прошлом была несовместима с жизнью, рождаются живыми, но рано умирают или остаются жить, требуя особого медицинского наблюдения и лечения. В связи с этим за последние 15 лет в 4-5 раз возросла общая заболеваемость новорожденных, а нарушения нервно-психического развития отмечаются более, чем у 25% детей. (Стрижаков А.Н. 2007).По данным ВОЗ 20% детей страдают нервно-психическими расстройствами, причем в 70-80 % случаев эти нарушения обусловлены перинатальными факторами. (Шниткова Е.В. и др. 2000). Лазуренко С.Б. (2007) приводит следующие данные: «В структуре болезней детского возраста от 70 до 80% заболеваний возникает вследствие перенесенного внутриутробного или перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС), причем в 35-40 случаев они приводят к ограничению жизнедеятельности и инвалидизации. У всех детей с перинатальным поражением ЦНС отмечаются различные клинические формы психического дизонтогенеза, которые проявляются в виде ретардации, т.е.в отставании развитии. Задержка в развитии может быть общей и затрагивать все стороны психики, или парциальной (частичной)…».) Также рост количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами связан со следующими причинами: ухудшение экологической обстановки, низкий уровень благосостояния, рост наркомании, неудовлетворительная психопрофилактическая работа, ошибки родовспоможения. Многочисленные патологические процессы, происходящие в перинатальном периоде, оставляют глубокий след и проявляются в последующей жизни, являясь основой для формирования патологии как у детей, так и у взрослых.

В нашей работе основный процент (90 %) детей с ППЦНС составляют недоношенные дети, т.к. у этих детей, как правило, отмечаются перинатальные поражения ЦНС, развивающиеся на фоне незрелости функциональных систем. (Луковцева З.В., 2002, Синюгина идр., 2001).

Основным критерием для диагностики недоношенности является продолжительность беременности. Дети, родившиеся до 38 недель беременности, считаются недоношенными. Принято дифференцировать недоношенных детей.

группа - дети, рожденные весом меньше 1000 г.

группа - дети, рожденные весом от 1001 г до 1500 г.

группа - дети, рожденные весом от 1501 г до 2000 г.

группа - дети, вес которых при рождении больше 2000г.

и 2 группы - это дети, которые считаются маловесными или глубоко недоношенными.

Особое значение для недоношенных детей имеют первые дни жизни. В эти сроки часто решается вопрос об их жизнеспособности для того, чтобы они выжили, применяется разнообразная комплексная терапия и создаются специальные условия внешней среды.

Процесс приспособления к внеутробной жизни у недоношенных детей протекает более тяжело и значительно дольше. В соответствии с этим у них удлиняется период новорожденности. У глубоко недоношенных детей он составляет около полутора -двух месяцев.

Для новорожденных недоношенных детей характерна общая слабость, адинамия, склонность к приступам асфиксии. Они постоянно спят, чувство голода отсутствует, крик тихий, слабый в основном при раздражении (иньекции. различные манипуляции). Выраженность и длительность этого состояния зависят от степени недоношенности, особенностей внутриутробного периода (болезнь матери, патологическое развитие плода), осложнений в родах (асфиксия инфицирования ребенка).

Как известно ЦНС тесно связана со всеми другими системами организма, она играет главную роль в установлении связей организма с внешней средой. От зрелости ЦНС зависит адаптация ребенка к внешней среде и нормальное функционирование систем организма.

У недоношенных детей дифференцация коры ГМ и корковых центров еще не закончена. ЦНС отличается значительной незрелостью. Кора ГМ значительно истощается. У заболевших, глубоко недоношенных детей усиливается адинамия, исчезает сосательный и угасают другие безусловные рефлексы. Особое значение имеет недоразвитие дыхательного центра, что при многих патологических состояниях может приводить к остановке дыхания. Отсутствует доминирование роли коры ГМ, что приводит к преобладанию подкорковой деятельности, которая проявляется в своеобразных движениях ребенка: в состоянии покоя отмечаются беспорядочные, хаотичные, некоординированные движения рук и ног, при вздрагивании - обобщенность реакций.У здоровых недоношенных детей сохранены физиологические рефлексы периода новорожденности: рефлекс Бабкина, рефлекс Робинзона, рефлекс Моро.

Потовые железы начинают функционировать к 3 месяцам жизни, что затрудняет выделительную функцию кожи и способствуют перегреванию.

Для недоношенных детей характерна остеопатия костей черепа. Патогенез остеопатии по-видимому обусловлен дефицитом солей. Отложение в костях плода солей происходит в последние месяцы беременности, и у преждевременно родившихся детей отмечается недостаток извести в костной ткани. Этим дефицитом солей объясняется значительная предрасположенность недоношенных детей к рахиту. Без специфической профилактики это заболевание развивается у них почти в 100%. Все роднички черепа открыты. Чаще встречается врожденная дисплазия тазобедренного сустава.

Недоношенные дети быстро охлаждаются и также быстро перегреваются. Температура тела у них полностью зависит от температуры окружающего воздуха, и только создание индивидуального микроклимата позволяет поддерживать ее на нормальном уровне сочетание повышенной теплоотдачи с пониженной теплопродукцией предрасполагает недоношенных детей к охлаждению. Непосредственной же причиной охлаждения являются дефекты ухода. Особенно быстро переохлаждаются глубоко недоношенные дети. Охлаждение заметно ухудшает состояние детей и часто способствует возникновению у них пневмонии, нередко появляются приступы асфиксии, охлаждение может явиться одной из причин скелередемы. Перегреванию повержены все недоношенные дети, независимо от их веса при рождении. Склонность к перегреванию сохраняется на протяжении первых 4-5 месяцев жизни. Излишнее согревание недоношенных детей легко приводит к их перегреванию. Перегревание сопровождается повышением температуры тела от небольшого субфебрилитета до развития высокой лихорадки. На одну и ту же температуру окружающего воздуха дети одного и того же веса и возраста реагируют по разному: у одних развивается гиперетермия, у других сохраняется нормальная температура.

Отличительной чертой глубоко недоношенных детей является их неспособность давать повышение температуры тела в ответ на появление в организме очагов инфекции. Недоношенные дети в весом при рождении около 2000 г реагируют на появлении очагов инфекции как и доношенные дети.

Недоношенным детям свойственен носовой тип дыхания, дыхание через рот у них отмечается редко. Носовое дыхание часто затрудненное. В легких глубоко недоношенных детей первого месяца жизни характерны микроателектазы, т.е. спадение небольших участков легких. Отсутствие вентиляции и нарушение кровообращения в зоне микроателектазов предрасполагает к развитию на их месте аталектатической пневмонии. Характерно частое, поверхностное, неритмичное и очень лабильное дыхание.

Частота его у здоровых недоношенных колеблется в пределах 40-80 дыханий в минуту. Учащенный характер дыхания сохраняется и в последующие месяцы. Лабильность дыхания особенно выявляется в период бодрствования: достаточно небольшого беспокойства, крика, пеленания, как частота дыхания значительно возрастает. у глубоко недоношенных детей в процессе сосания может наблюдаться кратковременная или более длительная остановка дыхания, вплоть до развития приступа асфиксии. Механизм этого явления объясняется действием пищевой доминанты, при сосание в коре ГМ наступает разлитое торможение, которое распространяется и на область дыхания.

Для недоношенных детей характерна повышенная проницаемость и ломкость периферических сосудов, которая в 3,5 раза выше, чем у доношенных. Результатом повышенной проницаемости сосудов является склонность недоношенных детей к кровоизлияниям в мозг. Проницаемость сосудов значительно увеличивается при состоянии асфиксии.

Для глубоко недоношенных детей первых дней жизни характерно отсутствие или недостаточное развитие сосательного рефлекса. У некоторых может отсутствовать и глотательный рефлекс. Способность к самостоятельному сосанию из бутылочки развивается постепенно, на 2-3 неделе жизни. Активность сосания зависит не только от степени недоношенности и возраста ребенка. Вялое сосание отмечается при различных патологических состояниях (сепсис, пневмония, внутричерепная травма и т.д.) в ходе этих заболеваний имевшийся ранее сосательный рефлекс может полностью исчезнуть. У детей с весом при рождении свыше 2000 г сосательный рефлекс достаточно хорошо сохранен с первых дней жизни, и его отсутствие или значительное снижение свидетельствуют о какой-то патологии. Пищеварительная система у недоношенных детей отличается значительной незрелостью. К моменту рождения пищеварительный аппарат способен переварить и усвоить грудное молоко в небольших количествах. На нормальное функционирование пищеварительного аппарата непосредственное влияние оказывает состояние других систем организма и температурный режим. Большинство детей предрасположены к дисфункциям кишечника. Малейшие погрешности в диете, присоединение очагов инфекции вне кишечного тракта, перегревание часто приводит к диспепсии.

Недоношенные дети предрасположены к целому ряду заболеваний и патологических состояний и в первую очередь к пневмонии, рахиту, кровоизлияниям в мозг, приступам асфиксии. Отмечается плохая регуляция температуры, дети очень подвержены как охлаждению, так и перегреванию. У них часто отмечаются срыгивания и рвота. Физиологическая желтуха протекает длительно и сопровождается высоким уровнем непрямого билирубина. У подавляющего большинства недоношенных детей на 2-3 месяце жизни, а без соответствующей профилактики и во втором полугодии развивается анемия, известная как анемия недоношенных.

Основными заболеваниями новорожденных являются асфиксия и синдром дыхательных расстройств.

Аронскид Е.В. отмечает следующее, что по данным литературы частота различных патологических состояний у детей, родившихся преждевременно, колеблется от 5% до 75%. При повреждении средней тяжести он может достигать 65%, а при тяжелых - 97%. Частота случаев ДЦП колеблется от 4 до 25% (среднее значение - 12%), слепоты от 0 до 25% (3%), глухоты, связанной с повреждением слухового нерва от 0 до 5% (2%), задержка умственного развития от 3 до 35% (15%). Большие неврологические дефекты у выживших недоношенных с малой массой тела при рождении колеблются от 8,5 % до 35%, а малых неврологических расстройств от 13 до 47%. Практически каждый 3 недоношенный ребенок, перенесший критическое состояние периода новорожденности (критическое состояние рассматривается современной наукой как «крайняя степень любой патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержка жизненно важных функций»), имел неблагоприятный для качества жизни исход. Многочисленными наблюдениями доказано, что недоношенные дети формируют до 50% долговременной неврологической патологии, у большинства из них развиваются хронические болезни, повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям, ДЦП, задержка психомоторного развития и др. состояния.

Исследования наших ученых совпадают с зарубежными. Э. Бернадская, Л.В. Грачева, М.И. Фролова приводят следующие данные Т. Монгомери (США) за 1996 год. Среди недоношенных, у 16% развивается ДЦП, У 20% -умственная осталось, еще 21% детей отнесены к категории лиц с пограничными интеллектуальными способностями. В 1/3 случаях наблюдаются сочетанные нарушения. Только 50% детей к школьному возрасту не имеют отклонений в психическом развитии. Согласно Монгомери частота полной потери зрения среди всех детей, достигает 10%.

Помимо соматических нарушений у недоношенных младенцев также выражены психосоциальные детерминанты нарушений психического развития. По данным З. Луковцевой важнейшим из специфических психосоциальных факторов, детерминирующих развитие недоношенного, признана ранняя госпитальная депривация, продолжающая от тяжести перинатальных проблем от одной недели до 4 месяцев. Депривационная ситуация в условиях стационарного выхаживания недоношенного младенца носит специфический характер и порождает особые нарушения во взаимоотношениях «ребенок-близкие взрослые» (недостаточная компетентность и синхронность во взаимодействии с ребенком, сниженная эмпатийтиность, обезличенность действий по уходу за младенцем и др.) Появление такого симптомокомплекса связывают с депривационным блокированием потребности матери в эмоциональном контакте с ребенком. Наиболее часто в период нахождения малыша в стационаре в эмоциональном состоянии его родителей наблюдается фиксация на переживаниях тревоги, печали, чувства страха и беспомощности.

Тяжелое эмоциональное состояние матери является одной из причин формирования небезопасной формы привязанности. Дети с небезопасными формами привязанности характеризуются высоким уровнем тревоги, испытывают и проявляют мало положительных эмоций, как правило, испытывают трудности в общении. Уровень нервно-психического реагирования у детей в возрасте от 0 до 3 лет мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью и получил название соматовегетативного. (Ковалев В.В.) На этом фоне у них нередко развиваются психосоматические расстройства, прежде всего имеющие отношения к системе пищеварения. Наиболее типичными являются младенченская колика (F98.2), аэрофагия (F 98.2), инфантильная анорексия (F50), пищевое недоразвитие (F 98.2), переедание (F 50.4), мерицизм (F 98.2), пикацизм (F 98.3). Т.к. дифференцация между психикой и телом у маленьких детей еще на завершена (Шпиц Р.А., 2000), они по выражению М.П. Гин, уникально и чрезвычайно сложны. Поэтому воздействовать на маленького ребенка целесообразно через мать, с которой он составляет единую систему «мать-дитя», в которой следующие законы после родов продолжают действовать: все происходящее с матерью влияет на ребенка и наоборот.

По данным многочисленных исследований качество взаимоотношений матери с ребенком влияет на соматический и психический статус последнего. В связи с этим несомненно, что активная профилактика нервно-психических расстройств прежде всего должна быть обращена к перинатальному периоду. (С точки зрения перинатальных психологов, перинатальный период включает в себя весь перинатальный период, сами роды и определенный период времени после рождения. По мнению И.В. Добрякова продолжительность перинатального периода обусловлена тем временем, в течение которого существует система «мать-дитя», т.е. примерно до 3 лет).

Н.П. Коваленко-Маджуга в 2001 году отмечала, что… с одной стороны очевиден прогресс медицины, а с другой - ухудшение здоровья женщин и детей.

Лазуренко С.Б. приводит следующие неутешительные данные: «В странах Европы, число детей, родившихся раньше положенного срока от 5 до 10%, в США и России от 6 до 12 %, в странах Восточной Азии от 11 до 15%.Повсеместно отмечается рост недоношенных детей.»

Причинами, способными е вызвать преждевременные роды являются:

.патологии гениталий: функциональная недостаточность яичников, предшествующие аборты, предшествующие аборты, особенно повторные и произведенные до настоящей беременности, наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей.

. токсикозы беременных, особенно тяжелая нефропатия, соматические и инфекционные заболевания матери, многоплодие, патология плаценты, неправильное положение плода, криминальные вмешательства.

. инфекционные болезни: грипп, ОРЗ, эпидемический гепатит.

. соматические заболевания: сердечная и почечная патология, гипертоническая болезнь.

. нервные потрясения, испуг, профессиональные вредности, несовместимость матери и ребенка по Rh-фактору, злоупотребление алкоголем и курением, недостаточное питание во время беременности. Провоцирующими моментами также являются подъём тяжести, падение и ушиб беременной женщины.

По наблюдениям специалистов, а по данным других авторов (И.П. Иванин и Н.Н. Антипина) в 30-40% причина преждевременных родов остаётся невыясненной. По данным Р.А.Шпицера с соавт., у 20% из трех тысяч обследованных пациенток, получающих акушерско -гинекологическую помощь, обнаруживаются нервно-психические расстройства, из которых распознаются лишь 33%.

И.В. Добряков в последней монографии отмечает, прерывание беременности относится к психологической утрате и является психической травмой, т.к. вызывает переживания, имеющие длительное воздействия на психику человека. К сожалению, большинство женщин, нуждающиеся в психотерапевтической помощи, ее не получают. Особенно это касается женщин, их мужей и родственников в случае непроизвольного прерывания беременности, гибели ребенка в родах, рождения ребенка с врожденной патологией. В нашей стране не существует соответствующих методических разработок по оказанию психологической и психотерапевтической помощи. В результате женщины и члены их семей, оказавшиеся в подобной тяжелой ситуации, никакой помощи практически не получают.

Имеющиеся наработки по теме диссертации

По состоянию на 1 сентября 2011 года процент диссертационных исследований не превышает 30. Определены объект, предмет, база, цель, задачи и методы исследования. Изучено и проанализировано всего лишь 50 литературных источников. Осуществлено психологическое наблюдение и оказана психологическая помощь 208 женщинам, родившим детей с ППЦНС и находящимися по уходу на 2 этапе выхаживания в ОНД. Проводится группировка и обобщение первичного материала. Осуществляется коррекция разработанной и апробированной на 208 женщинах технологии проведения групповых и индивидуальных занятия, направленной на оптимизацию системы по оказанию психологической помощи женщинам, родившим детей с ППЦНС. Дополнительно для оценки эффективности полученной психологической помощи разработана анкета для указанной категории лиц. Предполагается провести социолого- психологическое обследование женщин, родивших детей с ППЦНС в пределах 500 человек.

В течение года было оказано 413 услуги для 208 женщин, большая часть которых является мамами, также психологические услуги были востребованы бабушками, находящимися в стационаре и помогающим в уходе за младенцем. Более 25% женщин обращались за психологической помощью более 2 раз.

Основанием оказания психологической помощи являлось:

добровольность обращения пациента;

оказание психологической помощи по медицинским показаниям (по направлению врача).

При оказании психологической помощи основной акцент уделяли на стабилизацию эмоционального состояния женщин и профилактическое просвещение. Обобщенные количественные показатели оказанных услуг с использованием индивидуального и группового психологического воздействия представлены в табл.1.

Таблица 1.Форма работы и количественные показатели.(абс. Ч)

|  |  |
| --- | --- |
| Количество психологических услуг 423 | количество физических лиц (всего)аб 208 |
| 218 | количество физических лиц на групповых занятиях 152 |
| 205 | количество физических лиц на индивидуальных занятиях 128 |

Как видно из таблицы в процессе оказания психологической помощи в ОНД был сделан акцент на обязательное наличие групповых и индивидуальных услуг с мамами в отделение. При этом в исследовании учитывались данные К. Левина(год) о том, что большинство эффективных изменений в установках личности происходит в групповом, а не в индивидуальном контексте. Это связано с тем, что в групповой работе человек может идентифицировать себя с другими, оценить собственные чувства, поведение, проанализировать и переоценить ограничивающие его установки и убеждения, смоделировать и опробовать различные навыки, которые в дальнейшем они могут перенести в обычную жизнь. Именно в групповой работе участники имеют возможность получения поддержки от людей со сходными проблемами.

В свою очередь индивидуальная работа имеет ряд преимуществ. По данным отечественных исследователей индивидуальная терапия по работе с лицами, имеющих психологическую травму (в нашем случае - перинатальная потеря и патология новорожденного) показывает большую эффективность, чем групповые занятия. Все дело в том, что при индивидуальной работе пациент готов поделиться волнующими проблемами только в конфидециальной обстановке, а занятость женщин по уходу за ребенком позволяет получить им психологическую помощь только при индивидуальном консультировании.

Поэтому сочетание индивидуальной и групповой работы мы считаем обязательным условием для оказания психологической помощи женщинам, находящимся в медицинском учреждении по уходу за ребенком с ППЦНС.

Групповая работа.

Несмотря на первоначальные организационные трудности с проведением групповых занятий, групповая работа получила одобрение со стороны медперсонала, которые констатировали улучшение эмоционального состояния мам после посещения группы.

Организационные принципы проведения групповых занятий включили в себя 3 составляющих:

Принцип комплектования группы:

группа может начинать свою работу с количества 2 участников;

в группу может прийти любой пациент (недифференцированный подход);

реклама группового занятия (рекламой занимаются непосредственно психолог, медперсонал, пациенты, посетившие занятие).

Принцип пространственно-временной организации:

занятия всегда проходят в одном и том же помещении.

время начала занятия - постоянное, вместе с тем занятия могут начинаться с опозданием из-за занятости женщин по уходу за детьми.

продолжительность занятия регламентировано. В то же время временной интервал занятия может быть гибким.(в зависимости от наличии свободного пространства, а также наличия свободного времени и мотивации участников).

на занятиях разрешаются удовлетворение висцерогенных потребностей участников (пища).

занятия происходят 2 раза в неделю в установленные для группы дни.

Принцип открытости:

в любой момент группу могу покинуть участники или прийти новые участники;

участники могут по собственному желанию приходить с младенцами;

дверь помещения всегда открыта из-за тревожности участников по поводу самочувствия младенцев.

Элементами новизны нашей работы по организационным принципам групповой работы является:

. В составляющую принципа комплектования группы включено «работа группы может начинаться с количества 2 человек», связанное с мотивацией пациентов.

. В составляющую принципа пространственно-временной организации добавлено разрешение на прием пищи участников группы во время занятий.

. Свободный приход и уход с занятий, посещение занятия с младенцами, отсутствие закрытой двери дополнили составляющую принципа открытости группового занятия.

Как правило, групповые занятия имели обучающий и психотерапевтический эффект.

В методическом плане групповые занятия проводились в установленной последовательности: разогрев, рабочее время, шеринг. В то же время, на начальном этапе исследования на шеринг не оставалось времени, что компенсировалось возможностью получения обратной связи на индивидуальных консультациях или после группового занятия.

Тематика групповых занятий включала следующие блоки: «Стрессоустойчивость», «Взаимодействие с младенцем», «Свободная группа». Несмотря на то, что часть мам не смогли посетить те или иные занятия, логичность структурирования групповой работы очевидна: участники группы, как правило, делились с ними информацией, полученной на занятии. При обследовании выявлены следующие причины отсутствия мам на занятии: занятость по уходу за ребенком, посещение узких специалистов, сон матери, отсутствие мотивации на психологическую работу.

Вместе с тем, как положительно, следует отметить, что часть женщин, находящихся в стационаре длительное время, приходят на одно и тоже занятие дважды.

Групповые занятия представлены 218 услугами, что составило 54% от общего количества услуг. Основными методами групповых занятий являлись:

1. информирование.

2. работа в подгруппах

. анализ ситуаций.

. групповая дискуссия

. психогимнастические упражнения.

. проективное рисование.

. дебрифинг

Выявлены результаты групповой работы:

. улучшение эмоционального состояния.

. осознание пациентами, что их чувства и переживания имеют отклик в группе. (горе совместное переживается легче, чем в одиночку)

. отреагирование накопившихся чувств: боль, страх, отчаяние, печаль.

. восстановление физических сил.

. получение новых знаний.

. усиление рефлексии.

.возникновение доверия к ведущему (пациенты осознанно приходят на индивидуальные консультации, просят визитку психолога).

.психолог имеет больше возможности выделить пациентов группы риска - с тяжелым эмоциональным состоянием.

Индивидуальная работа.

Индивидуальные занятия составили 195 услуг, что составляет 48 % от общего количества услуг. Форма индивидуальных занятий: первичная консультация и коррекционное занятие, включающее в себя рекомендации, психотерапевтическую работу.

-25 % женщин от общего числа за данный период получили две и более двух индивидуальных консультаций.

Основные темы, заявленные на индивидуальную работу:

. взаимоотношения пациентки с собственной семьей, и в первую очередь с собственной мамой.

.болезнь ребенка.

. взаимоотношения со старшими детьми.

. взаимоотношения с отцом ребенка.

.чувство вины за рождение больного ребенка.

. смерть близких людей.

Особенности индивидуальной психологической работы:

.В основном диагностическая беседа происходит в палате при присутствии другого пациента. Беседа может прерываться приходом медицинских специалистов узкого профиля. При выходе на интимные и личностные темы пациент по собственному выбору может остаться в палате при присутствии другого пациента или перейти в психологический кабинет. Диагностическая беседа нередко проводиться, когда женщина занята деятельностью по уходу за своим ребенком.

.В начале коррекционного занятия с мамой заключается устный контракт, что если в процессе работы возникнет необходимость прервать работу (плачет ребенок, пришел врач на обследование и т.п.), понадобиться несколько минут (до 5 минут) для завершения сессии, чтобы мама смогла безболезненно для ее психики перейти из психической реальности в обычную.

. любая психологическая помощь с согласия пациента может проводиться в присутствии соседки по палате, которая, если есть возможность по этическим соображениям самостоятельно покидают палату.

. психологическая помощь может осуществляться при контакте или взаимодействии мамы с ребенком.

Место проведения индивидуальной работы: отдельный кабинет, палата, койка пациентов.

Методы индивидуальной работы:

.исследование

. психодрама

. суггестивная терапия

. арт -терапия

.телесно-ориентированной терапия

.гештальт-терапия.

.логотерапия.

Результатами индивидуальной работы являются следующие показатели:

1. улучшение эмоционального состояния.

2. психологическое просвещение.

. отреагирование отрицательных эмоций, снижение выраженных негативных симптомов.

. разрешение предъявленных проблем.

. выявление мам, нуждающихся в психиатрической, социальной помощи.

. помощь медперсоналу в коммуникационных взаимодействиях с пациентами.

На данном этапе исследования можно сделать следующие выводы:

. психологическая помощь востребована женщинами, находящимися в ОНД по уходу за ребенком. 25% женщин обращаются на добровольной основе за психологической помощью неоднократно. Также это показатель, во- первых, длительности нахождения в стационаре в связи с тяжестью состояния ребенка, а во- вторых, наличие мотивации на саморазвитие, личностный рост и поддержку в трудной жизненной ситуации

. посещение групповых занятий преобладает над индивидуальными, что свидетельствует о востребованности психологической помощи в отделении, т.к. групповая работа всегда строится на принципе добровольности. Также групповая работа более безопасна для пациентов нашей культуры, которые не имеют практики обращения за психологической помощью к специалисту-психологу.

. за психологической помощью обращаются мамы в основном, имеющих ребенка с состоянием средней или тяжелой степенью тя жести.

. некоторые мамы, имеющих ребенка с явным неблагоприятным прогнозом отказываются идти на контакт, и алгоритм оказания помощи специалистами (психологи, медперсонал) в отделении разрабатывается.

. психологическая помощь оказывается при явном нарушение границ: пространственных, личностных, консультационных, но она имеет эффективность со слов пациенток, медперсонала, по субъективному и профессиональному ощущению психолога.

. важное значение для оказания качественной психологической помощи имеет доверительный профессиональный контакт психологической службы с медперсоналом отделения. Желательно, чтобы медперсонал имел представление о направлениях и результатах психологической работы.

. для более качественной психологической помощи мамам желательна и просветительская деятельность с их близкими, которые в последствие могут давать мамам достаточно эмоциональной поддержки, в которой они несомненно нуждаются. По результатам консультирования, многие женщины не только не получают поддержку от близких, но общаясь с ними впадают в более острое стрессовое состояние. Для более качественной и полноценной групповой работы желательно проводить занятия 3 раза в неделю.

. психологам, работающим в ОНД, необходима ежемесячная эмоциональная разгрузка, а также супервизорская и интервизорская помощь.

Цель и задачи исследования

психологическая помощь мать патология

В работах большинства зарубежных и отечественных исследователей достаточно полно исследованы особенности развития материнской сферы в современных условиях, психология перинатальных потерь, особенности развития детей с ППЦНС (перинатальная патология центральной нервной системы), закономерности психического развития детей первого года жизни, структура заболеваний детей с акцентом на высокий процент роли факторов внутриутробного или перинатального поражения ЦНС (70-80%), изложены вопросы организации психологической помощи, методические подходы к содержанию психологического консультирования матерей и коррекционно-педагогической помсщи детям с поражением ЦНС. (Г.В. Филиппова 2002; С.Б. Лазуренко 2008; И.В. Добряков 2011)

Вместе с тем, в доступной литературе методические подходы к коррекции и профилактико-психологической работе по взаимоотношению матери и ребенка с ППЦНС, методы групповоЙ и индивидуальной работы по оказанию по мощи матерям, родившим детей с ППЦНС исследованы недостаточно.

Нерешенность указанных вопросов обусловило актуальность, определила цель и задачи настоящего исследования.

Цель: разработка (или оптимизация) системы психологического сопровождения женщин, находящихся в стационаре по уходу за младенцами с ППЦНС.

Задачи:

. обзор литературы. Изучение современных подходов в оказании психологической помощи матерям, родивших детей с перинатальной патологией ЦНС в России и за рубежом.

. анализ психических особенностей матерей, родивших детей с ППЦНС и находящимися по уходу за ребенком на 2 этапе выхаживания в Отделении Недоношенных Детей НЦЗД РАМН.

. Обоснование подходов к выбору методик и техник для оказания психологической помощи матерям, родившим ребенка с ППЦНС.

. Разработка технологии индивидуальной и групповой работы с матерями, родивших детей с ППЦНС.

. Адаптация техник и методик индивидуальной и групповой работы в условиях стационара.

. оценка эффективности психологической помощи.

Объект исследования: женщины, родившие детей с ППЦНС и находящиеся на втором этапе выхаживания в стационаре.

Предмет исследования: психологические средства позитивного взаимодействия (индивидуальные и групповые).

База исследования - ОНД (отделение недоношенных детей) НЦЗД РАМН.

Методологическая основа исследования: культурно-исторический подход.

В основу работы положен системный многофакторный анализ и следующие методы: историко-аналитический, графический, статистический, психологическое наблюдение и эксперимент, социологический (опрос, анкетирование), монолог, диалог, тренинг, методы психодрамы, арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, суггестивной терапии, методы экспертных оценок, формальной логики и моделирования ситуации.

Источниками информации служили: нормативная правовая и методологическая база, сведения из опубликованных отечественных и зарубежных научных трудов (монографии, статьи, диссертации, материалы научно-практических конференций и конгрессов Международной ассоциации групповой психотерапии), данные из материалов обследования и учетно-отчетных документов о работе отделения недоношенных детей НЦЗД РАМН и результаты собственных исследований.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые на модели ОНД изучены психологические особенности матерей, родивших детей с ППЦНС и испытывающих депривацию материнских функций, определена структура психологических состояний женщин, разработана технология индивидуальной и групповой работы по оказанию краткосрочной психологической помощи матерям, родившим детей с ППЦНС. (Разработка алгоритма оказания психологической помощи матерям, родившим ребенка с ППЦНС, имеющим тяжелую форму ПТСР или просто ПТСР и отказывающихся от услуг психолога.)

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования

Материалы диссертационного исследования повышают уровень знаний по психологическому сопровождению категории лиц: медицинских сотрудников, психологов, соцработников, которые взаимодействуют в процессе своей деятельности с женщиной и ее ребенком с ППЦНС.

Разработаны и апробированы на базе ОНД методические подходы групповой и индивидуальной работы.

Повышение знаний по проведению психологической помощи матерям, родившим детей с ППЦНС и испытывающих ПТСР.

Полученные результаты диссертационного исследования по оптимизации психологической помощи матерям, родивших детей с ППЦНС способствуют улучшению эмоционального состояния женщин, способствуют более эффективному взаимодействию матери и ребенка.

Разработанный психологический подход может быть использован в медучреждениях в практике работы психологов и других лиц, оказывающих психологическую помощь матерям, имеющих детей с ППЦНС.

Разработанный методический подход индивидуальной и групповой работы подход может быть рекомендован в системе обучения до и после дипломной подготовки медицинских и психолого-педагогических кадров, а также в практику работы лечебно-профилактических организаций, оказывающим помощь матерям и детям. По завершению диссертационного исследования полученные материалы планируется обобщить в форме учебного пособия в виде рекомендаций для работников, оказывающих психологическое сопровождение женщинам, родившим детей с ППЦНС.

Список использованных источников

3. Акушерство. \ Под редакцией Г.М. Савельевой \. - М: Медицина, 2000.

4. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей./ Под ред. Г.В.Яцык /--М: Педагогика-Пресс, 2002.

. Аронскид Е.В. Комплексная система оценки здоровья и прогнозирования исходов у недоношенных детей, перенесших критические состояния периода новорожденности. Автореф.дис. … канд.наук, Москва, 2010.

. Биосоциальная природа материнства и раннего детства. /Под редакцией А.С. Батуева.- СПб, 2007.

. Волков Б.С., Волкова Н.В.Психология развития ребенка в схематических моделях и проблемных ситуациях. - Восхождение. 2010.

. Добряков И.В. Перинатальная психология. - Питер, 2011.

. Ениколов С.Н. Психотерапия при психотравмирующих стрессовых расстройствах./ Российский психиатрический журнал. 1998, №3.

. Карабанова О.А. Психология семейных отношений. -М:Гардарики, 2004.

. Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая работа с недоношенными детьми первого года жизни. Автореф.дис. … канд.наук, Москва, 2006.

. Лидерс А.Г. Психологический тренинг с подростками. - М: Издательский центр «Академия», 2001.

. Луковцева З.В. Особенности психического развития глубоко недоношенных детей первого года жизни. Автореф.дис. … канд.наук, Москва, 2002.

. Малых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник.-М: Издательство Эксмо, 2003.

. Морено Я.Л. Психодрама.

. Организация в учреждениях системы здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям с поражением ЦНС. Методическое письмо. - Москва, 2008.

. Трубицина Л.В.Процесс травмы.-М: Издательство «Смысл», 2005.

. Холмогорова. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. -М: Медпрактика, 2011.

. Физиология и патология новорожденных детей.

. \ Под редакцией К. Полачек \ - Прага:Авицениум, 1986.

. Филипова. Психология материнства.- М:Издательство психотерапии, 2002. Хазанов А.И «Выхаживание недоношенных детей»

. Шутценберг А.А. Синдром предков.

. Эльячефф К. Затаенная боль. - М: Кстати, 1994.