



УДК:616-055.2-053.32-085.851

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Н.И. ЗАВГОРОДНЯЯ*Харьковский национальный
медицинский университет,
Украина**e-mail: z.natalia@gmail.com*

В статье изложены основные принципы и методы психообразования в системе психотерапевтической коррекции расстройств адаптации у женщин, родивших недоношенного ребенка.

Ключевые слова: психообразование, недоношенный ребенок, тревога, депрессия, расстройство адаптации.

Активное развитие реабилитационного направления в психиатрии в течение последнего времени способствовало включению в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, осуществляемых при ведении пациентов с различными психическими заболеваниями и расстройствами, не только психотерапевтических, но и психообразовательных программ [1-4]. «Психообразование» (psychoeducation) — это система поэтапно осуществляемых психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о заболевании и расстройствах, а также обучение их методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболеваний.

Целью психообразования является активная и компетентная помощь пациентам и их родственникам в вопросах контроля над стрессовой ситуацией, связанной с болезнью и ее последствиями.

Передача знаний и приобретение навыков проводится в рамках отдельных встреч — групповых занятий, а также путем выполнения домашних заданий. Психообразование, при этом, рассматривается в рамках когнитивно-поведенческого подхода, т.е. преподавание является ключевым вопросом, в то время как другие методы психотерапевтического воздействия — выступают в качестве поддерживающих методик.

Обучение осуществляется по средствам стандартизованного, неиндивидуализированного подхода. На первом этапе реципиенты получают информацию и осваивают различные навыки, на втором — самостоятельно анализируют и применяют полученные знания и навыки в практической жизни. В дальнейшем, успешность их применения анализируется с целью внесения корректив в работу.

С нашей точки зрения, психообразование можно с успехом применять для коррекции расстройств адаптации у женщин, родивших недоношенного ребенка.

Рождение недоношенного ребенка является пусковым механизмом развития сильного эмоционального потрясения, проявляющегося аффектом страха, тревоги, появлением расстройств адаптации.

Вопрос использования психообразовательных программ у женщин в послеродовом периоде в доступной нам литературе освещен недостаточно.

Известно, что к наиболее частым вариантам клинического проявления расстройства адаптации относится постнатальная депрессия. Постнатальная депрессия — группа неоднородных по нозологии аффективных состояний, степень тяжести которых может варьировать от кратковременного снижения настроения до выраженной клинической картины, сопровождающейся симптомами тревоги, страха, индифферентности по отношению к ребенку, соматическими жалобами, нарушениями сна. При этом, имеет место снижение качества жизни, а также нарушения социальной адаптации, что в свою очередь также опосредованно влияет на качество жизни [5-7].

С другой стороны, наличие постнатальной депрессии является значимым фактором влияния на развитие и состояние новорожденного ребенка, что проявляется в расстройствах системы привязанности в системе «мать-ребенок» на первом году жизни, что в последующем определяет возможность развития психосоматической патологии у ребенка. По данным литературы, степень воздействия имеет прямую корреляцию с длительностью и тяжестью депрессивного эпизода у матери [8-10].

Сложности в работе с таким континентом женщин заключаются в необходимости применения достаточно несложных для врачей клинических психотерапевтических методов, способных быстро и эффективно улучшать качество жизни пациента, с учетом особенностей их



пребывания в соматическом стационаре и невозможностью проведения долгосрочной психотерапевтической коррекции [11-15].

Цель исследования: разработка программы и апробация психотерапевтических мероприятий, осуществляемых в рамках психообразовательного вмешательства, с последующим изучением влияния психообразовательных программ на успешность адаптации матерей, родивших недоношенного ребенка.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное обследование 150 женщин, родивших недоношенного ребенка.

Работа проводилась на базе Харьковского областного клинического перинатального центра, Харьковского городского клинического перинатального центра, а также Харьковской областной клинической детской больницы № 1.

С целью определения наличия расстройства адаптации, его клинического варианта и типа течения использовались следующие методы: клиничко – психопатологическое исследование, включавшее в себя изучение жалоб, оценку психического статуса обследованных, выделение основных психопатологических синдромов и их динамики (в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ – 10); клиничко – анамнестический метод; психодиагностический метод с использованием интегративного теста тревожности (Вассерман Л.И. с соавт., 2003), шкалы депрессии Бека (Бек А.Т., 1961), методики экспресс – диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса, шкалы Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory – STAI).

Корреляционные зависимости между переменными оценивались коэффициентами корреляции Спирмена согласно шкале измерений рассматриваемых переменных.

Результаты и их обсуждение. Большинство женщин постоянно проживают в большом городе – 77 (51%), 37 опрошенных в селе (25%) и 36 в маленьком городе (24%).

Распределение по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение женщин по возрасту

Проживает	Возраст (M±m)	Количество опрошенных	%
В сельской местности	26,62±0,83	37	24,7
В маленьком городе	28,28±0,77	36	24
В городе	29,68±0,64	77	51,3
Всего	28,59±0,44	150	100

В браке состоят 128 женщин (85%), не замужем 18 (12%), 4 женщины разведены (3%).

Для 55 женщин данные роды были первыми (36,6%), у 71 опрошенной уже был один ребенок (47%), 19 женщин имели двоих детей (12,6%), 5 женщин имели троих детей (3,4%).

Во время беременности школу или курсы для подготовки к родам регулярно посещали 12 женщин (8%), нерегулярно 19 (13%), самостоятельно ознакомились с необходимой информацией 48 будущих матерей (32%) и 71 женщина по различным причинам не посещала подобные занятия (47%).

За медицинской помощью во время беременности обращались 80 женщин (52,7%), 71 женщина посещала врача только в рамках обязательных профилактических осмотров согласно утвержденному графику (47,3%).

При этом, однократно по поводу, связанному с течением беременности, к врачу обращались 42 женщины (28%), однократно по поводу, не связанному с течением беременности – 8 (5,3%), многократно за медицинской помощью по поводу, непосредственно связанному с течением беременности обращались 27 опрошенных (18%), многократно по поводу, не связанному с течением беременности – 2 женщины (1,4%).

По данным анализа методики «Воспринимаемый индекс вины» (Perceived Guilt Index, Otterbacher & Munz, 1973) у 96 женщин (64%) полученное значение индекса вины было выше 10, что свидетельствует о том, что интенсивность чувства вины была выше уровня обычных переживаний.

При этом в ходе психодиагностической беседы лишь 51 женщина (34%) активно сообщала о субъективных чувствах вины и стыда вследствие рождения недоношенного ребенка.

По данным анализа результатов методики шкалы депрессии Бека было выявлено, что у 40 женщин (26,7%) отсутствовали симптомы депрессивного расстройства, у 48 женщин (32%) имела место субдепрессивная симптоматика, у 24 (16%) опрошенных отмечались симптомы умеренной депрессии, у 25 (16,7%) женщин определялось выраженное депрессивное расстройство (таблица 2).

Таблица 2

**Показатели депрессии у женщин, родивших недоношенного ребенка
(по шкале Бека)**

Показатели	Абс.	%
Нет признаков депрессии	40	26,7
Субдепрессия	48	32
Умеренная депрессия	24	16
Выраженная депрессия	25	16,7
Тяжелая депрессия	13	8,6

По результатам оценки ситуативной и личностной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) тревожные эпизоды низкой степени выраженности были выявлены у 64 женщин (42,7%), тревожные эпизоды умеренной степени выраженности имели место у 54 опрошенных (36%), тревожные нарушения высокой степени выраженности – у 32 родильниц (21,3%). При этом, низкий уровень личностной тревожности был отмечен у 5 женщин (3,3%), умеренная выраженность выявлена у 70 опрошенных (46,7%), высокая – у 75 женщин (50%) (таблица 3).

Таблица 3

**Показатели ситуационной и личностной тревожности у женщин,
родивших недоношенного ребенка (по шкале Спилбергера-Ханина)**

	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкая	64	42,7	5	3,3
Умеренная	54	36	70	46,7
Высокая	32	21,3	75	50

В дальнейшем был проведен корреляционный анализ зависимости воспринимаемого индекса вины и баллов по шкале депрессии Бека, а также методики ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

Таблица 4

Результаты корреляции основных показателей

Переменные	Шкала депрессии Бека	Шкала ситуативной тревожности	Шкала личностной тревожности
Воспринимаемый индекс вины	0,337705	0,325162	0,267623

Как видно из таблицы 4 существует значимая связь ($p < 0,05$) между индексом воспринимаемой вины и уровнем депрессии по шкале Бека, определяемая непараметрическим коэффициентом Спирмена на уровне $R_{SP} = 0,3377$ для всех опрошенных, а также значимая связь с уровнем ситуативной и личностной тревожности на уровне $R_{SP} = 0,3251$ и $R_{SP} = 0,2676$ соответственно.

Полученные данные позволили сформулировать гипотезу о пусковом влиянии чувства вины на развитие расстройств адаптации, проявляющихся депрессивными и тревожными симптомами, с последующей разработкой и внедрением в практику психообразовательной системы работы с данным континентом женщин.

В ходе первичной психотерапевтической беседы было выяснено, что основополагающей причиной возникновения и развития субъективного чувства вины у женщин было отсутствие информационной подготовленности. Матери имели высокий уровень потребности в медицинской информации, отражающей вопросы причин преждевременного наступления родов.

Основной целью психообразования являлось восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний.

Психообразование проводилось в закрытых группах по 7-8 человек. Каждое занятие длилось в среднем 45 мин. Структура занятия включала теоретическую часть, последующее двустороннее обсуждение и формирование когнитивного навыка.

Длительность встреч не превышала 1-1,5 часа. Превышение указанного времени оказалось нежелательным вследствие сложностей пребывания матери без ребенка в течение длительного времени. Более короткая длительность проведения психообразовательных занятий не позволяла полноценно рассмотреть обсуждаемые вопросы. Оптимальной частотой встреч яви-



лось проведение занятий 2-3 раза в неделю (в течение всего срока пребывания матери с ребенком в неонатальном отделении).

Основными методами, используемыми при проведении психообразовательных программ, являлись следующие: преподавание (минилекции), консультирование, варианты коммуникативной терапии и проблемно ориентированные дискуссии в группах. В качестве дополнительных методов использовались: эмоциональная поддержка, разъяснение, уточнение, активация, интерпретация.

Первоначально обследуемые были ознакомлены с основными вопросами выхаживания недоношенных новорожденным, в том числе: рассматривались перспективы реабилитации ребенка, возможные осложнения периода реабилитации и их профилактика, правила организации ухода, режима дня и вскармливания с учетом особенностей новорожденного ребенка. Особое значение уделялось вопросам уточнения причин наступления преждевременных родов, а также активному разъяснению и обсуждению роли женщины в индукции начала родового процесса с целью минимизации чувство собственной значимости в индукции начала родовой деятельности

Важным элементом являлось также побуждение к инициативной деятельности женщины, активному участию ее в уходе за ребенком, изменение паттерна поведения с позиции собственной безынициативности и бездейственности на позицию принятия решения и взаимодействия с ребенком.

В проведении данного этапа принимали участие врачи неонатологи профильных медицинских учреждений.

Важное место уделялось оптимизации межличностного взаимодействия в семье, в том числе формированию адекватного отношения к состоянию ребенка, реальной оценке возможного влияния данного состояния на дальнейшее развитие ребенка. В процессе работы был сделан акцент на формирование объективного восприятия состояния ребенка (завышенные или заниженные ожидания негативно влияли на эффективность реабилитации женщин).

Важным элементом рационализации отношения к состоянию ребенка было формирование персонифицированного отношения к недоношенному ребенку, его состоянию, перспективам лечения и общего состояния. При этом важным было формирование у женщины собственнo-ориентированного и устойчиво – независимого взгляда на состояние ребенка.

Блок эмоциональной поддержки матерей был направлен на поддержку родильниц в вопросе разрешение проблем идентичности, а также принятия изменений социальных ролей – переход в качественно новую роль – от роли беременной к роли матери.

В последующем, после проведения психообразовательных занятий, было подтверждено снижение показателей использованных в ходе работы шкал, что свидетельствует о корректности сформулированной в ходе исследования гипотезы о пусковой роли чувства вины в развитии расстройств адаптации у данной категории женщин.

Выводы:

1. Психообразование – важная часть коррекционной работы с женщинами, родившими недоношенного ребенка и имеющими расстройства адаптации, проявляющиеся депрессивным и тревожным синдромами.

2. Методической основой разработки содержания психообразовательных занятий является статистически подтвержденная гипотеза о пусковой роли чувства вины в развитии вышеуказанных состояний.

3. Процесс психообразования предполагает несколько этапов, в ходе которых рассматриваются основные сложности восприятия недоношенного ребенка и его состояния.

4. Повторное обследование женщин подтвердило эффективность выбранного метода психокоррекции состояния женщины.

Литература

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — В. 4. — С. 5-20.
2. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб, 1998а.-255 с.
3. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкас В. «Психология и психотерапия семьи» — СПб: «Питер»; 2000г — 652 с.
4. Herbert C. Editorial // Patient Education and Counseling. 1994. -Vol. 23, N 1. – P. 3-4.
5. Kumar R, Robson KM. // A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry. 1984 Jan;144:35-47.
6. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DL. // Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br J Psychiatry. 1984 May;144:453-62.
7. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs. Res. 2001;50:275–285.



8. Campbell S.B., Cohn J.F. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: Cooper P.J., editor. Postpartum Depression and Child Development. Guilford; New York: 1997. pp. 165–197.
9. Grace S.L., Evindar A., Stewart D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Arch. Women. Ment. Health. 2003;6:263–274.
10. Rahman A., Iqbal Z., Bunn J. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. Arch. Gen. Psychiatry. 2004;61:946–952.
11. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
12. Табачников С. І., Михайлов Б. В., Маруга Н. О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні // Форум психіатрії та психотерапії. — 2004. — Т. 5, спец. випуск. — С. 34–40.
13. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Маруга Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7, № 4 (додаток). — С. 99–102.
14. Кришталь В. В. Психосоматическая патология : генез и подходы к коррекции / В.В. Кришталь // Междунар. мед. журн. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 37–40.
15. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б.В.Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — №4(14). — С.35–38.

PSYCHOEDUCATION IN THE SYSTEM OF CORRECTION OF ADAPTATION DISORDERS IN WOMEN DELIVERING THE PREMATURE ENFANT

N.I. ZAVGORODNIA

*Kharkov National
Medical University*

e-mail:z.natalia@gmail.com

The article presents data on the basic principles and methods of psychoeducation in the system of psychotherapeutic correction of adaptation disorders in women delivering the premature infant. Psychoeducation play an important role in the remedial work with women delivering the premature infant. The basis of a methodological approach to developing the content of psychoeducational sessions was statistically confirmed the hypothesis of guilt influence on the development of depressive and anxiety syndromes. Effectiveness of the method confirmed by re-examination.

Keywords: psychoeducation, premature infant, anxiety, depression, adaptation disorder.