

Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания

Е. В. Поневаж, кандидат психологических наук, доцент, Московский педагогический государственный университет, ponevazh@yandex.ru

Целью исследования является изучение особенностей эмоциональных переживаний женщин в первые дни после преждевременных родов (родов, произошедших с 26 по 34 неделю беременности). Представлены результаты анализа самоописания состояния, содержания переживаний и страхов женщин непосредственно в послеродовой период. Анализируются преобладающие эмоции, их выраженность, социальные факторы, влияющие на тяжесть переживаемого состояния и стратегии совладания с этими эмоциями. Обнаружена триада значимых реактивных состояний, включающая в себя чувство собственной неполноценности и чувство вины; острых страх за жизнь и здоровье ребенка; чувство беспомощности. А также выделена динамика этих эмоциональных реакций в первые дни после родов. Описаны факторы социального окружения, влияющие на интенсивность проявлений отрицательных эмоций, в том числе особенности поведения медицинского персонала и ближайших родственников. Обозначены основные стратегии поведения матери с целью снижения негативного состояния, такие как стратегия ухода; информационный поиск и познавательная активность; помощь окружающим. Проведен анализ эффективности выявленных стратегий.

Ключевые слова: преждевременные роды, эмоциональное состояние матери, чувство вины, страха и беспомощности, поведение медицинских работников.

Теоретическое обоснование исследования

С начала 21 века в обществе растет значимость психологической составляющей сопровождения беременности, родовспоможения и этапа становления диады «мать – дитя». В последнее время признается, что психо-эмоциональное состояние матери является максимально значимым для развития ребенка [6].

Значительный вклад в изучение роли матери в образовании ранних личностных структур и психическом развитии младенца, осознание включения раннего вмешательства как одного из направлений психологической деятельности в учреждениях родовспоможения и детства, коррекции ранних нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья внесли зарубежные и отечественные исследования, научные теории: положения о социальности развития младенцев (Л. С. Выготский); теория влияния раннего эмоционального опыта ребенка на его дальнейшее развитие (Дж. Боулби, 1959; Д. Винникотт, 1960; М. Айнсворт, 1978); теория психологии младенчества и генезиса общения М. И. Лисиной (1974; 1986;

1987); онтогенетическая концепция материнства Г. Г. Филипповой (2000); биопсихосоциальная концепция девиантного материнства В. И. Брутман (1994, 2000); концепция взаимодействия матери и младенца Р. Ж. Мухамедрахимова (1994, 2001); а также изучение различных аспектов материнской сферы в русле отечественной возрастной психологии (Е. О. Смирнова, 2000; О. В. Баженова, 1996; Н. Н. Авдеева, 1997; Е. И. Исенина, 2002; М. Е. Ланцбург, 1999 и др.).

Таким образом, в свете значимости эмоционального состояния матери для благополучного психического развития ребенка, одной из актуальных проблем на данный момент является изучение особенностей эмоциональных переживаний матери в ситуациях неблагоприятного протекания постнатального периода, в частности, в ситуации преждевременного родоразрешения [2].

Цель нашего исследования – изучение нарративов матери в первые дни после преждевременных родов; факторов, влияющих на их содержание и интенсивность; а также стратегий совладания с ними.

Эта проблема приобрела большую актуальность после 1 октября 2010 года, когда Российская Федерация признала нормы выхаживания недоношенных младенцев, разработанные ВОЗ. Согласно определению ВОЗ, потенциально жизнестойкими считаются малыши, родившиеся не ранее 22 недели беременности (другими словами с 5,5 месяцев) и с массой тела более 500 грамм. В настоящее время преждевременными родами в Российской Федерации считаются роды после 22 недели с весом более 500 грамм, и к детям родившемся после этого срока применяются реанимационные мероприятия (при наличии возможностей в медицинском учреждении). До 1 октября 2010 года преждевременные роды считались в 28 недели ребенка с весом более 900 грамм.

По данным Министерства здравоохранения в России недоношенными рождается 8% детей (недоношенным считается ребенок, родившийся с 22 до 37 недели). Около 40% всех преждевременных родов наступают до 34 недели, и 20% - до 32 недели.

Отечественные и зарубежные исследователи отмечают, что раннее психическое развитие недоношенных младенцев значительно отличается от их доношенных сверстников. Недоношенные дети составляют группу высокого риска возникновения у них в дальнейшем нарушений соматического, неврологического характера, что ведет к отклонениям в психическом развитии [7]. Недоношенность часто сочетается с врожденными заболеваниями и нередко является основой для инвалидности с детства. Данные, накопленные зарубежной статистикой [3], свидетельствуют о том, что среди недоношенных младенцев:

- в 16% случаев ставится диагноз детский церебральный паралич (в среднем по популяции данный показатель равен 0,5%);
- в 20% случаев отмечается умственная отсталость разной степени выраженности (среди доношенных сверстников – 0,3%);
- в 10% случаев наблюдалась слепота или глухота (0,1% – соответственно у доношенных);

- в 1/3 случаев встречалось сочетание инвалидизирующих нарушений (например, ДЦП и умственной отсталости);
- в 50% случаев в возрасте 6-8 лет интеллектуальное развитие детей соответствовало норме.

На негативные особенности развития недоношенных детей оказывают влияние следующие биологические факторы [1]:

- гестационный возраст (т.е. продолжительность данной беременности);
- общая морфофункциональная незрелость органов и систем (прежде всего ЦНС);
- критически низкая масса тела при рождении (от 700 до 1100 г);
- неврологические нарушения (в первую очередь кровоизлияния в головной мозг).

Кроме биологических факторов огромную роль играют психосоциальные факторы [8]:

- ранняя госпитальная депривация (продолжительность может быть до 4–6 месяцев);
- негативно окрашенное взаимодействие с другими взрослыми – медицинским персоналом (недоношенный младенец подвергается процедурам, часть из которых достаточно болезненна);
- нарушение контакта «мать – дитя» на раннем этапе развития (отсутствие контакта в первый месяц и тяжелые эмоциональные переживания матери не позволяют сформировать адекватный контакт в диаде).

Если влияние биологических факторов возможно нивелировать с помощью повышения качества медицинского обслуживания, то коррекция воздействий психосоциальных факторов, очевидно, психологическая задача. И первый этап на пути решения этой проблемы – изучение особенностей переживаний матери после преждевременных родов и факторов, влияющих на характер переживаний.

Именно на решение этой задачи и было направлено наше исследование.

Организация исследования

В исследовании приняли участие 42 женщины в возрасте от 24 до 36 лет (средний возраст – 31,1). У всех женщин были преждевременные роды, от 26 недель до 34 недель. Из них:

15 родили детей с 4-й степенью недоношенности и с экстремально низким весом (срок гестации от 26 до 28 недель, вес от 560 до 980 г);

24 родили детей с 3-й степенью недоношенности и с очень низким весом (срок гестации от 29 до 32 недель, вес от 1010 до 1470 г);

13 родили детей со 2-й степенью недоношенности с низким весом (срок гестации от 32 до 34 недель, вес от 1620 до 2010 г).

В исследование были включены только матери, чьи дети выжили и выписались из больницы домой. Те мамы, чьи дети погибли в первые месяцы жизни в медицинских учреждениях, из исследования были исключены. Сравнение переживаний таких матерей – тема отдельного исследования.

В исследование включены матери с одним ребенком (родители близнецов, тройняшек исключены, так как выживаемость малышей в этой ситуации ниже и в период исследования не обнаружилось ни одной матери со всеми выжившими детьми).

Из женщин, переживших преждевременные роды, 35 человек после родов находились в палате вместе с матерями, родившими в срок здоровых детей (в течение 3-5 дней), 17 женщин находились в палате для женщин, потерявших ребенка.

Из 42 женщин, принявших участие в исследовании, 9 – жительницы мегаполисов (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург), 23 женщины – жительницы больших и средних городов, 6 женщин – жительницы малых поселений, и двое живут в сельской местности. Это разделение является значимым для исследования, так как уровень медицинского обслуживания, реанимации и выхаживания новорожденных в мегаполисах, больших городах и малых поселениях сильно различается. Все жительницы мегаполисов и 20 жительниц больших городов в период выхаживания новорожденных находились с ними в одном городе, и мамы могли в течение дня посещать своих детей или находиться с ними круглосуточно (на втором и третьем этапе выхаживания), в то время как жительницы малых городов и поселений были лишены такой возможности (детей увозили в реанимацию в другие города), могли узнавать информацию о здоровье детей только по телефону (ежедневно или вообще 2 раза в неделю), что, естественно, крайне негативно сказывалось на эмоциональном состоянии мамы.

Все женщины выборки находятся в браке (официальном или длительном гражданском), у всех беременность была желанная и ожидаемая. Среди женщин 28 человек предпринимали специальные усилия для возникновения беременности (ЭКО, ИКСИ, ВМИ). Никто из матерей в период нахождения в роддоме или пребывания ребенка в больнице на этапах выхаживания профессиональной психологической поддержки не получал.

Основная задача нашего исследования – выявить содержание комплекса эмоциональных переживаний матери в первые дни после преждевременных родов.

Для решения задач исследования были проанализированы сообщения матерей на форуме www.prematurebaby.ru (форум родителей недоношенных детей),

в которых описывались страхи и переживания и задавались волнующие мам вопросы. Включались только актуальные по времени сообщения, ретроспективные воспоминания о переживаниях, когда мама описывала, чего она боялась и о чем волновалась в первые месяцы жизни ребенка, уже после выписки, по воспоминаниям, не учитывались. Анализировались сообщения только активных пользователей форума, то есть мам, которые ежедневно писали в различных темах либо в созданной специально для них теме общения. Анализ сообщений проводился с учетом экспертной оценки. В качестве экспертов были задействованы 5 психологов, доцентов кафедры возрастной психологии МПГУ. Анализ сообщений был качественный, индивидуальный, с выделением каждым экспертом ведущего переживания, его интенсивности (по 10-бальной шкале), факторов, определяющих содержание и силу переживания, а также вариантов поведения женщины.

Результаты исследования. Анализ и обсуждение

В результате анализа сообщений было выявлено несколько наиболее значимых эмоций.

Первая значимая эмоция – чувство собственной неполноценности и чувство вины. Это переживание возникает первым после родов у 81% женщин вне зависимости от причин преждевременных родов, прогнозов и срока рождения. В содержании переживания мамы отмечают:

- неспособность выполнить главную женскую функцию;
- невыполнение чаяний и ожиданий близких (чаще всего мужа и свекрови);
- физическую неполноценность отмечают мамы после операционного вмешательства (кесарева сечения).

Это переживание возникает даже раньше, чем переживания о состоянии здоровья ребенка, сразу после сообщения акушера о том, что ребенок жив. Чувство неполноценности описывается мамами следующими словами: «Мужу в глаза смотреть не смогу», «И кому я теперь нужна, даже выносить нормально не смогла»...

Возникновению и увеличению интенсивности ощущения собственной неполноценности способствовало нахождение в роддоме в общей палате с мамами, родившими в срок и ухаживающими за своими новорожденными детьми (100% мам, находящихся в общей палате, особо отмечали это чувство сравнительной неуспешности по отношению к другим роженицам).

Также в качестве стимулов, усиливающих чувство неполноценности, все матери нашей выборки (100%) отмечали общение с врачами (акушерами-гинекологами и детскими реаниматологами). Особенно сильно это влияло на матерей глубоко недоношенных детей. Они отмечали следующие факты: врачи называли их ребенка «выкидыш», им прямо сообщали, что они не справились и не доносили беременность, объясняли причины преждевременных родов инфекцией

или неверным поведением женщины в период беременности. Общение с медицинским персоналом усиливало переживание ответственности и неэффективности.

Дополнительным фактором роста чувства неполноценности явилось общение с близкими (мужем, матерью, свекровью), то есть близкие не давали эмоциональной поддержки, а, наоборот, женщины переживали общение с ними как внешнюю оценку, контроль их несостоятельности. На этот факт указывали 81% женщин (из тех, кто в первые сутки после родов общался с родными). Так как женщинами ожидалась упреки и указания на их неполноценность, даже достаточно нейтральные замечания воспринимались именно в этом аспекте и травмировали. Мамы вспоминают следующие высказывания: «Не переживай, еще молодая, еще получится», «Бедная ты моя, не переживай, ничего страшного» и многое другое. То есть поддержка превращалась либо в оценку, либо, наоборот, в обесценивание, что также воспринималось проблемно.

Для снижения интенсивности переживания вины и собственной неполноценности женщины выработывали следующие стратегии:

- стратегию ухода (уход из палаты и нахождение в коридоре или в курилке; уход в интернет и бесцельное блуждание по сайтам; отключение органов чувств (лежали с закрытыми глазами и наушниками); отключение телефона и отказ общаться с родственниками);
- стратегию поиска информации (выяснение подробностей у врачей; поиск информации в интернете);
- стратегию помощи другим (такой вариант выбирали уже рожавшие мамы, которые имели опыт ухода за детьми). Они помогали молодым неопытным мамам переодевать, сцеживаться, кормить их малышей.

По сообщениям матерей, стратегия ухода в интернет или отключение органов чувств оказывалась самой эффективной и наиболее способствовала снижению ощущения собственной неполноценности.

Стратегия поиска информации способствовала снижению чувства неполноценности, но при этом значительно увеличивала страх будущего (следующее самое сильное переживание в структуре эмоциональных страданий мамы после преждевременных родов). Это, скорее всего, связано с тем, что, с одной стороны, мама находила единомышленников и поддержку (а также понимала, что ее вины в случившемся нет), а с другой стороны, получала информацию обо всех возможных осложнениях и проблемах ребенка, связанных с ранним рождением.

Стратегия помощи другим мамам оказалась самой неэффективной и усиливала чувство неполноценности и страха. Это, по сообщениям женщин, связано со следующими переживаниями:

- ощущением пустоты, когда отдают ребенка родной маме;
- ощущением тактильной потери;

- возникновением резких отрицательных эмоций по отношению к «благополучным» мамам.

Второе сильное переживание, которое возникало в первые сутки после родов, – острый страх за жизнь и здоровье ребенка. Это самое сильное и долговременное переживание во всем эмоциональном комплексе переживаний матерей недоношенных детей после преждевременных родов. Такой страх является одним из стержневых переживаний матери недоношенного малыша на протяжении всего периода младенчества, тогда как в отношении доношенных детей страх не носит столь острой формы и снижается в первый месяц после родов. Скорее всего, данное переживание сохраняет свою актуальность и в дальнейшем, но в рамках нашего исследования более старший возраст просто не затрагивался.

На первом этапе, пока ребенок находится в реанимации, наибольшую актуальность имеет страх за жизнь ребенка. Возникает и развивается этот страх по мере увеличения информированности мамы об особенностях здоровья ее ребенка и недоношенных детей в целом. Выделим несколько основных факторов усиления негативного эмоционального состояния.

Общение с врачами-реаниматологами. В этом общении можно выделить следующие аспекты. Подавляющее большинство матерей при первом общении с врачом недостаточно информированы и не знакомы с проблемами недоношенных детей. Они не ориентируются в терминах, с помощью которых им объясняют состояние детей, не могут понять тяжести диагнозов, которые им сообщают. И высказывания врачей не помогают им, а, наоборот, усиливают эмоциональное неблагополучие. Только 4 матери (из Москвы), то есть менее 9% женщин, после первого общения с врачами детской реанимации сообщили, что они поняли особенности состояния малыша.

Большинство матерей (86%) говорили о непонимании терминов (ИВЛ, процент кислорода, уровень незрелости, тяжесть состояния и т.д.) и вынуждены были (при наличии возможности) искать информацию в сети интернет. Такой поиск, конечно, не может являться адекватной заменой информации, поступающей от врача. Здесь надо учитывать еще и психофизическое состояние женщины, которое, помимо пережитого стресса, находится под влиянием перенесенной операции и принимаемых лекарственных препаратов. Матери обозначали свое состояние: «Все как в тумане, и еще слова страшные», «Двигаться больно, приползла, врач наговорил всякого».

Кроме непонимания состояния ребенка, еще одним дополнительным стрессором в общении с врачами для женщин являлось высказывание негативных ожиданий (либо прямо, либо косвенно) в отношении жизни и здоровья ребенка. Из высказываний врачей, которые наиболее часто упоминают матери (кроме приведенных выше): «Молитесь, мамочка»; «А еще дети есть? Тогда не страшно»; «Состояние крайне тяжелое, прогнозов никаких»; «Нет особого смысла к этому ребенку привязываться». Хотелось бы отметить, что сейчас речь идет о первой беседе с матерью, чаще всего в первые часы жизни ребенка, до проведения основных обследований. Очевидно, что к общему стрессовому состоянию присоединяются ятрогении.

При этом все женщины после перевода ребенка из реанимации роддома в детскую реанимацию или детскую больницу (по показаниям) благодарны врачам «за то, что спасли». На основании этого можно предположить, что с медицинской точки зрения врачи реанимации полностью выполнили свою работу, а основные сложности связаны именно с психологической составляющей их работы (общение с людьми, находящимися в неадекватном эмоциональном состоянии). И именно эта составляющая недостаточно учтена в подготовке врачей детской реанимации первого звена (врачей родильных домов).

Внешний вид ребенка. Наибольшая выраженность страха за жизнь ребенка возникала в момент, когда мать впервые видела ребенка в реанимации. Недоношенные дети в первые дни и недели жизни сильно отличаются от доношенных и выглядят достаточно пугающе (особенно глубоко недоношенные дети). Дополнительный отталкивающий фактор – трубки искусственной вентиляции легких, катетеры, провода и другое оборудование, обеспечивающее жизнь ребенку. Неподготовленная мать при первом взгляде пугалась внешнего вида ребенка, а затем возникало чувство сильной жалости (78% матерей отмечали этот факт). Такая реакция значительно ухудшала эмоциональное состояние женщин, порождая, кроме страха за жизнь ребенка, еще и чувство вины (теперь уже перед ребенком) и усиливая ощущение собственной неполноценности. Среди женщин 42% отмечали чувство стыда за свою первую реакцию на ребенка («Она (дочка) от меня уйдет, она поняла, что я ее боюсь», «Страшненькая, и жалко ее и себя жалко; плохая я мать, поделом мне»).

Возможно, минимальная подготовка матери и информирование ее об особенностях внешнего вида недоношенных и назначении медицинских приборов могли бы избавить женщин от подобных потрясений и страданий. Кроме того, поддержка эмоциональных реакций женщин на первом этапе знакомства, выделение профессионалом положительных значимых характеристик могло бы стратегически повлиять на материнскую позицию женщин с преждевременными родами.

Общение с медицинским персоналом роддома. Кроме врачей-реаниматологов женщинам приходится сталкиваться с другими сотрудниками роддома (врачи-гинекологи, акушерки, санитарки, уборщицы). И в отличие от общения с соседками по палате, у женщин нет возможности игнорировать это общение (общение с медицинским персоналом необходимо в ходе выполнения различных процедур и медицинских назначений). Здесь женщины отмечали следующие болезненные для себя моменты:

- наиболее болезненным для преждевременно родивших являлось высказывание жалости, которое особенно часто звучало от низшего медицинского персонала: «А терпела-то сколько, болезная», «Небошь, уже и все вещи купили... продать-то можно?», «Муж домой примет обратно одну или как?»;
- также болезненными являлись рассказы об историях преждевременных родов с трагическим окончанием. Среди женщин нашей выборки 78% сообщали, что такие рассказы звучали в их присутствии;

- достаточно часто от медицинского персонала женщины слышали формулировку типа «Пусть лучше сейчас отмучается, чем ты его, инвалида, потом будешь всю жизнь на себе тащить» (63% женщин сообщили об этом факте), либо было сделано предложение отказаться от ребенка (23 женщинам из 42 было озвучено такое предложение) с аргументацией «Зачем на себя такую обузу вешать?».

Следует отметить, что основным поддерживающим лицом из врачей для женщин в первые дни после преждевременных родов оказывались врачи, принимавшие у них роды (68% женщин отмечали это). Именно врачи-гинекологи интересовались состоянием малыша («как живого», «как будто он есть»), рассказывали о том, какой он сильный («закричал сам», «видно, что старался»), делились счастливыми историями своих пациенток.

Общение с родственниками и знакомыми. Большинство мам отмечают, что не желали сообщать о преждевременном рождении своим друзьям и родственникам (кроме самых близких), опасаясь пугающих вопросов. При этом их очень задевало, если муж сам, без согласования, решал скрыть информацию о рождении ребенка (им казалось, что муж боится (или стесняется) рассказывать об этом). Наиболее часто мамы предпочитали (если была возможность) выбрать одно доверенное лицо (чаще всего мужа (36%), маму (21%) или подругу (11%)), которым сообщалась информация о состоянии здоровья ребенка. Если маме самой приходилось многократно сообщать новости всем заинтересованным лицам, то в эмоциональном состоянии возникали чувства раздражения, агрессии, дисфории.

Для снижения интенсивности страха за жизнь и здоровье ребенка большинство матерей выбирали следующие варианты поведения:

- уход от взаимодействия и общения. В этом случае матери не стремились взаимодействовать с врачами-реаниматологами, не узнавали информацию о ребенке, редко посещали его, часто показывали, что их физическое состояние более тяжелое, чем в реальности. Избегали общения с родственниками, стремились к одиночеству и тишине;
- напротив, проявляли максимальную активность в получении информации и доступа к ребенку. При таком варианте поведения матери стремились постоянно находиться возле кувеза малыша, искали общения с врачами и медсестрами, а все свободное время проводили в поисках информации (чаще в интернете). При такой стратегии матери были склонны обсуждать с близкими состояние ребенка, стремились (до навязчивости) делиться подробностями бесед с врачом и т.д.

У большинства матерей наблюдалась смешанная стратегия: либо избегание общения с близкими, но при этом повышенная активность в общении с врачами и поиском информации; либо активное общение с родными, но избегание реанимационных помещений.

Еще одним максимально значимым способом снижения страха за жизнь ребенка явилось погружение в религию. 96% женщин сообщили, что молились о здоровье малыша, причем подобные действия занимали значительную часть

времени и становились ритуализированными (до 6 часов в день по определенным канонам). Также были просьбы к близким о посещении значимых религиозных святынь, заказе молебнов в храмах и т.д. Во всех больницах было разрешено приглашать священников для обряда крещения младенца и 84% родителей окрестили младенца в первые три дня жизни. По словам матерей, это принесло им значительное облегчение. При этом далеко не все матери из тех, кто обратился к религии, обращались к священнослужителям, служащим в храмах при роддомах (в 29 роддомах из 42 такие возможности были): всего 8 женщин обратились за поддержкой к служителю церкви. Это может свидетельствовать о неготовности к раскрытию своих эмоциональных переживаний и систематическому общению, что является одним из показателей острой реакции на стресс.

Наиболее эффективной в преодолении страха за жизнь ребенка оказалась активная стратегия (в противоположность чувству неполноценности, где эффективна была стратегия избегания).

Третья значимая эмоция в симптомокомплексе переживаний матери после преждевременных родов – чувство беспомощности. Это чувство возникает примерно на вторые-третьи сутки после рождения ребенка, когда мама уже физически несколько окрепла и у нее появляется стремление к активности. Чувство беспомощности описывается женщинами следующим образом: «Хожу вокруг кувеза, хочется себе всю боль забрать, а ничего сделать не могу», «Понимаю, что все идет не так, а помощи от меня – ноль», «Смотрю на разбитого горем мужа, а сказать нечего, утешить нечем», «Ночью совсем тяжело – малышка далеко, ничего сделать нельзя», «Даже потрогать не дают, хоть бы за пальчик подержаться».

Невозможность каким-либо образом повлиять на ситуацию (жизненно значимую ситуацию) оказывает очень негативное влияние на эмоциональное состояние женщины, усугубляя и ее чувство неполноценности и страх за жизнь ребенка. Усиливает это переживание наблюдение за «благополучными» матерями, родившими своих детей в срок и ухаживающими за ними.

Для снижения чувства беспомощности женщины стремятся к поиску информации, общению на форумах, где они находят поддержку и опыт уже переживших это. Наиболее эффективным способом преодоления чувства беспомощности и невозможности как-то повлиять на ситуацию является сохранение лактации: «Молоко будет, значит будет кому его давать». Однако, несмотря на декларируемое медицинским персоналом максимальное поддержание грудного вскармливания, всего шести женщинам (14%) была предложена активная помощь в становлении и сохранении лактации, а 12 женщин (28%) самостоятельно решали задачу сохранения грудного молока. Всем матерям глубоко недоношенных детей (с 4-й и 3-й степенью недоношенности) было предложено медикаментозно подавить лактацию с формулировкой «Нет смысла себя утруждать, молоко еще долго не понадобится». Такая стратегия в роддомах достаточно негативно сказывается как на эмоциональном состоянии матери, так и, главное, на здоровье недоношенных детей, для которых важность грудного вскармливания сложно переоценить как в физиологическом, так и в психологическом плане.

Таким образом, можно смоделировать содержание симптомокомплекса эмоциональных переживаний матерей недоношенных детей в первые дни после

родов в следующей динамике (если принять 10 баллов как максимальную выраженность).

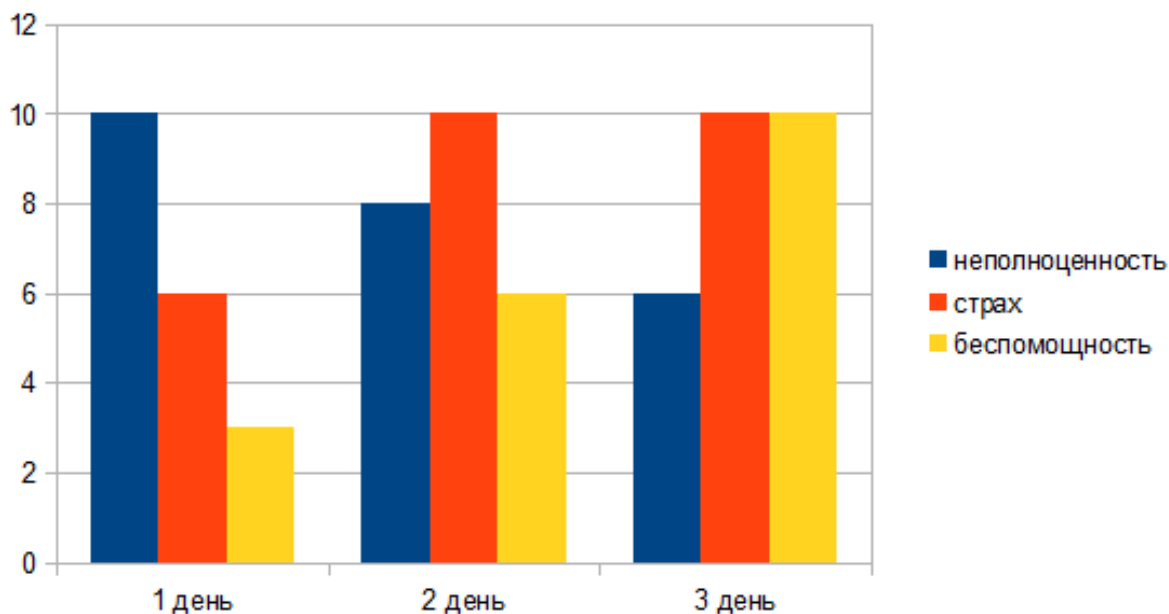


Рис. Динамика составляющих комплекса переживаний женщин в первые дни после преждевременных родов (модель)

Основными факторами, утяжеляющими эмоциональное состояние женщин, являются, в первую очередь, неготовность медицинского персонала и близких к взаимодействию с женщиной, пережившей преждевременные роды.

Помощь в данном взаимодействии, информирование об особенностях переживаний и реакций с учетом специфического стрессора – задача клинического психолога, работающего в системе сопровождения беременности и родов (в частности, в родильных домах). Такая работа позволит в значительной степени преодолеть сложности в диаде «мать – дитя», возникающие в результате преждевременных родов, а, следовательно, и улучшить прогноз развития недоношенного ребенка.

Литература

1. Ворошнина О.Р. Психическое развитие преждевременно родившихся детей младенческого возраста: теоретические и прикладные аспекты, Пермь, 2011

2. *Куфтяк Е.В.* Преждевременные роды и женщина: социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства. 2005. № 2.
3. *Пайнз Д.* Беременность и материнство: взаимодействие фантазий и реальности. СПб., 1995.
4. *Филиппова Г. Г.* Психология материнства. М., 2002
5. *Шаховский В.И.* Терапевтическая функция языка как проблема эколингвистики [Электронный ресурс] / В.И. Шаховский, Н.Г. Солодовникова. Режим доступа : http://tverlingua.ru/archive/015/3_15.pdf.
6. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития // Коллективная монография под ред. Мухамедрахимова Р.Ж. СПб., 2008.
7. *González R.* Пренатальное назначение прогестерона для предупреждения преждевременных родов среди женщин, угрожаемых по преждевременным родам Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 декабря 2009 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ, Женева: Всемирная организация здравоохранения.
8. *Wolke D.* Psychological development of prematurely born children / Archives of Disease Childhood, 2011

Woman after the premature birth of the child: emotional distress

E. V. Ponevazh, Ph.D., lecturer, Moscow state pedagogical university, ponevazh@yandex.ru

The aim is to study the features of the emotional experiences of women in the first days after premature birth (26 to 34 weeks of gestation). Here are presented the results of analysis of state, experiences and fears self-descriptions of women immediately postpartum. Author analyze the prevailing emotion, expression, social factors affecting the severity experienced by states and coping strategies with these emotions. Significant triad of reactive states, including the feelings of worthlessness and guilt; acute fear for the lives and health of the child, a sense of helplessness been found. Also author highlighted the dynamics of these emotional reactions in the first days after birth. Factors of the social environment that affect the intensity of the manifestations of negative emotions, including the behavior of medical staff and immediate family been described. Article outlines key strategies of mother in order to reduce the adverse conditions, such as an exit strategy, information retrieval and cognitive activity; help to surrounding people. The analysis of the effectiveness of the identified strategies also been held.

Keywords: premature birth, emotional state of mother, guilt, fear and helplessness, doctors' behavior.

Literature

1. Voroshnina O.R. *Psichicheskoe razvitie prejdrevremenno rodivshihsyia detei mladencheskogo vozrasta: teoreticheskie i prikladnye aspekty*, Perm', 2011
2. Kuftyak E.V. *Prejdrevremennye rody i jenschina: social'no-psihologicheskie aspekty // Perinatal'naya psihologiya i psihologiya roditel'stva*. 2005. № 2.
3. Painz D. *Beremennost' i materinstvo: vzaimodeistvie fantazii i real'nosti*. SPb., 1995.
4. Filippova G.G. *Psihologiya materinstva*. M., 2002
5. Shahovskii V.I. *Terapevticheskaya funkciya yazyka kak problema ekolingvistiki [Elektronnyi resurs] / V.I. Shahovskii, N.G. Solodovnikova*. Rejim dostupa : http://tverlingua.ru/archive/015/3_15.pdf.
6. *Emocii i otnosheniya cheloveka na rannih etapah razvitiya // Kollektivnaya monografiya pod red. Muhamedrahimova R.J.* SPb., 2008.
7. González R. *Prenatal'noe naznachenie progesterona dlya preduprejdeniya prejdrevremennyh rodov sredi jenschin, ugrojaemyh po prejdrevremennym rodam* Kommentarii BRZ (poslednyaya redakciya: 1 dekabrya 2009 g.). Biblioteka reprodukativnogo zdorov'ya VOZ, Jeneva: Vsemirnaya organizaciya zdravoohraneniya.

8. *Wolke D.* Psychological development of prematurely born children / Archives of Disease Childhood, 2011