

здоровьем, из-за которой ее категорически не должны были выписывать. Некоторые дети сами требовали от матерей, чтобы их положили в больницу.

Было проведено нейро- и патопсихологическое обследование детей, и особенности детско-родительских отношений. Психологическое исследование детей выявило разнообразную картину патопсихологических синдромов, соответствующих задержанному, дисгармоническому и искаженному психическому развитию (В.В.Лебединский 1985). Следует отметить, что у большинства детей наблюдалось легкое недоразвитие пространственного восприятия, и в целом, дети имели общий невысокий уровень развития. Практически у всех детей отмечалась неразвитость мотивационной сферы, узкий круг интересов, некоторое уплощение эмоциональной сферы. Нейрофизиологические пробы выявляли нарушения процесса латерализации, зрительного восприятия и переработки информации со слабостью правополушарных, реже левополушарных функций.

Оценивая в целом психическое состояние группы наблюдавшихся детей, можно заключить, что оно соответствует дизонтогенетическому с преобладанием почти у половины из них шизотипальных стигм, и практически у всех парциальным недоразвитием формирования сенсорной и эмоционально-волевой сфер. При разнообразных нарушениях психического развития детей во всех случаях сходной является картина детско-родительских отношений. Выявляется наличие недостатка внимания и заботы со стороны родителей, нежелание заниматься его психологическими проблемами и наличием высоких требований к результатам его деятельности. По сути, характер детско-родительских и, особенно, детско-материнских отношений, приближается к т.н. «социальному сиротству» и может быть рассмотрено в рамках эмоционально депривации.

Литература

1. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение.- Медицина, Москва, 1977.- С.25-57.
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков.- Медицина, Москва, 1988.- С.27-33.
3. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении Автореферат дисс. на соиск . уч степени доктора мед наук. М. 1995
4. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Роль фактора среды в индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста. - В кн.: Психогигиена детей и подростков.- М, 1985.- С. 66-91.
5. Козловская Г.В., Проселкова М.Е., Калинина М.А., Марголина И.А., Платонова Н.В. Психическая депривация как патогенный фактор в раннем онтогенезе./ Психиатрия, 2005, 6.- 18-24.

Масленникова Е. С.

Реабилитация родителей детей, рождённых маловесными

Россия 1 января 1993 года присоединилась к странам, выполняющим рекомендации Всемирной организации здравоохранения: считать младенцев жизнеспособными, если они появились на свет не ранее 22-й полной недели и масса их тела достигла 500 г. За прошедшие с этого времени годы, выработаны технологии, накоплен большой опыт и практические знания по реабилитации таких детей. К 22 неделе

гестации, основные системы жизнедеятельности уже заложены и могут функционировать, но все органы малыша ещё нуждаются в дополнительном времени для подготовки к внеутробному существованию. Сегодня при своевременной и полноценной реабилитации появилась возможность прогнозировать благоприятный путь восстановления и дальнейшего развития. Существует три этапа выхаживания таких детей: детская реанимация, здесь дети находятся в специальных кувезах – инкубаторах, где поддерживается постоянная температура и влажность воздуха, регулируется питание и дыхание. Когда ребенок сможет самостоятельно дышать, начинается второй этап выхаживания, который обычно проводится в отделении интенсивной терапии новорожденных в специализированных детских стационарах, где малыш будет находиться до тех пор, пока не начнёт самостоятельно поддерживать температуру тела и сможет обходиться без дополнительной подачи кислорода. После стабилизации состояния малыша выписывают под наблюдение участковых специалистов в поликлинике. В процессе реабилитации осуществляется мультидисциплинарный принцип оказания помощи семье и ребёнку, важны такие специалисты как: педиатр, кардиолог, офтальмолог, хирург - ортопед, нейропсихолог, невропатолог, психолог. В отличие от хорошо отработанного медицинского сопровождения такого малыша, психологическая помощь ему и родителям находится на этапе формирования основных принципов и подходов.

Цель данной статьи состоит в том, чтобы рассмотреть различные методы психологической помощи семьям с детьми, рожденными маловесными. Актуальность данного направления исследования неоспорима: семья выступает как необходимое условие гармоничного психического и личностного развития ребенка, поэтому необходимо реабилитацию вести по трём основным направлениям. Первое: постоянное медицинское сопровождение малыша, необходимо активизировать развитие всех высших психических функций. Второе направление: психологическая поддержка семьи – формирование надёжных связей: мама, папа, малыш, бабушки и дедушки, используя все ресурсы семьи в процессе реабилитации. Третье очень важное направление работы – это профилактика выгорания медицинского персонала при работе с такими семьями и малышами. Важно выяснить, что специфично для каждого периода реабилитации и какие условия позволят увеличить «+» и уменьшить «-» по всем трем направлениям, в сложившихся условиях.

В Клину по данным статистики рождается порядка 1 400 малышей в год, из них:

- Незрелых – 45 за 2011 г., 51 за 2012 г., (вес от 500 гр.)
- Недоношенных - 25 за 2011, 31 за 2012 г., (вес менее 2 500 гр.)

Мы видим, что цифры растут и возможности выхаживания таких детей, в современном мире, постоянно увеличиваются. В женской консультации Клинской городской больницы, возможно, пройти необходимые обследования до наступления беременности, проконсультироваться с психологом на семейной консультации. Дальше работа с беременными начинается уже сразу после постановки на учёт, назначается полное обследование, УЗИ, выясняются возможные зоны риска беременности. С первых дней беременности семья сопровождается психологом на индивидуальных консультациях или на «Школе будущих мам и пап». В России беременность сохраняется на всех неделях, в Клину работают стационары: в поликлинике женской консультации – дневной стационар, и роддоме - стационарное лечение в гинекологическом отделении до 22 недели

беременности и в дородовом отделении, где находятся на сохранении женщины после 22 недели беременности. Партнерские роды приветствуются и бесплатны. Такая семья обязательно проходит совместную подготовку к родам у психолога, в результате выясняются условия максимально благоприятные для нахождения мужа во время родов: на всех ли стадиях, только ли на схватках, или в специальной комнате, когда его пригласят уже после того как малыш родится. Данный подход сближает и поддерживает естественное желание семьи быть рядом друг с другом и малышом, запускается естественное материнство и отцовство по механизму импринтинга (физиологической синхронизации по сердцебиению и дыханию с малышом). В результате такой планомерной и высококвалифицированной работы, малыши, рождаюсь в нашем перинатальном центре, хорошо восстанавливаются.

Ещё в роддоме, а потом и в стационаре ведётся психологическая поддержка мам и семьи в целом, когда рождается малыш с малым весом. Врачи раскрывают особенности состояния такого малыша, осуществляется тщательный уход. Как правило, на данном этапе семья находится в стадии шока. Каждый из членов семьи решает для себя задачу по принятию сложившейся ситуации. Если такой малыш рождается у пары, которые легко переносили беременность, и ничего не предвещало осложнений, то рождение такого малыша для них серьёзное испытание, когда утрачивается иллюзия ожидаемого безоблачного будущего. Человек, проходит через 4 основных этапа:

- Шок, рассеянное внимание, эмоциональные срывы или внешнее безразличие; по длительности от нескольких часов, до нескольких недель,
- Протест, поиск причин и виновных, бесцельные метания, паника, нетерпеливость; по длительности от первых недель до трех месяцев. Именно поэтому у медицинского персонала, который сопровождает таких мам и малышей очень быстро может наступать профессиональное выгорание, часто именно врачей обвиняют в случившемся, хотя все в сложившейся ситуации переживают за малыша и маму и стараются помочь. Важна профилактика выгорания специалистов, работающих в сфере реабилитации семьи и детей, рожденных маловесными. В первую очередь психологам необходимо обратить внимание на индивидуальную работу по жизненно важным проблемам врачей, среднего медицинского персонала. Следует как можно лучше и эффективней наладить поддержку, на пятиминутках рассказывать о способах работы над собой, со своими состояниями.
- Дезорганизация, отсутствие цели, низкая самооценка, болезненное страдание и зависть к другим, апатия; по длительности от трех до шести месяцев.
- Перестройка и восстановление, обретение нового смысла жизни, стабилизация эмоционального состояния, поиск конструктивного решения при сложившейся ситуации; продолжительность данного этапа от трех месяцев до двух лет. [6]

Специалистам необходимо помочь семье пройти все 4 этапа в сжатые сроки, чтобы уже конструктивно, вместе решать задачи по восстановлению малыша.

Рассмотрим третий этап работы с малышами, рожденными маловесными, сопровождение семьи и малыша в поликлинике с момента выписки и до трёх лет. Такой малыш требует внимательного сопровождения со стороны специалистов. Исключительное значение для дальнейшего развития детей имеет установление надёжных, принимаемых отношение в диаде «Мама + малыш». А уж потом в контакте с мамой создаются условия по формированию пространственного образа «Я» ребёнка в границах своего тела. Для этого в «Школе мам и пап - развитие детей от рождения до трех лет» проводятся индивидуальные и групповые занятия для таких семей. В основу положен нейропсихологический подход.[5] Тактильно- кинестетические, образно – жестовые игры помогают малышам пережить опыт собственных движений, телесного равновесия и тактильных ощущений. В свою очередь это способствует гармоничному развитию всех психических функций: внимания, восприятия, памяти, речи, мышления, воображения. [7]

Работа построена следующим образом:

1. Первая консультация мам в стационаре.
2. После выписки выезд на дом педиатра и психолога, рекомендации по уходу и развитию таких малышей.
3. Сопровождение в «Центре здоровья» в поликлинике, раз в две недели развивающие – коррекционные занятия с педиатром и нейропсихологом, обследования необходимых специалистов.

Более подробно разберем психологическое сопровождение семьи в данный период. Рождение ребенка это всегда кризис отношений, который связан с реорганизацией семьи для выполнения новых задач: согласование личных и семейных целей, принятие женщиной материнства и мужчиной отцовства, отношение к ребенку внутри себя, отношение к окружающему миру.

Рассмотрим 4 сферы жизни человека, по Носсарату Пезешкиану создателю позитивной психотерапии: здоровье (тело), духовность (мудрость), деятельность (работа), контакты (друзья, семья). Если распределить 100% обыкновенной занятости гармоничного, здорового человека, то получим по 25% в каждой из этих сфер. Во время ожидания малыша, при нормальном формировании материнства у женщины и отцовства у мужчины все эти сферы рассматриваются в интересах будущего изменения в семье и появления малыша. У женщины, хотя эмоции при оптимальном типе материнства биполярны, но доля тревоги невелика, женщина относится к своей беременности ответственно: карьера отходит на второй план, забота о своем здоровье как о месте «где растёт мой малыш», отношения с мужем становятся более нежными, в сознании идет переориентировка на роль матери. [8] У мужчин происходит так же перестройка ценностей. Такая семья, при рождении маловесного малыша на раннем сроке, помощь со стороны медперсонала, психолога воспринимает адекватно, дальнейшая реабилитация проходит продуктивней и легче со всех сторон.

Рассмотрим основные мишени психологической помощи в работе с папами и мамами, у которых недостаточно ресурсов для совладания со сложившейся ситуацией:

- Личностный ресурс (личностная незрелость, отцовство и материнство занимают низкие позиции в иерархии ценностей, деструктивные мотивы рождения ребенка, отсутствие личностных качеств - таких как открытость и эмпатия);

- Эмоциональный (нет контроля над своими эмоциями, лабильность, неприемлемость всего диапазона эмоциональных реакций, запрет на страх, гнев и т.д., неадекватность мимики);
- Когнитивный (низкие интеллектуальные способности и нет готовности учиться, отсутствие знаний об уходе за ребенком, его развитии);
- Операциональный (нет сформированных навыков по уходу за детьми);
- Психофизиологический (низкая стрессоустойчивость, особенности нездоровья организма матери или отца, астенизация, переутомление)[2]

В результате выявленных особенностей следует составить план по психологическому сопровождению семьи, в том числе с привлечением всех ресурсов семьи, по возможности подключая бабушек и дедушек и поиск конструктивных способов поддержки и взаимодействия.

По результатам двухлетней работы с семейными парами можно говорить о параметрах гармоничной семейной системы[3], когда реабилитация проходит продуктивно и легко, включающей:

1. ОН=ОНА В основе всего лежит взаимопонимание и поддержка.
2. ДОМ – пространство любви, всё в доме организуется для создания безопасной развивающей среды малыша и удобства мамы и папы.
3. ДЕТИ – когда пара разобралась с собственными чувствами, устроила жизнь и захотела детей, как правило, дети рождаются во время, психологически и физически здоровы, так как у них крепкий тыл. Если же родился малыш до срока, то его реабилитация успешна. Важно любить и учитывать интересы всех детей в семье.
4. РОДИТЕЛИ – его и её находятся на равном приближении и удалении от семьи. Родители (бабушки и дедушки) одинаково любимы и нужны. Задача пары принимать решения самостоятельно и стараться договариваться с родителями и не позволять влиять деструктивно на свою семью и детей. При гармоничном развитии семьи, родители являются первыми помощниками, имея знания, опыт они могут помочь в любой сложный период для семьи.
5. РАБОТА – работа нужна и важна именно в 5 очередь, так как материальные блага по законам жизни нужны для поддержания семьи, детей, счастливой старости их родителей, тогда и работать можно по 12 часов в сутки, но при этом строго соблюдая расстановку приоритетов.

На сегодняшний день, очень много семей разрушается в погоне за большими деньгами, родители забывают о детях, о внуках тем самым упуская важные моменты взросления и закладки всех ценностей и мотивов, которые будут руководить их детьми, внуками.

И наконец, буфером, который воспринимает и амортизирует силу воздействия на человека и его семью со стороны различных жизненных потрясений является:

6 – ХОББИ:

- домашние животные, часто бывает, что любимое животное является важнее или наравне с детьми, что не приемлемо. В результате животным позволено соперничать с детьми;
- декор – многие женщины, занимаются дизайном, маникюром и т.д., в ущерб семье.
- друзья – у каждого нашего друга есть своя жизнь полностью наполненная переживаниями.
- Спорт, рыбалка, баня всё это приятно и необходимо, если налажен быт, в семье всё хорошо, не замечая одно другим.

Такая ситуация как рождение маловесного ребенка уже является своего рода испытанием для любой семьи, а если приоритеты нарушены, то становится очень тяжело наладить грамотную реабилитацию малыша. В этой ситуации необходимо работать с семьей и если возможно, привлекать конструктивную помощь бабушек и дедушек с обеих сторон.

Существует много подходов в психологии для решения поставленной задачи. В связи с реабилитацией детей рожденных маловесными интересен подход клинической психологии. Рассмотрим возрастное онтогенетическое психическое развитие детей период от рождения до трех лет. Важно в комплексе учитывать все основные линии развития: сенсорное, психомоторное, речевое, эмоциональное, когнитивное, психосексуальное, личностное развитие. Так же необходимо помнить: что существуют этапы развития и переход с этапа на этап проходит через кризис, а так же и то, что часто идет несовпадение во времени развития отдельных психических процессов[1]. Рассмотрим периодизацию профессора кафедры клинической психологии МГППУ Вострокнутова Николая Васильевича.

Возрастное психическое развитие - младенческий период, сенсорная стадия, интенциональная фаза (0-3 мес.)

- Симбиотическая связь: «мать-дитя»
 - Ведущее отношение: «Я - окружающий мир»;
- Ведущее восприятие - внешнее (зрение, слух, обоняние, собственное тело с выделением «Я» из окружающего пространства); активное освоение внешнего пространства через взаимодействие с окружающим миром через органы чувств и моторную активность
- Основная психобиологическая задача – интеграция сенсорного, вегетативного, моторного компонентов в целостное реагирование организма, установление цикличности (день-ночь)
 - Основное чувство и орган его «канализации»: чувство тепла, покоя, защищенности; основной орган - кожа, телесные ощущения; основной конфликт - первичное доверие против первичного недоверия (Э. Эриксон), коммуникативная функция – дыхание;
 - Ведущее нарушение: отсутствие покоя, защищенности, эмоциональная, сенсорная депривация с ограничением телесных контактов
 - Закладающиеся основные нарушения: шизоидная структура реагирования (невротическая, акцентуированная личность);

Психосоматическое реагирование – бронхиальная астма, кожные расстройства

1. Младенческий период (0-3 мес.) – шизоидная структура реагирования

- Причины возможных нарушений:
- Тяжелая болезнь, смерть матери («потеря объекта»);
- Враждебное отношение, неприятие ребенка со стороны матери;
 - Частая смена места пребывания, длительное пребывание в больнице, детских учреждениях;
 - Шизоидная структура реагирования: первичное недоверие; сильная потребность в независимости, стремление к самоудовлетворению; утверждение собственного мнения; обидчивость при несогласии; дистанцированность, холодность в отношениях; способность к наблюдению, отстраненной объективности; отсутствие чувствительности, сентиментальности; недостаток интимности, страх перед сближением;
 - Защитные механизмы: изоляция, рационализация, регрессия, проекция, отрицание, расщепление

Возрастное психическое развитие: период раннего детства (оральная фаза) (3 мес.-1.0-1,5 года)

- Ключевая связь - симбиотическая: «мать-дитя» + другие эмоционально-значимые взрослые
- Ведущее отношение: «Я-ТЫ - мир матери»;
 - ведущие процессы развития – сенсорно-моторные с формированием активных, произвольных движений - выделение «Я» из окружающего пространства путем активного психомоторного освоения пространства;
 - Основное чувство и орган его «канализации»: коммуникативная функция – прием пищи; ребенок чувствует, что его принимают, ощущает удовлетворение, если получает достаточно пищи; основной орган – рот, движение – кусание, хватание, схватывание;
- Основной конфликт – близость против разлуки (Э.Эриксон);
- Закладающиеся основные нарушения:
 - депрессивная структура реагирования (невротическая, акцентуированная, аномально – личностная депрессивная структура);
 - психосоматическое реагирование – нарушения глотания, гастрит, язва, неспецифический колит и суставные расстройства (артриты, артралгии); разрешение конфликтов через пищевое поведение (анорексия -булимия)

2. Период раннего детства (от 3-х мес. до 1.0 -1.5 лет) – зависимая, депрессивная структура реагирования

Причины нарушений:

- Воспитание (установка на чистоту) дается слишком рано или строго
- Фрустрация матери, выполняющей свои обязанности из чувства долга;
- Неприятие ребенка со стороны матери;
- Возложение на ребенка ответственности

Депрессивная структура реагирования: ограниченность влечений, окрашивание восприятия в серые тона, стремление к уединению, компенсаторные формы фантазирования; преданность как самоотдача, страх лишиться любви объекта, привязанность в эмоциональных отношениях; альтруистические установки, готовность к проявлению заботы, умение терпеливо ждать.

Возрастное психическое развитие:

период раннего детства

(1.0-1,5 г. – 2,5 – 3 года)

- Ключевая связь – преодоление симбиоза с матерью, социальная система: «Я – Мать – Отец – другие эмоционально значимые взрослые – прародители - Семья»

- Ведущее отношение: «Я – Сам» (выделение себя из окружающего мира как «Я» личное)

Ведущие процессы развития: речевые с формированием произвольного поведения; выделение «Я» из окружающего пространства путем активного психомоторного освоения пространства, формирование эмоционально-личностного отношения;

- Основное чувство и орган его «канализации»: коммуникативная функция – речь и значимое действие; основной психосоциальный вектор - формирование «Я» - движение и достижение успеха,

- овладение предметом – речь как слово; окружающие предметы - ложка, одежда, игрушка с освоением и использованием их социального значения;

- овладение телом – сфинктеры и овладение функцией удержания;

- Ведущие модели поведения:

- отдавать/дарить - отказывать/удерживать

- давать волю - владеть собой (первичные реакции активного - пассивного протеста 2,5-3-х лет)

- формирование навыков опрятности - энурез, энкопрез

- Основной конфликт – автономия, самостоятельность против неуверенности, отказа, сомнений, стыда (Э.Эриксон)

- Закладывающиеся основные нарушения:

- навязчивая структура реагирования (невротическая; акцентуированная, аномально – личностная, обсессивно-компульсивная структура);

- психосоматическое реагирование – желудочно-кишечные расстройства – запор, диарея, язвенный колит; вагинизм, психогенная импотенция; нарушения опорно-двигательного аппарата

3. Период раннего детства (от 1.0 -1.5 лет до 3-х лет) – обсессивно-компульсивная структура реагирования

- Причины нарушений:

- Воспитание (установка на чистоту) дается слишком рано или строго

- Фрустрация матери, выполняющей свои обязанности из чувства долга;

- Неприятие ребенка со стороны матери; возложение на ребенка ответственности

- Обсессивная структура реагирования: изоляция, привязанность к конкретному; отсутствие спонтанности; потребность в причинном объяснении, эмоциональное оскудение, страх перед переменами, перед отдачей, недоверчивость; склонность к обеспечению собственной безопасности, установка на стабильность, обязательность, обдуманность действий; игнорирование всего живого, спонтанного; склонность к абсолютному, постоянно значимому, приверженность ритуалам.

- Защитные механизмы: рационализация, отмена сделанного, формирование реакций, смещение на малозначительное.

Выше изложенные данные необходимо учитывать при работе с семьей, вести просветительские занятия по данной теме.

Таким образом, на практике хорошо видна проблема психологической неготовности родителей сразу конструктивно и с пониманием особенностей малыша включаться в реабилитацию. Очень много деструктивных эмоций: самообвинения, выяснений отношений, поиск виноватого, неверное представление об особенностях таких детей. Благоприятное время упускается и в результате только к году семья начинает серьезно понимать проблемы ребёнка, хотя ещё до года возможно разрешить многие ситуации со здоровьем. Часто семья видит выход из сложившегося положения – это рождение ещё одного уже здорового малыша, когда все силы и эмоции членов семьи уходят к нему, а ребенок со сложностями в развитии попадает в условия депривации, недостаточные для его полной реабилитации. Или наоборот старший, здоровый ребенок, воспринимается семьей как взрослый, благополучный и полностью привлекается к заботе о малыше, и его интересы отходят на второй план. Поэтому, мы видим как необходимы и актуальны, рассмотренные направления психологической работы с родителями детей, рождённых маловесными на самых ранних этапах реабилитации.

Литература

1. Вострокнутов Н.В. Лекции по клинической психологии. - М, 2010 г
2. Ланцбург М.Е. Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций. // Психологическая наука и образование. 2011, №1, с. 15-26
3. Некрасов А. Материнская любовь. - М, 2003
4. Олифинович Н.И., Зинкевич – Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь. М: 2005 г.
5. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М: 2005
6. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя. Журнал практической психологии и психоанализа. 2001, №1
7. Смирнова Е.О., Абдулаева Е.А. Условия становления пространственного образа «Я» в раннем возрасте как первой формы самосознания. Статья.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб., 2003

Кремнева Л.Ф.

Нарушения материнского поведения и его последствия для психического здоровья детей

Процесс развития определяется не ребенком, а обществом, при этом центральной фигурой для ребенка младенческого возраста является мать, а в последующие годы невозможно переоценить роль семьи. В числе основных факторов среды, в последние десятилетия неблагоприятно влияющих на нормальное психическое развитие ребенка, следует отметить разрушение культуры семьи и потерю навыков материнского поведения, поэтому задачи возрождения и воспитания семейных традиций, сохранения преемственности национальной культуры семейного воспитания становятся чрезвычайно актуальными (Батуев А.С. 1999, Попцова Е.В. 1995, Крячко А.В. 2011).