

Особенности переживания матерью ситуации госпитализации новорожденного в связи с гипоксическим поражением центральной нервной системы*

И. И. Мамайчук, Ю. М. Миланич

Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

Для цитирования: *Мамайчук И. И., Миланич Ю. М.* Особенности переживания матерью ситуации госпитализации новорожденного в связи с гипоксическим поражением центральной нервной системы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2021. Т. 11. Вып. 1. С. 89–102. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.106>

Исследования показывают, что матери новорожденных с патологией центральной нервной системы (ЦНС) имеют более высокий риск дистресса и трудностей в формировании гармоничного отношения к ребенку в сравнении с матерями здоровых детей. Для оказания психологической помощи необходимо понять, какие конкретно аспекты опыта родители считают стрессовыми, и какие — позитивными, помогающими совладать со стрессом. Цель исследования — изучить материнский опыт переживания ситуации госпитализации новорожденного с гипоксическим поражением ЦНС. В исследовании принимали участие 40 женщин, госпитализированных вместе с детьми на отделение патологии новорожденных: 22 матери доношенных детей с церебральной ишемией II и III степени, 18 матерей недоношенных (недоношенность от 29 до 34 недель) детей с церебральной ишемией II и III степени, внутрижелудочковыми кровоизлияниями II и III степени, сочетанным ишемическим и геморрагическим поражением ЦНС. Женщины отвечали на вопросы оригинального клинико-психологического интервью. Данные интервью подвергались качественной и количественной обработке. Описаны источники и содержание негативных и позитивных переживаний матерей в период госпитализации. Представлены данные о противоречивом характере сообщений рожениц о переживаниях: в ответах на прямые вопросы определяется преимущественно позитивный или амбивалентный фон, в то время как в ответе на проективный вопрос отражается преимущественно негативный фон. Показано, что при сочетании недоношенности и гипоксического поражения ЦНС у детей женщины имеют более негативный эмоциональный фон в сравнении с респондентами, родившими в срок. Сформулированы выводы о действии установки на социально-желательный ответ при описании опыта переживаний, о менее благополучном фоне переживаний у матерей преждевременно рожденных детей с патологией ЦНС.

Ключевые слова: матери, новорожденные, гипоксическое поражение центральной нервной системы, переживания, стрессоры, клинико-психологическое интервью

* Исследование поддержано грантом РФФИ, проект № 19-013-00450 А.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2021

Введение

Дети с последствиями перинатального гипоксического поражения ЦНС находятся в группе риска по формированию детского церебрального паралича, симптоматических эпилепсий и эпилептических синдромов раннего детского возраста, различных форм гидроцефалии, вариантов ретардации психического развития в виде умственной отсталости и ЗПР, речевых расстройств по типу дизартрии, сенсорной и моторной алалии, дефектов зрения и слуха, нарушений вегетативной автономной нервной системы, сопровождающихся эмоциональными и поведенческими расстройствами. Госпитализация и получение родителями информации о патологии новорожденного, представляющей угрозу жизни, несущей риск инвалидности и нарушений развития, являются, как правило, неожиданной стрессовой ситуацией. Она вызывает, безусловно, большее напряжение в сравнении с нормативным стрессом рождения здорового ребенка.

В литературе описан довольно широкий спектр стрессоров для родителей детей, госпитализированных на отделения неонатальной помощи [1–6]. Выделяют две группы стрессогенных факторов: интернальные (ограниченные условиями клиники) и экстернальные (выходящие за рамки клиники). К стрессорам первой группы относят: угрозу жизни и риск инвалидности ребенка, вынужденную сепарацию или ограничения контакта, невозможность взять на руки, не соответствующую идеальному представлению внешность и реакции грудничка, тревожные изменения в состоянии ребенка, недостаточную осведомленность о патологии и тактике лечения, вынужденную зависимость от медперсонала и неспособность ощущать ответственность за ребенка, непривычность больничной физической среды (свет, катетеры, звуки, исходящие от мониторов, аппаратов поддержки дыхания и тревожного оповещения, запахи лекарств). Экстернальные стрессоры — финансовые трудности, сложности контактов с супругом, проблемы выполнения домашней работы и заботы о старших детях во время пребывания в клинике.

Исследования показывают более высокий уровень дистресса родителей новорожденных, нуждающихся в неонатальной помощи: сниженный фон настроения, повышенную тревожность, чувство вины, переживания одиночества и безнадежности [1; 7; 8]. Отмечается повышенный риск послеродовой депрессии у матерей детей, преждевременно рожденных и получивших повреждение ЦНС [9; 10]. Показано, что различные перинатальные проблемы увеличивают вероятность симптомов острого и посттравматического стрессового расстройства у родителей [7; 11]. Описаны особые проявления дистресса в общении с ребенком: страх перед тактильным контактом, амбивалентность чувств, недостаточная глубина переживания ответственности и отчуждение по отношению к новорожденному, неправильная оценка поведенческих сигналов и восприятие его как «проблемного» [3; 4; 12–14].

В эмпирических исследованиях проявлений дистресса у данной категории родителей преимущественно используются самозаполняемые психометрические шкалы и анализируются количественные показатели. Результаты таких исследований расширяют наши представления о влиянии болезни и госпитализации детей на эмоциональное состояние матерей и отцов, свидетельствуют о распространенности депрессивных, тревожных и стрессовых расстройств. Однако они недоста-

точно отражают специфическое содержание опыта родителей, в частности не отвечают на вопрос, какие именно аспекты жизненной ситуации являются стрессовыми, а какие приносят позитивные эмоции и помогают справиться со стрессом. Кроме того, шкалы для скрининга дистресса предполагают исключительно прямые вопросы о наличии или выраженности негативных эмоциональных проявлений, что может повышать вероятность социально-желательных (свидетельствующих о благополучии) ответов. В то же время этот недостаток мог бы быть преодолен введением косвенных или проективных вопросов. Таким образом, востребован более детальный, качественный анализ переживания родителем ситуации госпитализации новорожденного. Наиболее адекватным такой задаче представляется клинико-психологическое интервью.

Более полно исследованы особенности психологического состояния родителей новорожденных с различной степенью недоношенности и низким весом при рождении. Значительно реже встречаются работы, в которых учитываются другие перинатальные проблемы. Остается недостаточно изученным вопрос о связи уровня дистресса родителя и тяжести состояния ребенка. Так, в литературе нет данных о специфике эмоционального состояния матерей детей с гипоксическим поражением ЦНС, родившихся в срок и преждевременно.

Очевидно, что родители новорожденных с патологией имеют объективную и субъективную потребность в психологической помощи. Вмешательство должно быть направлено на поиск адекватных стратегий совладания со стрессом, оптимизацию эмоционального состояния и гармонизацию отношения к ребенку. Для достижения этих целей необходимо детальное изучение родительского опыта переживания госпитализации, выявление его специфических особенностей при различном медицинском статусе новорожденных.

Цель данного исследования — изучение материнских переживаний ситуации госпитализации новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС с использованием клинико-психологического интервью. Были поставлены следующие задачи:

- 1) описать источники негативных и позитивных переживаний матерей в период госпитализации;
- 2) провести сравнительный анализ стрессоров и источников позитивных переживаний у матерей новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС, рожденных преждевременно и в срок;
- 3) определить преобладающий фон переживаний в двух группах.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие матери новорожденных с различным гестационным сроком и гипоксическими поражениями ЦНС. Дети были госпитализированы сразу после родов на отделение патологии новорожденных перинатального центра ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» и Ленинградской детской областной клинической больницы. Матери пребывали на отделении с детьми. Средний возраст — $28,4 \pm 6,7$ лет. 85 % женщин состояли в браке. Для 62,5 % матерей госпитализированные новорожденные были первенцами, вторыми детьми — для 32,5 %, третьим ребенком для 5 %.

Были выделены следующие группы:

- 1) матери новорожденных с недоношенностью второй (34–32 недели) и третьей (31–29 недель) степени с гипоксическим поражением ЦНС: церебральной ишемией II–III степени, внутрижелудочковыми кровоизлияниями II–III степени, сочетанным ишемическим и геморрагическим поражением ЦНС ($n = 18$);
- 2) матери доношенных новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС: церебральной ишемией II–III степени ($n = 22$).

Для изучения опыта женщин, пребывающих во время госпитализации с детьми на отделении неонатальной помощи, было разработано полуструктурированное клиничко-психологическое интервью. Полуструктурированная форма позволяет систематизировать сбор данных с одной стороны и гибко варьировать порядок тем, задавать уточняющие вопросы с учетом понимания и эмоционального состояния респондента, с другой. У матери необходимо получить согласие ответить на вопросы интервью и предоставить возможность завершить беседу в любой момент. Ответы записываются и подвергаются качественному и количественному анализу.

В интервьюировании используются закрытые и открытые вопросы, которые объединены в три блока.

- Первый блок предполагает знакомство и сбор общих биографических сведений.
- Второй блок предназначен для диагностики когнитивно-эмоционального компонента реагирования на ситуацию. Женщине предлагается дать собственную оценку состояния больного; описать наиболее волнующие проблемы и вспомнить о моментах, вызывающих положительные эмоции во время госпитализации; представить, что бы мог сказать сейчас ребенок матери, если бы мог говорить.
- Третий блок нацелен на оценку поведенческого компонента реагирования. Предлагается описать, что женщина делает, когда ребенок проснулся и бодрствует; насколько активно и из каких источников она узнает информацию о медицинском диагнозе и особенностях развития, готова ли осваивать навыки ухода и воспитания. Задаются также вопросы об источниках, субъективной оценке эффективности и готовности просить и принимать информационно-эмоциональную поддержку в данной жизненной ситуации.

В настоящем исследовании анализировались ответы на три вопроса второго блока интервью.

В первом вопросе респондентам предлагалось описать наиболее волнующие проблемы во время госпитализации: «Что Вас больше всего беспокоило с тех пор, как был(а) госпитализирован(а) ... (имя), и в какие моменты было особенно сложно/тревожно/тяжело?» При односложных негативных ответах (например, «Все плохо») мать побуждалась говорить более конкретно. При односложных позитивных ответах (например, «Сейчас уже все нормально») задавался вопрос: «Что особенно тревожило / было сложным / было тяжелым до улучшения состояния ... (имя) или

до получения хороших вестей?» Ответы анализировались с точки зрения содержания негативных переживаний и стресс-факторов, их вызывающих.

Во втором вопросе женщин просили вспомнить о моментах, вызывающих положительные эмоции: «Можете ли Вы вспомнить о каких-то моментах, когда Вы испытывали приятные эмоции с тех пор, как был(а) госпитализирован(а) ... (имя)?». При односложных, диагностически неясных ответах (например, «Не было таких моментов», «Если ребенок больной, как мне может быть приятно?») вопрос конкретизировался: «...когда Вам стало спокойнее / Вас что-то порадовало / Вы улыбнулись?» или «Какие хорошие моменты, пока Вы здесь, особенно запомнились, и Вы говорили о них с другими (мужем / родственниками / мамами на отделении)?». Ответы анализировались с точки зрения содержания позитивных переживаний и их источников.

Далее оценивалось соотношение упомянутых в ответах на первый и второй вопросы негативных и позитивных переживаний по следующей схеме:

- 1) преобладание негативного фона переживаний: акцент на источниках негативных эмоций;
- 2) амбивалентный фон переживаний: упоминаются с равной частотой источники как негативных, так и позитивных эмоций;
- 3) преобладание позитивного фона переживаний: акцент на источниках позитивных эмоций.

В третьем вопросе предлагалось представить гипотетическую ситуацию, в которой новорожденный разговаривает с матерью: «Как Вы думаете, если бы ... (имя) мог(ла) говорить, что первое он(а) сказал(а) бы Вам сейчас?» При диагностически неясном ответе задавался более конкретный вопрос: «Что он(а) чувствует прямо сейчас?» Представляется, что в проективном приписывании ребенку высказывания отражается преобладающий фон переживаний матери. Ответ на вопрос кодируется следующим образом:

- 1) преобладание негативного фона переживаний: слова ребенка отражают неприятные переживания, такие как боль, физический дискомфорт, страх, подавленность, гнев, обиду (например, «Мама, мне больно», «Мама, не уходи», «Мне плохо», «Мама, заведи меня домой», «Не трогайте меня», «Уберите трубки», «Мне здесь надоело», «Выключите свет», «Трудно дышать», «Мама, я борюсь», «Мама, не плачь»);
- 2) нейтральный или амбивалентный фон переживаний: слова ребенка не имеют четкой эмоциональной окраски (например, «Мама», «Ты моя мама», «Хочу есть», «Мама, покорми меня») или отражают переживания разных знаков («Мама, я тебя люблю, заведи меня отсюда»);
- 3) преобладание позитивного фона переживаний: слова ребенка отражают позитивные переживания, а именно спокойствие, удовлетворение, радость, надежду, гордость (например, «Ура, мама пришла!», «Я поправлюсь», «Мама, мы справимся», «Я хочу выздороветь», «У меня хорошая мама», «Мама, я тебя люблю», «Мама, все хорошо»).

Качественный анализ ответов проводился с помощью контент-анализа. Для количественной обработки данных использовался частотный анализ и критерий согласия Пирсона χ^2 (хи-квадрат).

Результаты и обсуждение

Анализ ответов на первый вопрос позволил выявить факторы, вызывающие следующие переживания: тревогу, страхи, подавленность, раздражение, чувство вины, обиду, сомнение, разочарование, одиночество. Был составлен список из 17 стрессоров. В перечень включались источники переживаний, которые упоминались двумя и более респондентами (от 5 % и более).

1. Болезнь новорожденного, необходимость лечения и возможные негативные последствия в будущем («Ребенок болен, он здесь. Это и тревожит больше всего»).
2. Получение сообщения от врача о диагнозе, тревожном состоянии ребенка.
3. Ожидание «плохих вестей» о состоянии ребенка («Все время ждешь, что что-то еще найдут», «С одним справились, и опять по новой — другую болячку нашли»).
4. Резкие ухудшения самочувствия, неприятные ощущения ребенка, которые связаны с болезнью, лечебными и диагностическими процедурами, получением питания неестественным способом (например, упоминаются эпизоды остановки дыхания, резкого изменения цвета кожного покрова, боли).
5. Невозможность помочь ребенку, ощущение беспомощности и бесполезности («Ты ничего не можешь сделать», «Я могу только молиться Аллаху»).
6. Сомнения в полноте и своевременности диагностики и лечения ребенка.
7. Сепарация ребенка от родителей в связи с пребыванием на отделении интенсивной терапии и его переживания («Он без меня, один в чужом мире», «Ему страшно», «Никто не успокоит», «Никто не даст тепла»).
8. Социально-психологические условия отделения: невозможность остаться одной, необходимость подчиняться не своему режиму, вынужденные контакты с родителями и новорожденными.
9. Недостаток эмпатии со стороны медиков, «формальный» характер общения, в котором женщину направляют, критикуют, стыдят.
10. Невозможность заботиться о сиблингах и выполнять домашнюю работу.
11. Физические условия отделения (отсутствие тишины, яркий свет, неприятные запахи, зрительные и слуховые сигналы аппаратуры).
12. Несоответствие внешнего облика и реакций новорожденного образу здорового младенца («Плохо реагирует», «Я говорю, а он сразу засыпает», «Ручки как веревочки», «Не смотрит», «Еще ничего не может», «Даю грудь, не сосет», «Она не слышит — что я ей буду говорить?»).
13. Невозможность полностью выполнять родительскую роль («Мы здесь как не родители вовсе», «Мне что говорят, то я и делаю», «Ребенок как не мой», «Я еще себя матерью-то не ощущаю», «Она, может, вообще меня не узнает», «Еще не понимает, кто мама, а кто не мама»).
14. Трудности понимания медицинской терминологии и недостаток информации о состоянии ребенка, о ближайших (на несколько дней/недель) и отдаленных (месяцы/годы) прогнозах развития.

15. Собственное соматическое состояние (физический дискомфорт, болевые ощущения, нарушения сна, аппетита).
16. Невозможность контактов с супругом.
17. Невозможность выйти на работу и связанные с этим финансовые трудности.

На рис. 1 представлены частоты упоминания стрессоров в выборке в целом и двух группах матерей (недоношенных новорожденных и рожденных в срок).

Большинство женщин, принявших участие в исследовании, обозначили в качестве источника стресса саму болезнь новорожденного и возможные негативные последствия в будущем: угрозу инвалидности, нарушения развития, слабое здоровье (92,5%), а также описали как наиболее трудную во время госпитализации ситуацию получения от врача сообщения о плохом состоянии ребенка (70%). В свою очередь, в группе матерей детей с сочетанием недоношенности и гипоксического поражения (1-я группа) болезненное состояние в качестве стресс-фактора упоминали все без исключения респонденты (100%).

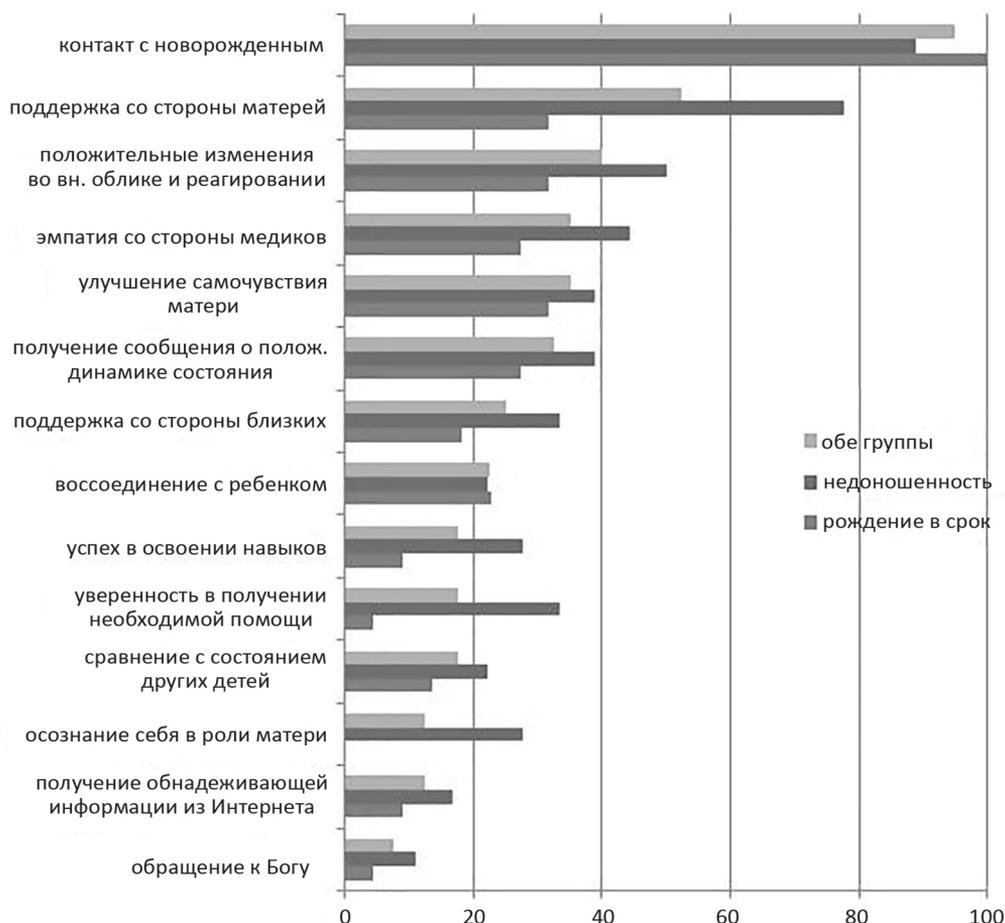


Рис. 1. Частоты упоминания стрессоров в выборке в целом и двух группах (матерей недоношенных новорожденных и рожденных в срок)

В сообщениях приблизительно каждой третьей участницы исследования негативные переживания связывались с ожиданием плохих результатов диагностики (37,5 %) и представляли собой сомнения в своевременности и правильности диагностики и лечения (32,5 %). Треть респондентов приписывали стрессогенность резким тревожными изменениям в состоянии новорожденного (35 %), а также ситуациям, в которых женщины ощущали бесполезность в помощи сыну или дочери (35 %). Для третьей части матерей наиболее тяжело воспринималась оторванность от ребенка, помещенного в палату интенсивной терапии (30 %), социально-психологические условия клиники, в которых необходимо следовать режиму и сложно уединиться (30 %), а также собственное физическое самочувствие (32,5 %). При этом неприятные физические ощущения упоминались матерями недоношенных детей чаще, чем родившими в срок (44,4 против 22,2 %). Кроме того, преждевременно родившие женщины чаще рассматривали в качестве стрессовых резкие изменения в состоянии ребенка (соответственно 44,4 и 27,3 %), сомневались в правильности диагностики и лечения (44,4 и 22,7 %) и были недовольны социально-психологическими условиями (44,4 и 18,2 %).

Представляется важным, чтобы эти факты учитывались врачами при построении бесед с женщинами. Сообщение о состоянии ребенка должны даваться в атмосфере доверия и эмпатийной манере. Для матери необходима вера, что ребенок находится в безопасности, получает вовремя всю необходимую помощь. Большинство упомянутых стрессоров действуют в течение всего периода госпитализации, потому важны непрерывное психологическое сопровождение и мониторинг состояния матери. У женщины должна быть возможность получить психологическую помощь не только в рамках запланированной консультации, но и в момент острой эмоциональной реакции или непосредственно после нее. Следует также учитывать, что матери новорожденных с сочетанной патологией — недоношенность и гипоксическое поражение ЦНС — подвергаются большему числу стрессоров.

Анализ ответов на второй вопрос выявил источники позитивных переживаний: любви, близости, радости, удовлетворения, спокойствия, интереса, надежды, веры. Был составлен список из 14 факторов. В перечень включались источники переживаний, которые упоминались двумя и более респондентами (от 5 % и более).

1. Контакт с новорожденным: удовлетворение, радость, любование, акцентирование внимания на схожести ребенка и родителей по внешности и «характеру», наблюдение за сигналами ребенка (мимикой, движениями, головными реакциями, ответными реакциями на стимуляцию).
2. Получение от врача сообщения о положительной динамике в состоянии ребенка, обнадеживающих результатов диагностики.
3. Наблюдение за положительной динамикой в реагировании ребенка, позитивными изменениями во внешнем облике.
4. Воссоединение матери и ребенка после интенсивной терапии.
5. Более отчетливое осознание себя в роли матери.
6. Эмпатия, проявление заботы со стороны врачей и среднего медицинского персонала, преподнесение тревожной и обнадеживающей информации с одновременным подбадриванием, успокаиванием, сопереживанием, юмором.

7. Эмоциональная поддержка со стороны близких и общение, позволяющее отдохнуть, отвлечься.
8. Информационная (обмен опытом) и эмоциональная поддержка со стороны матерей на отделении; общение, позволяющее отдохнуть, отвлечься.
9. Успешное освоение новых навыков мониторинга, лечения и ухода, преодоление трудностей дыхания и питания (например, «Теперь у меня получается», «Уже умею, знаю»).
10. Понимание того, что ребенок получает необходимую и лучшую медицинскую помощь.
11. Улучшение собственного соматического состояния.
12. Получение обнадеживающей информации из историй лечения и развития детей со сходными диагнозами через Интернет.
13. Нормативное сравнение с состоянием других госпитализированных новорожденных (например, «У нас ситуация лучше», «Поняла, что у нас еще не все так плохо»).
14. Обращение к Богу, молитва.

На рис. 2 представлены частоты упоминания источников позитивных переживаний в выборке в целом и группах матерей недоношенных новорожденных и рожденных в срок.

Большинство респондентов, отвечая на вопрос о моментах, вызывающих положительные эмоции, назвали контакт и наблюдение за новорожденным, акцентирование внимания на его внешнем облике и поведении (95 %). Общение с ребенком дает положительные эмоции 100 % женщин первой группы и 88,9 % матерей второй группы. Полагаем, что приносящее радость взаимодействие с ребенком является не только основой для формирования гармоничной привязанности, но и эффективным способом совладания со стрессом госпитализации.

Более чем в половине ответов всей выборки в качестве источника позитивных переживаний называлась эмоциональная и информационная поддержка со стороны матерей, пребывающих вместе с детьми на отделении (52,5 %). Эти данные согласуются с выводами ряда авторов, рассматривающих обсуждение проблем с родителями, переживающими сходный опыт, как один из наиболее эффективных копингов в клинике неонатальной помощи [2; 5; 14; 15]. При этом матери новорожденных с гипоксическим поражением в сочетании с фактором недоношенности упоминают такую поддержку в два раза чаще, чем женщины, родившие в срок (77,8 против 31,8 %). Вероятно, для первых обмен опытом является более важным. Для них актуальными становятся не только медицинские знания, предоставляемые врачами, но и навыки ухода и стимулирования развития, истории развития недоношенных детей.

40 % респондентов испытывали позитивные переживания при наблюдении за положительной динамикой в поведении и благоприятными изменениями во внешнем облике детей. О таком факторе чаще вспоминали матери первой группы в сравнении со второй (50 и 31,8 % соответственно).

Каждая третья женщина связывала приятные эмоции с улучшением собственного соматического состояния (35 %), проявлением эмпатии и заботы со стороны медиков (35 %) и получением обнадеживающих сообщений о положительной

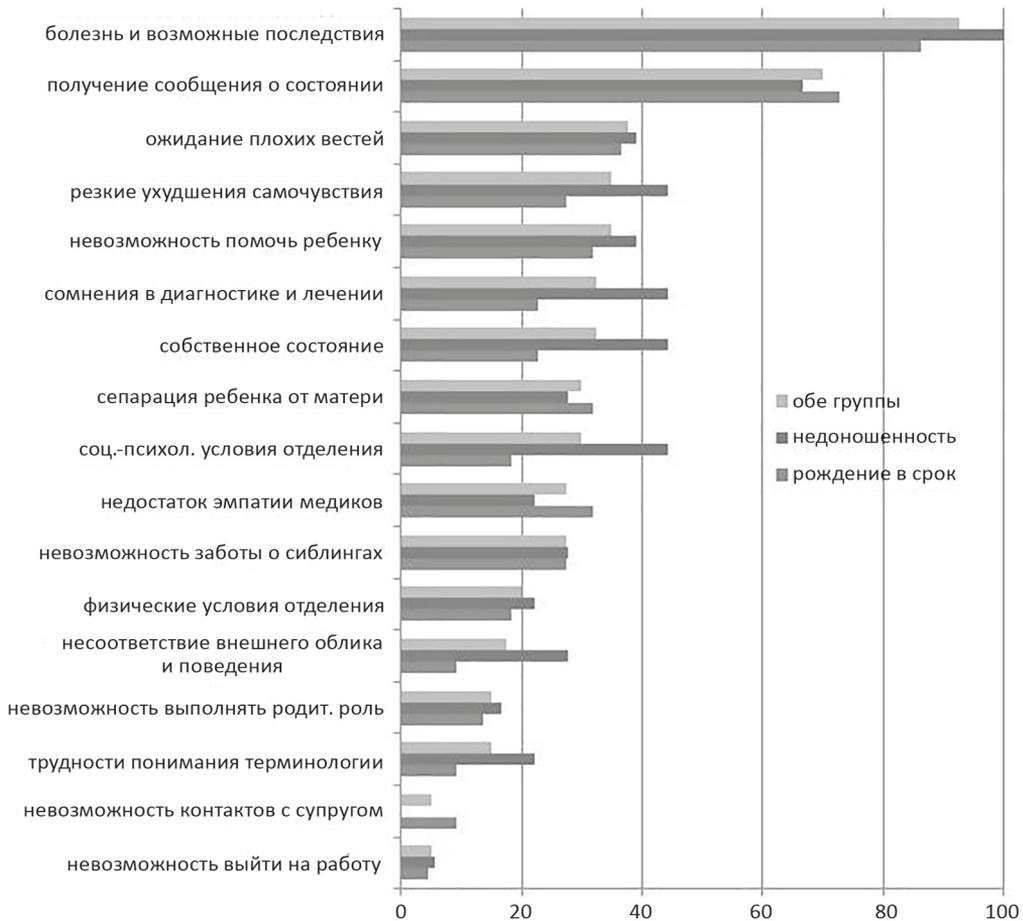


Рис. 2. Частоты упоминания источников позитивных переживаний в выборке в целом и двух группах (матерей недоношенных новорожденных и рожденных в срок)

динамике в состоянии ребенка (32,5%). И в этом случае данные аспекты жизненной ситуации обозначались как приятные чаще в первой группе, чем во второй. Обращает на себя внимание сходная тенденция в распределении частот упоминания в качестве источника положительных эмоций поддержки со стороны близких, успехов в освоении навыков мониторинга, лечения и ухода, понимания того, что ребенок получает необходимую и лучшую помощь, более отчетливого осознания себя в роли матери.

Таким образом, матери новорожденных, госпитализированных по причине сочетания недоношенности и гипоксического поражения, в сравнении с матерями доношенных детей с гипоксическим поражением подвергаются более широкому кругу стрессоров. Однако они склонны находить источники позитивных переживаний также в большем количестве аспектов жизненной ситуации.

В таблице представлено распределение результатов интервью по преобладающему фону переживаний, который определялся по акценту на источниках позитивных и негативных переживаний в ответах на первый и второй вопрос,

и по эмоциональной окраске приписанных ребенку высказываний в ответе на третий вопрос.

Таблица. Распределение результатов интервью по преобладающему фону переживаний

Характеристика фона переживаний	Группы матерей новорожденных				Всего (n = 40)	
	недоношенность (n = 18)		рождение в срок (n = 22)			
Фон переживаний, отраженный в ответах на вопросы 1 и 2 ($\chi^2 = 4,32; p > 0,05$)						
Негативный	6	33,3	4	18,2	10	25
Амбивалентный	8	44,4	6	27,3	14	35
Позитивный	4	22,2	12	54,5	16	40
Фон переживаний, проецируемых на ребенка, в ответе на вопрос 3 ($\chi^2 = 8,22; p < 0,05$)						
Негативный	13	72,2	8	36,4	21	52,5
Нейтральный или амбивалентный	2	11,1	12	54,5	14	35
Позитивный	3	16,7	2	9,1	5	12,5

При ответе на прямые (первый и второй) вопросы об источниках негативных и позитивных переживаний только четверть выборки продемонстрировала преобладание негативного фона (25%). Треть всей выборки была склонна упоминать с одинаковой частотой как источники негативных, так и позитивных переживаний (35%). И, наконец, большинство респондентов обнаружили преобладание позитивного фона (40%). Статистически значимых различий между первой и второй группами обнаружено не было.

Анализ ответов на третий, проективный, вопрос («...если бы... (имя) мог(ла) говорить, что первое он(а) сказал(а) бы Вам сейчас?») дал противоположную картину распределения вариантов эмоционального фона. Более чем в половине случаев матери приписывали ребенку негативные переживания (52,5%), в то время как позитивные переживания отражали ответы только 12% респондентов.

Предполагаем, что ответы на прямые вопросы формулировались матерями на сознательном уровне и у 75% респондентов (40% с преобладанием позитивного и 35% с преобладанием амбивалентного фона) показали действие осознанных способов совладания: а) переосмысления в положительном ключе объективно стрессогенной, преимущественно не поддающейся контролю со стороны личности жизненной ситуации; и б) отвлечение на моменты, приносящие положительные эмоции. С другой стороны, в декларировании позиции «все хорошо» мы, возможно, наблюдаем попытку дать социально-желательный ответ и действие иррациональных установок по типу «долженствования»: «Я должна вести себя правильно», «Я во всем должна быть хорошей», «Мать должна быть счастлива с ребенком», «У меня родился ребенок, и мне нельзя открыто испытывать горе, если он неидеален». Реакции большинства матерей на проективный вопрос отражали скорее неосознаваемый или частично осознаваемый уровень отношения к жизненной ситуации. Проективная диагности-

ческая ситуация позволила минимизировать действие защитных механизмов личности и безопасным образом вербализовать негативные переживания.

По ответам на проективный вопрос были получены статистически значимые различия между первой и второй группами. Фон переживаний, проецируемых на ребенка, оказался менее благоприятным в первой группе женщин. Так, подавляющее большинство матерей детей с недоношенностью и гипоксическим поражением приписывали ребенку негативные эмоции (72,2%), в то время как матери доношенных новорожденных с гипоксическим поражением более чем в половине случаев проецировали амбивалентные либо нейтральные переживания.

Таким образом, матери новорожденных, госпитализированных в связи с недоношенностью в сочетании с гипоксическим поражением ЦНС, нуждаются в психологической помощи в большей степени. В процессе психологического вмешательства нельзя недооценивать влияние иррациональных убеждений женщин, в частности установки на социально-желательное поведение. Важно учитывать неосознаваемые и мало осознаваемые аспекты отношений к жизненной ситуации, себе и ребенку. Представляется, что таким требованиям отвечает рационально-эмоциональная поведенческая терапия, эффективность которой при работе с данной категорией родителей изучается в настоящее время авторами статьи.

Выводы

Для матерей новорожденных с различным гестационным сроком и гипоксическим поражением ЦНС основными стрессорами во время госпитализации являются: собственно болезнь ребенка и необходимость лечения, возможные негативные последствия в будущем для здоровья и психического развития, получение сообщения от врача о плохом состоянии новорожденного.

Важнейшими источниками позитивных переживаний являются: контакт и наблюдение за новорожденным, акцентирование внимания на его внешнем облике и поведении, эмоциональная и информационная поддержка со стороны других матерей на отделении.

Матери новорожденных, госпитализированных по причине сочетания недоношенности и гипоксического поражения, в сравнении с матерями доношенных детей с гипоксическим поражением подвергаются более широкому кругу стрессоров и склонны воспринимать больше аспектов жизненной ситуации как источники позитивных переживаний.

Респонденты сообщают о противоречивых переживаниях. В ответах на прямые вопросы выявляется преобладание позитивного и амбивалентного фона. Это демонстрирует действие осознанных способов совладания в виде положительной переоценки и отвлечения с одной стороны и установки на социально-желательное поведение с другой. В ответах на проективный вопрос обнаруживается преобладание негативного фона. Отрицательно окрашенные переживания вербализуются безопасным образом благодаря минимизации действия защитных механизмов в проективной диагностической ситуации.

Матери новорожденных с сочетанием недоношенности и гипоксического поражения имеют менее благоприятный эмоциональный фон в сравнении с женщинами, родившими в срок.

Литература/References

1. Obeidat H.M., Bond E.A., Callister L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education*, 2009, vol. 18 (3), pp. 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409X461199>
2. Grosik C., Snyder D., Cleary G.M., Breckenridge D.M., Tidwel B. Identification of Internal and External Stressors in Parents of Newborns in Intensive Care. *Permanente Journal*, 2013, vol. 17 (3), pp. 36–41. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-105>
3. Heringhaus A., Blom M.D., Wigert H. Becoming a parent to a child with birth asphyxia — From a traumatic delivery to living with the experience at home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2013, no. 8 (20539), pp. 1–13. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20539>
4. Nassef S.K., Blennow M., Jirwe M. Experiences of Parents Whose Newborns Undergo Hypothermia Treatment Following Perinatal Asphyxia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2013, vol. 42 (1), pp. 38–47. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01429.x>
5. Williams K.G., Patel K., Stausmire J.M., Bridges C., Mathis M., Barkin J.L. The neonatal intensive care unit: Environmental Stressor and Supports. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, vol. 15 (1), p. 60. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010060>
6. Caporali C., Pisoni C., Gasparini L., Ballante E., Zecca M., Orcesi S., Provenzi L. A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of Perinatology*, 2020, vol. 40, pp. 1739–1752. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>
7. Lefkowitz D.S., Baxt C., Evans J.R. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2010, vol. 17 (3), pp. 230–237. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9202-7>. PMID: 20632076
8. Vanderbilt D., Bushley T., Young R., Frank D. Acute Posttraumatic Stress Symptoms Among Urban Mothers With Newborns in the Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2009, vol. 30 (1), pp. 50–56. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318196b0de>
9. Trost M.J., Molas-Torreblanca K., Man C., Cassilas E., Sapir H., Schragger S.M. Screening for maternal postpartum depression during infant hospitalizations. *Journal of Hospital Medicine*, 2016, vol. 11 (12), pp. 840–846. <https://doi.org/10.1002/jhm.2646>
10. Laudi A., Peeples E. The relationship between neonatal encephalopathy and maternal postpartum depression. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2019, vol. 3, pp. 1–5. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571574>
11. Shaw R.J., Bernard R.S., Deblois T., Ikuta L.M., Ginzburg K., Koopman C. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, 2009, vol. 50 (2), pp. 131–137. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131>
12. Wigert H., Johansson R., Berg M., Hellström A.L. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006, vol. 20 (1), pp. 35–41. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00377.x>
13. Festant F., Antonelli C., Chorna O., Corsi G., Guzzetta A. Parent-Infant Interaction during the First Year of Life in Infants at High Risk for Cerebral Palsy: A Systematic Review of the Literature. *Neural Plasticity*, 2019, vol. 3, pp. 1–19. <https://doi.org/10.1155/2019/5759694>
14. Goutaudier N., Lopez A., Sejourne N., Denis A., Chabrol H. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011, vol. 29 (4), pp. 364–373. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.623227>
15. Stacey S., Osborn M., Salkovskis P. Life is a rollercoaster... What helps parents cope with the neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*, 2015, vol. 21 (4), pp. 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.006>

Статья поступила в редакцию 20 ноября 2020 г.;
рекомендована в печать 10 декабря 2020 г.

Контактная информация:

Мамайчук Ирина Ивановна — д-р психол. наук, проф., mauki@mail.ru
Миланич Юлия Михайловна — канд. психол. наук, доц., 9353294@gmail.com

Features of mothers' emotional experience during the hospitalization of newborns in connection with hypoxic affection of the central nervous system*

I. I. Mamaychuk, Yu. M. Milanich

St. Petersburg State University,
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

For citation: Mamaychuk I. I., Milanich Y. M. Features of mothers' emotional experience during the hospitalization of newborns in connection with hypoxic affection of the central nervous system. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2021, vol. 11, issue 1, pp. 89–102. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.106> (In Russian)

Mothers of newborns with central nervous system pathology tend to experience more severe psychological distress and difficulty in forming a favourable relationship to their child than mothers of healthy infants. To provide psychological assistance, there is a need to better understand the features of the experience that parents find stressful and which ones are positive, in order to cope with stress. The objective of the research was to study mothers' emotional experience during the hospitalization of newborns with hypoxic affection of the central nervous system (CNS). The research included 40 women admitted together with their children to the newborn pathology department: 22 mothers of full-term infants with hypoxic-ischemic injury (grade II and III), 18 mothers of preterm infants (29–34 weeks) with hypoxic-ischemic injury (grade II and III), intraventricular hemorrhage (grade II and III), and combined ischemic and hemorrhagic damage. Women responded to the questions of the original clinical-and-psychological interview and the data was processed qualitatively and quantitatively. The article describes the factors and content of negative and positive emotions of mothers in the period of hospitalization. The data on the contradictory nature of mothers' reports of their feelings is presented: answers to direct questions are chiefly of a positive or ambivalent emotional background, while answers to projective questions primarily reflect a negative emotional background. It is shown that with a combination of prematurity and hypoxic affection of the child's CNS, women have a more negative emotional background than that of the respondents who had delivered a full-term child. Conclusions are made about the effect of attitude on a "socially desirable" response during the description of the emotional experience, about less favourable emotional experience of mothers who delivered children prematurely with pathology of the CNS.

Keywords: mothers, newborns, hypoxic affection of the central nervous system, emotional experience, stressors, clinical-and-psychological interview.

Received: November 20, 2020

Accepted: December 10, 2020

Authors' information:

Irina I. Mamaychuk — Dr. Sci. in Psychology, Professor; mauki@mail.ru

Yulia M. Milanich — PhD in Psychology, Associate Professor; 9353294@gmail.com

* The study was supported by a grant from the Russian Foundation for Basic Research, project no. 19-013-00450 A.