

## Анализ результатов применения программы рационально-эмоциональной поведенческой терапии для матерей новорожденных с гипоксическим поражением центральной нервной системы\*

И. И. Мамайчук, Ю. М. Миланич<sup>а</sup>

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

**Для цитирования:** Мамайчук И. И., Миланич Ю. М. Анализ результатов применения программы рационально-эмоциональной поведенческой терапии для матерей новорожденных с гипоксическим поражением центральной нервной системы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2022. Т. 12. Вып. 3. С. 376–390. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2022.309>

Родители госпитализированных новорожденных имеют высокий риск дистресса. Актуальным является воздействие на специфические иррациональные убеждения матерей с целью улучшения адаптации к жизненной ситуации. Необходимо исследовать возможности когнитивно-поведенческих методов интервенции в работе с данной категорией родителей. Цель работы — изучение динамики показателей дистресса у матерей новорожденных, госпитализированных с гипоксическим поражением центральной нервной системы (ЦНС), в процессе программы, разработанной на основе рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ). В исследовании принимали участие 98 матерей новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС. По результатам полуструктурированного интервью были выделены 80 матерей с неблагоприятным типом реагирования на трудную жизненную ситуацию. Основная группа ( $N=50$ ) проходила индивидуальную РЭПТ в течение 3 недель (8 сеансов). Главной мишенью психотерапии были иррациональные взгляды, которые лежат в основе негативных переживаний и неконструктивных способов совладания со стрессом, вызванным госпитализацией и столкновением с информацией о состоянии и прогнозах развития новорожденного. Контрольная группа ( $N=30$ ) получала одну консультационную беседу. Для оценки динамики показателей дистресса до и после прохождения программы в основной группе и с интервалом в три недели в контрольной использовались Интегративный тест тревожности и Шкала самооценки депрессии В.Зунга. В основной группе снизились показатели депрессии, ситуативной тревожности, эмоционального дискомфорта и фобического компонента тревожности. В контрольной группе снизились показатели ситуативной тревожности и астенического компонента тревожности. В сравнении с контрольной группой у матерей, прошедших программу РЭПТ, произошли более значимые позитивные изменения. Можно говорить об умеренной эффективности программы, разработанной на основе РЭПТ, в снижении дистресса матерей новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС.

**Ключевые слова:** матери, новорожденные, гипоксическое поражение центральной нервной системы, рационально-эмоциональная поведенческая терапия, эффективность психотерапии.

\* Исследование поддержано грантом РФФИ (проект № 19-013-00450 А).

<sup>а</sup> Автор для корреспонденции.

## Введение

Исследования показывают тенденцию к усилению родительского дистресса в случае, если новорожденный нуждается в неонатальной помощи. В качестве реакций матерей и отцов на госпитализацию ребенка выявляют снижение фона настроения, повышение тревожности, симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Roque et al., 2017; Lotterman et al., 2019; Staver et al., 2021). В то же время подчеркивается, что картина дистресса у каждого родителя уникальна, а его уровень может варьировать от низкого до высокого при одних и тех же перинатальных проблемах (Bernardo et al., 2021; Staver et al., 2021).

Проблема психологического неблагополучия в условиях неонатальной клиники преимущественно изучалась на материале матерей пациентов, рожденных преждевременно и с малым весом. Подобных исследований при перинатальном повреждении ЦНС крайне мало. Между тем опыт таких родителей признан специфическим вне зависимости от гестационного срока (Danguescan et al., 2021). Из немногочисленных работ в этой области нам известно, что при сочетании у новорожденного недоношенности и патологии ЦНС матери имеют повышенный риск депрессии и ПТСР, менее благоприятный эмоциональный фон в сравнении с женщинами, родившими в срок (Trost et al., 2016; Laudi et al., 2019; Pisoni et al., 2020; Мамайчук, Миланич, 2021). Описаны особые проявления дистресса во взаимодействии с ребенком: страх перед физическим контактом, амбивалентность чувств, недостаточная глубина переживания ответственности и отчуждение по отношению к новорожденному, неправильная оценка поведенческих сигналов и восприятие его как проблемного (Nassef et al., 2013; Festant et al., 2019; Craig et al., 2020). Очевидно, что данная категория родителей нуждается в своевременной психологической помощи.

Наибольшую эффективность в ослаблении симптомов родительского дистресса при патологии новорожденного показал когнитивно-поведенческий подход (Mendelson et al., 2017; Sabnis et al., 2019). В отличие от протоколов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), разработанных для лечения депрессии и ПТСР, в отделениях неонатальной помощи вмешательство строится как профилактическое. Так, Р. С. Бернард (R. S. Bernard) с соавторами сообщают, что разработанная ими программа краткосрочной КПТ была эффективной в снижении депрессивных проявлений преждевременно родивших матерей (Bernard et al., 2011). Интервенция включала информирование о характеристиках недоношенных и сходных переживаниях матерей, столкнувшихся с проблемой, когнитивную реструктуризацию для коррекции негативных мыслей, освоение техник релаксации в виде глубокого дыхания и расслабления мышц. В работе М. Йотцо (M. Jotzo) и К. Ф. Пётса (C. F. Poets) вмешательство, включая аналогичные компоненты, предполагало также работу по нормализации родительской реакции на психотравму и анализ внутренних и внешних ресурсов помощи. Авторы приводят данные о снижении симптомов травмы (Jotzo, Poets, 2005). Наибольшее количество публикаций по оценке эффективности КПТ при патологии новорожденных представлено Р. Дж. Шоу (R. J. Shaw) с коллективом соавторов (Shaw et al., 2013; 2014; Simon et al., 2021). Сообщается об уменьшении симптомов депрессии по окончании вмешательства и об уменьшении симптомов травмы, тревоги и де-

прессии через 6 месяцев. Когнитивно-поведенческие методы включали: информирование о симптомах ПТСР, сходных мыслях и переживаниях родителей при госпитализации новорожденного с целью нормализации реакции на психотравму; релаксационные техники для снижения симптомов беспокойства; распознавание и коррекцию иррациональных мыслей, лежащих в основе самообвинения за преждевременные роды; тревоги по поводу невозможности адекватно реализовать родительскую роль и пессимизма в отношении будущего ребенка. Особое значение придавалось изменению представлений о детях исключительно как о нездоровых и проблемных.

Стоит признать, что подавляющее число программ было разработано для помощи родителям недоношенных новорожденных. Существует дефицит работ по вмешательствам для родителей детей с иными перинатальными проблемами, в том числе с поражением ЦНС или с долгосрочным риском нарушения нервно-психического развития.

Разработанная А.Эллисом (A.Ellis) рационально-эмоциональная поведенческая терапия (РЭПТ) как оригинальная форма когнитивно-поведенческого вмешательства не представлена в исследованиях психологических проблем родителей новорожденных. Однако показан ее значительный потенциал в содействии стрессоустойчивости родителей детей с различными нарушениями развития (Advances in REBT Theory, 2019; Ede et al., 2020). Согласно модели стресса «АВС», относительно активирующих событий А («activating») у человека могут быть как рациональные, так и иррациональные убеждения В («beliefs»), на основе которых возникают определенные следствия в эмоциях и поведении С («consequences»). В РЭПТ деструктивные эмоции и поведение расцениваются как результат иррациональных представлений, основными из которых являются «обязательное долженствование», «обесценивание Я и других», «катастрофизация», «убежденность в низкой фрустрационной толерантности». В случае оспаривания и реструктуризации иррациональных убеждений, а также более эффективной ассимиляции рациональных взглядов в процессе психотерапии деструктивные эмоции и поведение могут быть скорректированы.

Изучение опыта матерей новорожденных с поражением ЦНС позволило увидеть, что у женщин с трудностями психологической адаптации к госпитализации действует ряд иррациональных убеждений. Они приводят к неверным представлениям о состоянии и потенциале ребенка, игнорированию или излишней фиксации на проблемах и плохих прогнозах, непропорциональному приписыванию вины себе и другим, недооценке или переоценке возможности контролировать ситуацию, трудностям принятия ребенка (Meyer et al., 2006; Treatment of, 2021; Мамайчук, Миланич, 2021). Актуальным является целенаправленное коррекционное воздействие на специфические иррациональные убеждения данной категории клиентов с целью улучшения психологической адаптации к жизненной ситуации и, соответственно, снижению симптомов дистресса.

Цель исследования — изучение динамики показателей психологического благополучия матерей новорожденных, госпитализированных по причине поражения ЦНС, в процессе программы, разработанной на основе РЭПТ, оценка эффективности программы.

## Материал и методы

В исследовании принимали участие 98 матерей новорожденных с гипоксическими поражениями ЦНС и различным гестационным сроком. Дети были госпитализированы сразу после родов в отделение патологии новорожденных перинатального центра ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» и Ленинградской детской областной клинической больницы. Матери пребывали в отделении с детьми. Средний возраст —  $28,8 \pm 6,8$  лет. 85 % женщин состояли в официальном браке. Для 58 % матерей госпитализированные новорожденные были первенцами, вторыми детьми — для 34%, третьими — для 8 %.

Критерии включения матерей в исследование: 1) диагноз новорожденного церебральная ишемия II–III степени, внутрижелудочковое кровоизлияние II–III степени, сочетанное ишемическое и геморрагическое поражение ЦНС при отсутствии дополнительных/сопутствующих генетических аномалий; 2) отсутствие IV степени доношенности; 3) отсутствие многоплодной беременности; 4) ожидаемое время пребывания ребенка в отделении — более 3 недель; 5) возраст матери не менее 18 лет; 6) отсутствие психических расстройств, в том числе диагноза послеродовой депрессии.

Женщины, соответствующие критериям включения, прошли исследование с помощью психодиагностических методик, выявляющих признаки дистресса, — Интегративного теста тревожности (ИТТ) и Шкалы самооценки депрессии В. Зунга (Self-Rating Depression — SDS), а также полуструктурированного интервью с использованием закрытых и открытых вопросов. Интервью было направлено на знакомство, сбор общих биографических сведений и диагностику следующих двух компонентов реагирования на трудную жизненную ситуацию:

1. Когнитивно-эмоциональный компонент (рациональные и иррациональные представления и переживания, связанные с рождением и госпитализацией ребенка). Предлагалось 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. Когнитивно-эмоциональный компонент оценивался по соотношению упоминаемых источников негативных и позитивных переживаний. Формулировался вывод о преобладании негативной или позитивной/амбивалентной оценки жизненной ситуации. Фиксировались жесткие, нелогичные представления о различных аспектах ситуации, которые могут быть отнесены к категории иррациональных убеждений в РЭПТ.

2. Поведенческий компонент (повседневные дела в отделении). Предлагалось описать свое поведение во время бодрствования и сна ребенка, контакт со специалистами, из каких источников мать узнает информацию о заболевании и особенностях развития, готова ли осваивать новые навыки, сообщить об источниках и дать оценку эффективности социальной поддержки. Поведенческий компонент оценивался по соотношению упоминаемых активных и пассивных стратегий поведения в общении с ребенком, специалистами и близкими, в поиске информационной и эмоциональной поддержки. Формулировался вывод о преобладании активных или пассивных стратегий, при этом не учитывалось упоминание необходимых действий по жизнеобеспечению, мониторингу, уходу и кормлению ребенка. В качестве активных рассматривались стратегии как конфликтного, так и неконфликтного поведения.

По сочетанию характеристик двух компонентов были выделены четыре подгруппы респондентов:

1. Позитивно-активный тип — 13 % от всей выборки.
2. Позитивно-пассивный тип — 36 %.
3. Негативно-пассивный тип — 29 %.
4. Негативно-активный тип — 15 %.

Женщины первой подгруппы были исключены из дальнейшего исследования, так как обнаружили благоприятный тип реагирования и, по нашему мнению, не нуждаются в психотерапии в данной жизненной ситуации. Кроме того, из исследования были исключены матери, по скудным и формальным ответам которых не удалось сделать однозначный вывод о преобладании какого-то типа реагирования (7 %). Таким образом, 80 респондентов из 2-й, 3-й и 4-й подгрупп (около 80 % от всей первоначальной выборки) составили основную и контрольную группы.

Контрольная группа (30 человек) получала одну консультационную беседу, направленную на ознакомление с особенностями развития и взаимодействия с ребенком при патологии ЦНС и недоношенности. При этом женщины контрольной группы не контактировали с основной и не получали информацию о возможности более длительной психологической помощи в отделении.

Для комплектования основной группы матерям предлагалось пройти программу психологической помощи, при этом сообщалась длительность, частота встреч и цель программы — ознакомление с особенностями развития и взаимодействия с ребенком при патологии ЦНС и недоношенности, совладание со стрессом. Дав согласие, матери включались в основную группу (50 человек). Они проходили программу РЭПТ в индивидуальной краткосрочной форме в условиях отделения патологии новорожденных: 8 сеансов по 30–40 мин в течение трех недель при гибком графике встреч.

Для оценки динамики показателей дистресса проводилось повторное обследование в основной группе по окончании психотерапевтической программы и в контрольной группе через три недели после первого обследования. Для сравнения основной и контрольной групп использовался непараметрический U-критерий Манна — Уитни, для оценки динамики внутри групп — критерий Вилкоксона. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета SPSS 21.0. Результаты сравнения принимались значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

Программа РЭПТ была нацелена на снижение уровня дистресса (тревоги, пониженного фона настроения). Основной мишенью психотерапии были иррациональные взгляды, которые лежат в основе чрезмерно сильных эмоций и неконструктивных способов совладания со стрессом, вызванным госпитализацией и столкновением с информацией о патологии и прогнозах развития новорожденного. Мы предполагаем, что ослабление дистресса будет способствовать сохранению психического здоровья матери и гармонизации отношения к ребенку. Под гармоничным родительским отношением мы понимаем:

- безусловное принятие ребенка, проявляющееся в позитивных чувствах и восприятии его как источника счастья, а не источника будущих трудностей и ломки привычного стереотипа жизни семьи;

- отсутствие излишнего преувеличения или минимизации тяжести состояния;
- готовность удовлетворять обычные и особые, связанные с патологией, потребности;
- чувствительность к сигналам и использование комфортной для ребенка дозы стимуляции активности.

Были сформулированы три блока задач:

#### 1. Когнитивный блок:

- информирование об оптимальном контакте с новорожденным с учетом клинической картины синдромов острого и восстановительного периодов перинатального поражения ЦНС;
- информирование о типичных переживаниях, рациональных и иррациональных взглядах, способах совладания у матерей госпитализированных новорожденных;
- помощь в осознании и коррекция иррациональных убеждений, лежащих в основе негативного восприятия жизненной ситуации и будущего, трудностей формирования позитивного образа ребенка и оптимального взаимодействия, частичного отрицания проблем, чувства вины, защитного характера пассивности или конфликтно-активных стратегий совладания.

#### 2. Эмоциональный блок:

- предоставление эмоциональной поддержки, возможности безопасного отреагирования, вербализации и принятия матерью как отрицательных, так и положительных эмоций;
- помощь в усилении самоконтроля через четкое разделение между сильными (разрушающими) и адаптивными эмоциями.

#### 3. Поведенческий блок:

- знакомство с приемами мышечной релаксации для снижения психического напряжения;
- мотивирование и контроль за выполнением «домашних заданий», в которых предполагается отработка навыков управления эмоциями и апробирование новых способов взаимодействия с ребенком и окружением.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

- когнитивные — информирование, когнитивная реструктуризация (через детекцию иррациональных взглядов с помощью «АВС-анализа», дебатирование и дискриминацию);
- эмоциональные — эмпатийное слушание, техника различения степени эмоционального переживания;
- поведенческие — предоставление обратной связи при наблюдении за взаимодействием матери и ребенка, техника мышечной релаксации, техника «домашних заданий».

Психотерапевтическая работа строилась дифференцированно с учетом типа реагирования на жизненную ситуацию и характер иррациональных убеждений. В табл. 1 представлены иррациональные убеждения, на которые преимущественно была направлена когнитивная реструктуризация в выделенных подгруппах матерей.

Таблица 1. Иррациональные убеждения в выделенных подгруппах матерей

Подгруппы	Виды иррациональных убеждений	Проявления в мышлении, эмоциях и поведении	Примеры сообщений
Пассивно-позитивный тип	«Обесценивание Я»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• избегание решения проблем;</li> <li>• пассивность во взаимодействии с ребенком и контактах со специалистами;</li> <li>• упование на «высшие силы»</li> </ul>	<p>«Все само собой образуется».</p> <p>«Я сейчас все равно никак не помогу ребенку. Будем ждать, что врачи скажут».</p> <p>«На все воля Божья».</p> <p>«Что я могу? От меня здесь ничего не зависит».</p> <p>«Слава Богу, у нас не так все плохо, как у некоторых здесь».</p> <p>«Могло быть хуже».</p> <p>«Со старшим тоже так было, а здоровяк вырос».</p>
Негативно-пассивный тип	«Катастрофизация настоящего и будущего»; «Глобальное оценивание»; «негативный фильм»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• благоприятное сравнение с другими</li> </ul> <p>фиксация на источниках и неизбежности негативных переживаний</p>	<p>«Что, если она не поправится?»</p> <p>«Страшно, что будет дальше».</p> <p>«Все время ждешь, что что-то еще найдут».</p> <p>«Я даже стараюсь на него не смотреть. Ребенок видит, что все время плачу».</p>
	«Обесценивание Я»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• избегание решения проблем;</li> <li>• пассивность во взаимодействии с ребенком и контактах со специалистами;</li> <li>• упование на «высшие силы»</li> </ul>	<p>«Она не слышит, зачем я ей что-то буду говорить?»</p> <p>«Я здесь одна и мой малыш, никому дела нет до нас».</p> <p>«Что она (лечащий врач) мне еще может сказать? Нет никакого толка. Скорей бы на выписку».</p> <p>«Я говорю, а он сразу засыпает».</p> <p>«Ручки как веревочки, слабо реагирует».</p> <p>«Я ему (мужу) ничего не буду говорить. Он все равно ничего не поймет».</p> <p>«Мне психолог не нужен. Ребенок от разговоров вес не наберет».</p>
Негативно-активный тип	«Катастрофизация настоящего и будущего»; «Глобальное оценивание»; «негативный фильм»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• фиксация на источниках и неизбежности негативных переживаний</li> </ul>	<p>«С одним справились, другую болячку нашли».</p> <p>«Ребенок с рождения знает только трубки, боль и... чужие тети вокруг».</p>
	«Долженствование»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• завышенные требования к окружающим;</li> <li>• конфликтность в отношениях с медиками и родственниками;</li> <li>• чрезмерная стимуляция новорожденного, навязчивость и раздражительность во взаимодействии</li> </ul>	<p>«Кажется, что все (медперсонал) уже относятся к нам как неполноценным, как будто нам уже ничего не нужно».</p> <p>«Мне осталось только ногой дверь выбить и уйти с ребенком домой».</p> <p>«Я им (мужу и его родственникам) все время говорю, разберитесь в своей семье, у нас недоношенных не было, не нужно на меня всех собак вешать».</p>

Таблица 2. Сравнение показателей тревожности и депрессивных проявлений в основной и контрольной группах при первом обследовании

Показатель	Основная группа		Контрольная группа		Статистика <i>U</i> Манна — Уитни	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
Ситуативная тревожность (ИТТ)	5,58	1,28	5,40	1,43	691,00	0,546
Эмоциональный дискомфорт (ИТТ)	4,62	1,47	4,70	1,68	747,00	0,976
Астенический компонент (ИТТ)	7,06	1,32	6,87	1,72	668,50	0,397
Фобический компонент (ИТТ)	4,74	1,48	4,60	1,61	720,00	0,760
Тревожная оценка перспективы (ИТТ)	4,56	1,67	4,57	1,89	707,50	0,661
Социальные реакции защиты (ИТТ)	5,44	0,64	5,33	0,80	715,00	0,695
Уровень депрессии (Шкала Зунга)	39,76	8,71	40,13	80,30	745,50	0,964

Проведено сравнение показателей тревожности по ИТТ и уровня депрессивных проявлений по Шкале Зунга у респондентов основной и контрольной групп при первом обследовании. Результаты представлены в табл. 2.

Показатель депрессии в обеих группах попал в область низких значений (не более 50 баллов). При этом 12 респондентов из основной группы (24%) и 6 из контрольной (20%) продемонстрировали легкую депрессию (50 баллов и более). Респонденты обеих групп показали средний (от 4 до 6 станайнов) уровень ситуативной тревожности эмоционального дискомфорта, астенического и фобического компонентов тревоги, тревожной оценки перспективы, реакции социальной защиты. Астенический компонент тревоги оказался на границе между средним и высоким уровнями в контрольной группе и на высоком уровне в основной (выше 7 станайнов). Не было выявлено статистически значимых различий по изучаемым показателям между основной и контрольной группами.

После проведения программы в основной группе и через три недели в контрольной было проведено повторное обследование. Результаты динамики показателей тревожности и депрессии представлены в табл. 3 (основная группа) и 4 (контрольная группа).

В основной группе статистически достоверно снизился показатель депрессии ( $39,76 \pm 8,71$  при 1-м срезе и  $39,14$  при 2-м,  $p < 0,05$ ). В контрольной группе этот показатель не выявил существенной динамики.

В основной группе отмечается статистически достоверная положительная динамика показателя ситуативной тревожности ( $5,58 \pm 1,28$  при 1-м срезе и  $5,28 \pm 1,05$  при 2-м,  $p < 0,01$ ), а также двух ее компонентов — эмоционального дискомфорта ( $4,62 \pm 1,47$  при 1-м срезе и  $4,30 \pm 1,52$  при 2-м,  $p < 0,05$ ) и фобического компонента



**Таблица 3. Динамика показателей тревожности и депрессивных проявлений в основной группе до и после прохождения программы**

Показатель	До		После		Z	p
	M	SD	M	SD		
Ситуативная тревожность (ИТТ)	5,58	1,28	5,28	1,05	-3,000	0,003
Эмоциональный дискомфорт (ИТТ)	4,62	1,47	4,30	1,52	-2,335	0,020
Астенический компонент (ИТТ)	7,06	1,36	7,24	1,17	-1,371	0,170
Фобический компонент (ИТТ)	4,74	1,48	4,42	1,44	-2,000	0,045
Тревожная оценка перспективы (ИТТ)	4,56	1,67	4,88	1,80	-1,459	0,144
Социальные реакции защиты (ИТТ)	5,44	0,64	5,42	0,86	-0,312	0,755
Уровень депрессии (Шкала Зунга)	39,76	8,71	39,14	7,99	-2,132	0,033

**Таблица 4. Динамика показателей тревожности и депрессивных проявлений в контрольной группе при первом и втором обследованиях**

Показатель	Первый замер		Второй замер		Z	p
	M	SD	M	SD		
Ситуативная тревожность (ИТТ)	5,40	1,43	5,03	1,73	-2,045	0,041
Эмоциональный дискомфорт (ИТТ)	4,70	1,68	4,50	1,76	-1,732	0,083
Астенический компонент (ИТТ)	6,87	1,72	6,23	1,48	-2,072	0,038
Фобический компонент (ИТТ)	4,60	1,61	4,27	1,58	-1,842	0,066
Тревожная оценка перспективы (ИТТ)	4,57	1,89	4,67	1,79	-0,832	0,405
Социальные реакции защиты (ИТТ)	5,33	0,80	5,20	1,03	-0,884	0,377
Уровень депрессии («Шкала Зунга»)	40,13	8,30	39,83	8,45	-0,327	0,743

( $4,74 \pm 1,48$  при 1-м срезе и  $4,42 \pm 1,44$  при 2-м,  $p < 0,05$ ). Не выявлено статистически достоверных изменений по астеническому компоненту, тревожной оценке перспективы и социальным реакциям защиты.

В контрольной группе также обнаруживается статистически достоверное снижение ситуативной тревожности ( $5,40 \pm 1,43$  при 1-м срезе и  $5,03$  при 2-м,  $p < 0,05$ ). При этом не выявлено существенных изменений ее компонентов. В частности, нет статистически достоверных сдвигов по эмоциональному дискомфорту и фобическому компоненту, как в основной группе. Исключение составил астенический компонент, по которому только в контрольной группе выявлена положительная динамика ( $6,87 \pm 1,72$  при 1-м срезе и  $6,23$  при 2-м,  $p < 0,05$ ).

## Обсуждение результатов

При первом обследовании показатель по Шкале Зунга у большинства респондентов попал в диапазон низких значений, что указывает на отсутствие сниженного настроения, физиологических и психологических признаков депрессии на момент обследования. Только 24% женщин из основной группы и 20% из контрольной продемонстрировали легкую депрессию: на фоне некоторого соматического недомогания, утомляемости, раздражительности есть слабое снижение настроения, ощущение неуверенности в будущем, неуверенности в себе в процессе социального взаимодействия и при принятии решений.

В современных исследованиях представляется довольно широкий диапазон уровней депрессии у родителей в отделениях неонатальной помощи — от отсутствия симптомов до высокого. Такая вариабельность данных может быть связана с использованием различных скрининговых шкал. Мы получили данные, сходные с исследованием М. Нагаты с соавторами (Nagata et al., 2004), в котором также применялась Шкала Зунга и не было выявлено отчетливых признаков депрессии или субдепрессии у родителей больных новорожденных в сравнении с общей популяцией.

Считаем, что в среднем низкие показатели по Шкале Зунга в нашей выборке следует интерпретировать с осторожностью. Психометрические шкалы предполагают исключительно прямые вопросы о наличии или выраженности негативных эмоций, что может повышать вероятность социально-нормативных, свидетельствующих о мнимом благополучии ответов. В нашем предыдущем исследовании был показан противоречивый характер сообщений о переживаниях у матерей новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС в процессе полуструктурированного интервью (Мамайчук, Миланич, 2021). В ответах на прямые вопросы отмечено преобладание позитивного и амбивалентного фона переживаний, в то время как в ответе на проективный вопрос (мать «отвечала» за ребенка), напротив, преобладание негативного фона. Предполагаем, что в первом случае проявились осознанные способы совладания в виде положительной переоценки, отвлечения, а также попытка дать социально-желательный ответ «все хорошо» как следствие действия иррационального убеждения по типу «обязательного долженствования»: «Мать должна быть счастлива с ребенком», «У меня родился ребенок, и мне нельзя открыто испытывать горе, если он неидеален». Во втором случае проективная диагностическая ситуация минимизировала действие защитных механизмов и позволила безопасным способом вербализовать отрицательно окрашенные переживания.

Главным источником стресса для матерей новорожденных, госпитализированных по причине поражения ЦНС, является состояние ребенка, сообщение врача о диагнозе и осознание собственного бессилия и бесполезности (Мамайчук, Миланич, 2021). В настоящем исследовании повторную оценку уровня депрессии и тревожности мы проводили ближе к выписке, когда самочувствие ребенка улучшалось и основной объем лечения был получен. Таким образом, можно было бы предсказать некоторое повышение эмоционального фона у всех матерей. Однако положительная динамика настроения была выявлена только у женщин, прошедших программу психотерапии. Полагаем, что у участниц основной группы за счет эмоционального отреагирования, а также осознания и коррекции иррациональных убеждений удалось нивелировать некоторые негативные переживания. Они стали спокойнее реагировать на неприятности и обращать внимание на моменты, способные вызвать позитивные эмоции, снизили уровень требований/долженствований к другим или себе.

При первом обследовании в обеих группах был выявлен средний уровень ситуативной тревожности, что согласуется с предыдущими исследованиями, сообщаемыми о тенденции к усилению данного компонента дистресса у родителей госпитализированных новорожденных в сравнении с общей популяцией (Kong et al., 2013; Roque et al., 2017). Респонденты продемонстрировали умеренный характер тревожности в таких проявлениях, как эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, тревожная оценка перспективы, реакции социальной защиты. Показатель астенического компонента был высоким в основной группе и приближался к высокому уровню в контрольной, что отражает типичное для матери новорожденного состояние утомления.

Статистически достоверное снижение ситуативной тревожности в обеих группах позволяет предположить, что независимо от психотерапевтической помощи у матерей с течением времени снижается беспокойство. Это происходит на фоне улучшения самочувствия ребенка, получения необходимой информации и навыков. Однако под влиянием психотерапии произошли более существенные сдвиги в таких компонентах, как эмоциональный дискомфорт и фобический компонент. Так, в отличие от участниц контрольной группы, женщины основной группы описывали себя при повторном обследовании как менее напряженных и раздражительных, более расслабленных. Они реже испытывали немотивированные опасения, чувство вины и ощущение бессилия и бесполезности. Напомним, что матери контрольной группы получали консультационную беседу по ознакомлению с особенностями развития и взаимодействия с ребенком при поражении ЦНС. Кроме того, они также проходили полуструктурированное интервью, формат которого предполагал возможность эмоционального отреагирования и эмоциональной поддержки. Очевидно, что этого оказалось недостаточно. Более существенная динамика тревожности оказалась возможной при более глубокой и длительной проработке чувств и иррациональных убеждений, снижении иррациональности опасений и чувства вины, осознании защитного характера пассивной или конфликтной позиции во взаимодействии с окружающими.

Программа не снизила напряженность ожиданий неблагоприятного хода событий. Мы связываем это с тем, что матери получают от врача информацию о возможных исходах гипоксического поражения ЦНС в вероятностных терминах.

Психолог также избегает формировать излишне оптимистичные ожидания, что препятствует быстрому снижению тревожности. Прохождение программы также не привело к снижению тревожности в социальных контактах. Представляется, что для данной категории родителей работа по повышению социальной уверенности, готовности свободно и адекватно проявлять эмоции в общении, разделять их с близкими должна быть продолжена.

Улучшение показателя тревожности, связанного с утомляемостью («астенический компонент»), в контрольной группе и отсутствие положительной динамики в основной требуют дальнейшего изучения. Важно исключить фактор физической и психической нагрузки из-за включения в психотерапевтическую программу.

## Выводы

Матери, прошедшие программу краткосрочной индивидуальной РЭПТ, продемонстрировали позитивную динамику показателей дистресса. Она оказалась более выраженной в сравнении с группой женщин, получивших только консультационную беседу. Наиболее существенные изменения у женщин, прошедших психотерапевтическую программу, проявились в улучшении настроения, снижении ситуативной тревожности, эмоционального напряжения и фобического компонента тревожности с иррациональными опасениями и чувством вины. Полагаем, что разработанная на основе РЭПТ программа имеет умеренную эффективность в снижении дистресса матерей новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС.

Наше исследование имеет ограничения. Небольшая численность подгрупп респондентов с позитивно-пассивным, негативно-пассивным и негативно-активным типами реагирования не позволила выявить у них статистически значимые различия в динамике показателей тревожности и депрессивных проявлений. Предполагаем, что увеличение выборки, а также учет в качестве переменных активных и пассивных способов совладания с трудной жизненной ситуацией и самих иррациональных убеждений могли бы более отчетливо отразить специфику динамики психотерапии. Другим ограничением является отсутствие данных о долгосрочных эффектах психологического вмешательства.

## Литература/References

- Advances in REBT Theory, Practice, Research, Measurement, Prevention and Promotion* (2019), eds M. E. Bernard, W. Dryden. Cham, Springer, 2019. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93118-0>
- Bernard, R. S., Williams, S. E., Storfer-Isser, A., Rhine, W., Horwitz, S. M., Koopman, C., Shaw, R. J. (2011). Brief cognitive-behavioral intervention for maternal depression and trauma in the neonatal intensive care unit: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (2), 230–234. <https://doi.org/10.1002/jts.20626>
- Bernardo, J., Rent, S., Arias-Shah, A., Hoge, M. K., Shaw, R. J. (2021). Parental stress and mental health symptoms in the NICU: Recognition and interventions. *Neoreviews*, 22 (8), e496–e505. <https://doi.org/10.1542/neo.22-8-e496>
- Craig, A. K., James, C., Bainter, J., Evans, S., Gerwin, R. (2020). Parental perceptions of neonatal therapeutic hypothermia; emotional and healing experiences. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33 (17), 2817–2889. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1563592>
- Danguedan, A., El Shahed, A. I., Somerset, E., Fan, C. S., Ly, L. G., Williams T. (2021). Towards a biopsychosocial understanding of neurodevelopmental outcomes in children with hypoxic-ischemic encephalopathy: A mixed-methods study. *The Clinical Neuropsychologist*, 35 (5), 925–947. <https://doi.org/10.1080/13854046.2020.1833987>

- Ede, M. O., Anyanwu, J. I., Onuigbo, L. N., Ifelunni, C. O., Alabi-Oparaocha, F. C., Okenyi, E. C., Agu, M. A., Ugwuanyi, L. T., Ugwuanyi, C., Eseadi, Ch., Awoke, N. N., Nwese, T., Victor-Aigbodion, V. (2020). Rational emotive family health therapy for reducing parenting stress in families of children with autism spectrum disorders: A group randomized control study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38, 243–271. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00342-7>
- Festant, F., Antonelli, C., Chorna, O., Corsi, G., Guzzetta, A. (2019). 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*, 3, 1–19. <https://doi.org/10.1155/2019/5759694>
- Jotzo, M., Poets, C. F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*, 115 (4), 915–919. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0370>
- Kong, L. P., Cui, Y., Qiu, Y. F., Han, S. P., Yu, Z. B., Guo, X. R. (2013). Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (7–8), 1163–1172. <https://doi.org/10.1111/jocn.12090>
- Laudi, A., Peebles, E. (2019). The relationship between neonatal encephalopathy and maternal postpartum depression. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 3, 1–5. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571574>
- Lotterman, J. H., Lorenz, J. M., Bonanno, G. A. (2019). You can't take your baby home yet: A longitudinal study of psychological symptoms in mothers of infants hospitalized in the NICU. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26 (1), 116–122. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9570-y>
- Mamaychuk, I., Milanich, J. (2021). 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*, 11 (1), 89–102. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2021.106> (In Russian)
- Mendelson, T., Cluxton-Keller, F., Vullo, G. C., Tandon, S. D., Noazin, S. (2017). NICU-based interventions to reduce maternal depressive and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Pediatrics*, 139 (3), e2016–1870. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1870>
- Meyer, E., Zeanah, C. H., Boukydis, C. F. Z., Lester, B. M. (2006). A clinical interview for parents of high-risk infants: Concept and applications. *Infant Mental Health Journal*, 14 (3), 192–207. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199323\)14:3<192::AID-IMHJ2280140305>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199323)14:3<192::AID-IMHJ2280140305>3.0.CO;2-R)
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Honjo, S. (2004). Depression in the early postpartum period and attachment to children-in mothers of NICU infants. *Infant and Child Development*, 13 (2), 93–110. <https://doi.org/10.1002/icd.339>
- Nassef, S. K., Blennow, M., Jirwe, M. (2013). Experiences of parents whose newborns undergo hypothermia treatment following perinatal asphyxia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42 (1), 38–47. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01429.x>
- Pisoni, C., Spairani, S., Fauci, F., Ariaudo, G., Tzialla, C., Politi, P., Balottin, U., Stronati, M., Orcesi, S. (2020). Effect of maternal psychopathology on neurodevelopmental outcome and quality of the dyadic relationship in preterm infants: an explorative study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33 (1), 103–112. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1487935>
- Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., Hegadoren, K. (2017). Scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families & Newborns*, 46 (4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>
- Sabnis, A., Fojo, S., Nayak, S. S., Lopez, E., Tarn, D. M., Zeltzer, L. (2019). Reducing parental trauma and stress in neonatal intensive care: systematic review and meta-analysis of hospital interventions. *Journal of Perinatology*, 39 (3), 375–386. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0310-9>
- Shaw, R. J., St John, N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., Horwitz, S. M. (2014). Prevention of traumatic stress in mothers of preterm: 6-month outcomes. *Pediatrics*, 134 (2), e481–e488. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0529>
- Shaw, R. J., Sweester, C. J., St John, N., Lilo, E., Corcoran, J. B., Jo, B., Howell, S. H., Benitz, W. E., Feinstein, N., Milnyk, B., Horwitz, S. M. (2013). Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation. *Issues Mental Health Nursing*, 34 (8), 578–586. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.789943>
- Simon, S., Moreyra, A., Wharton, E., Dowtin, L. L., Borkovi, T. C., Armer, E., Shaw, R. J. (2021). Prevention of posttraumatic stress disorder in mothers of preterm infants using trauma-focused group therapy: Manual development and evaluation. *Early Human Development*, 154, 105282. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105282>

Staver, M. A., Moore, T. A., Hanna, K. M. (2021). An integrative review of maternal distress during neonatal intensive care hospitalization. *Archives of Women's Mental Health*, 24 (2), 217–229. <https://proxy.library.spbu.ru:2060/10.1007/s00737-020-01063-7>

*Treatment of Psychological Distress in Parents of Premature Infants: PTSD in the NICU* (2021). Eds R. J. Shaw, S. Horwitz. Washington, American Psychiatric Publishing, Inc.

Trost, M. J., Molas-Torreblanca, K., Man, C., Cassilas, E., Sapis, H., Schragger, S. M. (2016). Screening for maternal postpartum depression during infant hospitalizations. *Journal of Hospital Medicine*, 11 (12), 840–846. <https://doi.org/10.1002/jhm.2646>

Статья поступила в редакцию 13 декабря 2021 г.;

рекомендована к печати 30 мая 2022 г.

#### Контактная информация

Мамайчук Ирина Ивановна — д-р психол. наук, проф.; [mauki@mail.ru](mailto:mauki@mail.ru)

Миланич Юлия Михайловна — канд. психол. наук, доц.; [y.milanich@spbu.ru](mailto:y.milanich@spbu.ru)

### **Analysis of the results of application of the rational-emotive behaviour therapy for mothers of newborns with hypoxic affection of the central nervous system\***

I. I. Mamaychuk, Yu. M. Milanich<sup>a</sup>

St Petersburg State University,

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

**For citation:** Mamaychuk I. I., Milanich Yu. M. Analysis of the results of application of the rational-emotive behaviour therapy for mothers of newborns with hypoxic affection of the central nervous system. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2022, vol. 12, issue 3, pp. 376–390. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2022.309> (In Russian)

Parents of hospitalized newborns tend to experience more severe psychological distress. Relevant to this is the impact on the specific irrational beliefs of mothers for the purpose of improving adaptation to the life situation. It is necessary to study the possibilities of cognitive-behavioral methods of intervention in working with this client category. The objective of this work is to study the dynamics of distress indicators in mothers of newborns with hypoxic affection of the central nervous system (CNS) in the process of the program developed on the basis of rational-emotive behaviour therapy (REBT). The study included 98 mothers of newborns with hypoxic affection of CNS. Based on the results of a semi-structured interview, 80 mothers were identified with a dysfunctional type of response to a life situation. The intervention group ( $N=50$ ) received 8 REBT sessions for three weeks. The main target for psychotherapy was irrational beliefs, which underlie negative emotions and non-constructive ways coping with stress caused by hospitalization and facing information on the condition and developmental prognosis of a newborn. The control group ( $N=30$ ) received one consultation session. To assess the dynamics of distress indicators, the Integrative Anxiety Test and Zung Self-Rating Depression Scale were used before and after the program in the intervention group and with an interval of three weeks in the control group. In the intervention group, the indicators of depression, situational anxiety, emotional discomfort and the phobic component of anxiety decreased. In the control group, the indicators of situational anxiety and asthenic component of anxiety decreased. In comparison with the control group, the mothers in the intervention group showed more significant positive changes. The programs developed on the

---

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

<sup>a</sup> Author for correspondence.

basis of REBT have moderate efficacy in reduction of the distress in mothers of newborns with hypoxic affection of CNS.

*Keywords:* mothers, newborns, hypoxic affection of the central nervous system, distress, rational-emotive behaviour therapy, effectiveness of psychotherapy.

Received: December 13, 2021

Accepted: May 30, 2022

Authors' information:

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

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