Психология развития: Программы стимуляции детей с малым весом при рождении

Сегодня мы обсудим программы стимуляции маловесных детей и встретимся с новыми терминами: апноэ, концептуальный и постконцептуальный возраст, группа самопомощи, континуум репродуктивных потерь, нестабильная семья, стабильная семейная среда, вынужденная готовность помогать (required helpfulness).

В 1970-х годах, были введены эксперименты и программы, в которых развитие недоношенных детей, получавших дополнительную стимуляцию, сравнивалось с развитием детей, не получавших такого опыта. Некоторые экспериментаторы предположили, что стимуляция должна быть приближена к условиям, в которых младенец находится в утробе матери. Недоношенных детей укладывали на гамаки-качалки (Neal, 1968) или на водяные матрасы (Burns, Deddish, Burns, & Hatcher, 1983; Korner, Kraemer, Hoffner, & Cosper, 1975), которые допускают вращение, движение и ритмическую деятельность, аналогичную плаванию плода в амниотической жидкости. Дети так же подвергались воздействию записанных на пленку сердечных сокращений, как будто они находятся в матке беременной женщины (Barnard & Bee, 1983). Другие исследователи использовали характерные для доношенных младенцев виды стимуляции (музыкальные мобили, магнитофонные записи голоса матери, качание на ручках, разговор и пение, прикосновения, объятия и поглаживания (Field et al., 1986; Powell, 1974; Rice, 1977; Scarr-Salapatek & Williams, 1972; Siqueland, 1970; Solkoff, Yaffe, Weintraub, & Blase, 1969). Оба типа исследований показали, что дополнительная стимуляция может противодействовать некоторым негативным эффектам монотонной стимуляции, испытываемой младенцами в изоляторах. Было обнаружено, что простимулированные недоношенные дети более развиты в умственном (Field et al., 1986) и неврологическом развитии, измеряемом младенческими рефлексами (Barnard & Bee, 1983; Rice, 1977), в сенсомоторных и моторных навыках (Burns et al., 1983). Помимо этого, они продемонстрировали лучший мышечный тонус (Cornell & Gottfried, 1976) и исследовательское поведение, чем не стимулированные недоношенные дети. Кроме того, у стимулированных младенцев встречается меньше случаев *апноэ* (временная остановка дыхания, связанная с последующей смертью в колыбели) (Korner, 1989). Ясно, что стимуляция оказывает, по крайней мере, краткосрочное благотворное влияние на развитие недоношенных детей, но долгосрочные улучшения наблюдаются редко (Korner, 1989).

Программы вмешательства способствуют функционированию всех развивающихся систем организма. Однако, не всем недоношенным детям полезна дополнительная стимуляция. Поэтому программы должны учитывать индивидуальные различия. Дети, которые больны, отлучаются от аппаратов искусственной вентиляции легких или проходят курс интенсивной терапии, нарушающей их сон, могут не реагировать положительно или даже испытывать

стресс от дополнительной стимуляции (Oehler, Eckerman, & Wilson, 1988). При учете различных потребностей детей «вопрос больше не в том, показана ли стимуляция недоношенным детям, а в том, кому, какого рода, в каком количестве, с какими интервалами, в каком *постконцептуальном возрасте* (гестационный плюс постнатальный) и для каких целей она подходит» (Korner, 1989, p. 12).

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО КОНТАКТА НА НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ ВЕСОМ

Было высказано предположение, что даже у доношенных детей контакт с матерью в первые несколько часов после рождения может способствовать формированию эмоциональной привязанности (Klaus & Kennell, 1982). Однако результаты большинства исследований показывают, что, хотя ранний контакт потенциально полезен, он не является критическим (Goldberg, 1983). Есть много альтернативных путей в формировании отношений родитель-ребенок. К более чуткому воспитанию детей приводит повышение самооценки матери за счет увеличения контактов со своим недоношенным ребенком.

Даже в современных отделениях интенсивной терапии новорожденных, где не только разрешено, но и поощряется участие родителей в уходе за ребенком, количество контактов родителей с недоношенными детьми меньше, чем с доношенными. Некоторые матери недоношенных детей сообщают о чувствах потери самоуважения, вины, неудачи и отчуждения от своих младенцев. Кроме того, матери недоношенных детей, которые были разлучены со своими младенцами, опасаются ухаживать за своими хрупкими на вид младенцами. Когда матери, в конце концов, могут забрать своих детей домой из больницы, они по-прежнему проявляют меньшую эмоциональную привязанность к ним, чем матери доношенных детей (Leifer, Leiderman, Barnett, & Williams, 1972; Lester, Hoffman, & Brazelton, 1985 год; Quinn & Goldberg, 1977). Особенно это касается матерей недоношенных детей, болеющих более месяца после рождения (Corter & Minde, 1987). Эти эффекты обнаруживались в течение девяти месяцев после выписки из больницы у экономически неблагополучных чернокожих матерей и их недоношенных детей (Brown & Bakeman, 1977).

Предполагаемые доказательства нарушения привязанности между матерями и недоношенными детьми поступают из нескольких источников. Во-первых, матери не всегда охотно принимают участие в программах, позволяющих им находиться в больнице для ухода за недоношенными детьми в изоляторах. Некоторые матери, которые ранее не контактировали со своими младенцами, не хотят тратить время на такие программы. Кроме того, когда эти матери навещают своих детей, несмотря на призыв прикоснуться к ним, многие вместо этого просто смотрят на ребенка (Powell, 1974). Во-вторых, большое количество недоношенных детей рождается у детей (имеются ввиду несовершеннолетние), которые подвергались жестокому обращению и отстают в физическом развитии (рост и вес), несмотря на отсутствие известных органических нарушений. Кроме того, в случае с близнецами близнец, который был оставлен в больнице и дольше разлучен матерью, с большей вероятностью подвергнется жестокому обращению

или вернется в больницу, как ребенок с отставанием в развитии. Эти результаты могут быть связаны либо с ранним разлучением и отсутствием эмоциональной связи, либо с характеристиками маловесного при рождении ребенка, которые делают младенца более склонным вызывать неблагоприятные реакции родителей. Непривлекательный внешний вид, маленький размер, пронзительный плач, трудности с кормлением, низкая отзывчивость и позднее развитие улыбки у недоношенных детей могут отталкивать родителей, а также усилить родительскую тревогу и разочарование, что может приводить к жестокому обращению. Однако следует иметь в виду, что самый высокий уровень преждевременных родов приходится на малоимущих, молодых, необразованных матерей, принадлежащих к группе меньшинств. Вполне вероятно, что обстоятельства, связанные с бедностью, стрессом и отсутствием поддержки, способствуют не только преждевременным родам, но и жестокому обращению с детьми.

Как влияет на отношения между матерью и недоношенным ребенком увеличение количества контактов? Матери, которым разрешен ранний физический контакт с недоношенными новорожденными, изначально более склонны чувствовать себя более уверенно в новой роли. Эти матери чаще обнимают и стимулируют своих детей, чем матери, которые могли только смотреть на детей в изоляторе (Barnett, Leiderman, Grobstein, & Klaus, 1970; Seashore, Leifer, Barnett, & Leiderman, 1973). Однако, если женщине недоступна постоянная поддержка и обучение, то эти эффекты исчезают в течении нескольких месяцев.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕДОНОШЕННОСТИ

Каковы долгосрочные последствия недоношенности и ранней разлуки с младенцем для семьи? Нарушения привязанности и когнитивного развития ребенка объясняются множеством факторов: индивидуальная реакция ребенка, общая компетентность матери, окружающая среда, стрессы с которыми сталкивается семья. Так же многое зависит от степени поддержки остальных членов семьи, медперсонала и *групп самопомощи* (группы по обмену опытом и взаимопомощи) (Bee et al., 1982; Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson, & Basham, 1983; Sameroff, 1977; Siegel, C., 1982). Разрушения более выражены и продолжительны для малообеспеченных семей, чем для семей со средним доходом (Leiderman, 1978; Resnick, Stralka, Carter, Ariet, Bucciarelli, Furlough, Evass, Curran & Ausbon, 1990; Bradley, Caldwell, Rock, Casey, & Nelson, 1987).

Отдаленные последствия стрессов, связанных с воспитанием недоношенного ребенка, более последовательно обнаруживаются в отношениях между родителями, чем между родителем и ребенком. Есть сообщения о высокой частоте семейных разногласий в первые два года после рождения недоношенного ребенка (Leiderman, 1983). Эти данные свидетельствуют о том, что последствия недоношенности и раннего разлучения можно понять, только сосредоточив внимание на всей семейной системе.

Два континуума: репродуктивная травма и забота о новорожденном

Было высказано предположение, что существует *континуум репродуктивных потерь* (Pasamanick & Knoblock, 1966). То есть существуют различия в степени репродуктивных осложнений, которые приводят к аномалиям у ребенка, начиная от относительно незначительных нарушений восприятия, внимания, интеллектуальных, моторных и поведенческих навыков до крайне серьезных аномалий. Однако для того, чтобы делать прогнозы развития таких расстройств, необходимо учитывать взаимосвязь между континуумом нарушений репродуктивной функции и континуумом ухода за больными (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Seifer, 1983). Континуум ухода за пострадавшим варьируется от благоприятной окружающей среды и семейной атмосферы, до ситуации, в которой присутствует множество серьезных вредных факторов.

Хотя 10% детей рождаются с каким-либо дефектом или аномалией, многие из этих дефектов уменьшаются или исчезают с возрастом. Какие факторы способствуют сохранению и увеличению недостатков, а какие наоборот помогают преодолеть трудности?

Чтобы предсказать дальнейшее развитие неонатального состояния, необходимы взаимосвязи между многочисленными показателями состояния младенца и условиями окружающей среды, в которых ребенок будет развиваться (Milham, Widmayer, Bauer, & Peterson, 1983; Siegel, 1981). В выдающемся многолетнем исследовании ярко продемонстрировано влияния родовых осложнений на развитие целой популяции детей (670 человек), родившихся на острове Кауаи (Гавайские острова) в 1955 г. (Werner, Bierman, & French, 1971; Werner & Smith, 1977, 1982). На момент рождения у 3% новорожденных были тяжелые осложнения, у 13% — умеренные, у 31% — легкие, а у 53% осложнений не было. Поскольку все матери участвовали в оплаченном плане медицинского обслуживания и получали хороший дородовой уход, корреляция между трудностями при родах и социально-экономическим статусом не была получена. Эти дети были обследованы в 2, 10 и 18 лет.

При повторном обследовании детей в возрасте 2-х лет 12 % отставали в социальном развитии, 16 % отставали в интеллектуальном развитии, а 14 % имели трудности со здоровьем. Чем тяжелее были осложнения в родах и чем ниже оказались неонатальные показатели новорожденных, тем менее адекватным был уровень развития детей по вышеперечисленным направлениям при двухлетнем наблюдении. Большой интерес в исследовании представляла связь между перинатальными трудностями и факторами окружающей среды, особенно связанными с социально-экономическим статусом. У детей из групп с тяжелыми перинатальными осложнениями, легкими перинатальными осложнениями или вообще без них, проживающих в *нестабильных семьях* (имеется в виду качество отношений и атмосферы в семье) с относительно низким социально-экономическим статусом и матерями с низким уровнем интеллекта, выявлена разница в

средних показателях IQ от 19 до 37. Напротив, у младенцев в *стабильной семейной среде* с высоким социально-экономическим статусом и матерями с высоким уровнем интеллекта разница IQ между группой с тяжелыми осложнениями и группой без перинатальных осложнений составляла всего 5–7 баллов.

К 10-ти годам влияние факторов окружающей среды почти свело на нет влияние перинатальных повреждений. Связи между перинатальными показателями и IQ ребенка в этом возрасте или в подростковом возрасте не обнаружено. Вместо этого корреляция между IQ родителей и социально-экономическим статусом семьи, и интеллектуальными способностями ребенка увеличивалась с возрастом. При этом дети из низших классов демонстрировали заметный дефицит когнитивных показателей. Основные последствия отклонений, вызванных репродуктивной травмой, проявились в раннем развитии ребенка, а затем развитие все больше подвергалось влиянию средовых обстоятельств, таких как хроническая бедность, *нестабильность семьи* или проблемы с психическим здоровьем.

Когда детям было 18 лет, Вернер и Смит (1982) попытались провести различие между детьми с отклонениями, и группой «устойчивых детей», которые в младенчестве были в группе повышенного риска, но избежали проблем. Устойчивым детям в семьях с низким социально-экономическим статусом, по-видимому, благоприятствовал комплекс факторов: хороший темперамент, небольшой размер семьи, благосклонное отношение родителей, отношения с заботливым взрослым (не обязательно родителем), низкий уровень семейных конфликтов, меньшая нагрузка стрессовых жизненных переживаний и доступность консультирования и коррекционной помощи. Раннее принятие на себя ответственности по уходу за другим человеком — братом, сестрой, стареющим дедушкой или бабушкой, больным или некомпетентным родителем — также было связано с устойчивостью. Это называется *вынужденная готовность помогать* (существует концепция на тему «required helpfulness»). Таким образом, защитой от невзгод служила не только забота о самих детях, но и их забота об окружающих людях, нуждающихся в помощи (Werner, 1989).

Хотя девочки из группы высокого риска чаще, чем мальчики из группы высокого риска, вырастали устойчивыми молодыми взрослыми, периоды стресса у мужчин и женщин различались. Установлено, что в первые десять лет жизни мальчики уязвимы как к биологическим, так и к экологическим стрессам, а девочки испытывают большие трудности во втором десятилетии. К концу начальной школы мальчики в большей степени способны справляться с проблемами, которые беспокоили их раньше — требованиями школьной успеваемости и контроль агрессии. Однако в подростковом возрасте девочки сталкиваются с социальным давлением и сексуальными ожиданиями, что приводит к увеличению числа проблем с психическим здоровьем. Сложность этих взаимодействий свидетельствует о сложности попыток определить вклад пренатальных и перинатальных факторов, а также эмпирических факторов в долгосрочное развитие ребенка.

По завершении исследования наблюдатели отметили, что во взрослом возрасте у детей было в десять раз больше проблем, связанных с воздействием плохой окружающей среды, чем с последствиями перинатального стресса.

Последнее, что мы рассмотрим по теме неблагоприятного рождения это исследование, направленное на улучшение качества жизни недоношенных детей.

СОН С ГОЛУБЫМ МЕДВЕДЕМ, КОТОРЫЙ ДЫШИТ

Не каждый захочет спать с голубым мишкой, но на недоношенных детей это может оказать благотворное влияние.

В большинстве программ, предусматривающих стимуляцию недоношенных, ребенку она навязывается. Младенец не имеет возможности включить или избежать ее. Эвелин Томан (1987) разработала хитроумное исследование, чтобы выяснить, могут ли недоношенные дети активно искать и регулировать стимуляцию, а не просто быть пассивными получателями. Он так же рассмотрел будет ли стимуляция, инициированная младенцем, способствовать прогрессу в его развитии.

В изоляторах одной группы помещали дышащего голубого мишку, в изоляторах другой группы – не дышащего мишку, в изоляторах третьей группы медвежонка не было. Младенцы были рождены на 32 неделе концептуального возраста, или примерно на восемь недель раньше. Вмешательство продолжалось в течение трех недель, пока дети не достигли концептуального возраста 35 недель.

Медведь был разработан с использованием пневматического насоса со скоростью дыхания, индивидуальной для каждого младенца. Дыхание медведя было настроено на половину дыхания младенца во время спокойного сна. Каждый младенец контролировал количество и временное распределение стимуляции, так как мог, либо вступить в контакт с медведем, либо отказаться от него.

Томана интересовало: а) сколько времени дети из первой группы проводят в контакте с дышащим медведем; б) сколько дети из второй группы контактируют с местом, где лежит не дышащий медведь; в) сколько дети из третьей группы контактируют с тем местом, где у детей из 1 и 2 групп лежат медведи. Одна из проблем заключалась в том, не приведет ли контакт с дышащим медведем к тому, чтобы дыхание ребенка стало более регулярным. У недоношенных детей отмечается значительная неравномерность дыхания и нарушение дыхания во время спокойного сна. Процент доступного времени, проведенного в контакте с медведем, составил 63,4% для дышащего медведя, 13,3% для не дышащего медведя и 17,2% в зоне отсутствия медведя. Даже эти очень маленькие недоношенные дети смогли приблизиться к доступной и привлекательной форме стимуляции и явно предпочли стимуляцию дышащего медведя не дышащему медведю. Хотя большинство людей могут подумать, что сон с медведем не может быть спокойным, у недоношенных детей с

дышащим медведем было более ровное дыхание и более глубокий сон, чем у младенцев в двух других группах. Исследователь предполагает, что это связано с тем, что дополнительная стимуляция могла повлиять на организацию мозговых процессов, связанных со зрелыми паттернами сна. Был сделан вывод, что структура и функция взаимодействуют друг с другом. Физическая и сенсорная зрелость связаны с более развитым поведением, однако стимулирующее поведение и опыт могут также способствовать физическому и сенсорному развитию.

В следующий раз мы подытожим тему «ПРЕНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА», которую мы обсуждали на протяжении последних шести недель.

апноэ, концептуальный и постконцептуальный возраст, группа самопомощи, континуум репродуктивных потерь, нестабильная семья, стабильная семейная среда, вынужденная готовность помогать (required helpfulness).

Оригинальная статья: E. Mavis Hetherington, Ross D. Parke. Child Psychology. A contemporary viewpoint. Fourth edition, 1993

Автор перевода: Золотухина Мария Сергеевна

Редакторы: Симонов Вячеслав Михайлович, Шипилина Елена Ивановна

Источник изображения: freepik.com

Ключевые слова: детская психология, научная психология, развитие новорожденного, психология новорожденного, недоношенный ребенок, развитие недоношенных детей, как помочь недоношенному ребенку, апноэ, концептуальный возраст, постконцептуальный возраст, группа самопомощи, континуум репродуктивных потерь, нестабильная семья, стабильная семейная среда, вынужденная готовность помогать (required helpfulness), типы организации семьи.

