ПОСЕЩЕНИЕ НА ДОМУ

Влияние программ посещений на дому на психическое здоровье матери и ребенка

[1]Роберт Т. Аммерман, PhD, [2]С. Дариус Тандон, PhD

[1]Медицинский центр Детской больницы Цинциннати и Медицинский колледж Университета Цинциннати, США, [2]Кафедра педиатрии университета Джонса Хопкинса, США

сентября 2012 г.

Введение

Проблемы психического здоровья (из которых материнская депрессия является наиболее частой) широко распространены среди женщин с низким уровнем доходов. Это не вызывает удивления, поскольку данные женщины находятся в группе риска в связи с воздействием таких факторов как стрессовые события жизни, слабая социальная поддержка, стресс, связанный с уходом за ребенком, трудности в браке и бедность.[1,2] Дети матерей, страдающих от депрессии, в том числе не достигающей клинического уровня, могут испытывать ряд негативных последствий, включая задержки развития, когнитивные нарушения и ненадежную привязанность.[3,4] С этой точки зрения программы посещений на дому занимают уникальное положение среди способов борьбы с материнской депрессией, если принять во внимание большое количество беременных женщин, которых они

обслуживают. В этой главе мы сосредоточимся на последних исследованиях программ посещений на дому, ориентированных на выявление материнской депрессии и принятие ответных мер, выявим пробелы в существующих исследованиях и представим рекомендации, которые могут быть учтены обществом при реализации и разработке программ посещений на дому, направленных на работу с материнской депрессией.

Предмет

Программы посещений на дому программы широко распространены в развитых странах, что является отражением усилий, направленных на оптимизацию развития детей и жизненных обстоятельств матери. Эти программы потребовали существенных финансовых вложений. Исследования показали, что большая часть матерей, пользовавшихся услугами программ посещений на дому, испытывают определенные проблемы в сфере психического здоровья, при этом почти 50 процентов женщин страдают от повышенной депрессивности, достигающей уровня клинического диагноза, в первые, критические, годы развития своего ребенка.[5] Существуют доказательства того, что многим матерям, находящимся в депрессии, не удается в полной мере воспользоваться всеми преимуществами обслуживания по программам посещений на дому.[6] Выявление среди участвующих в программах посещений на дому женщин тех матерей, которые страдают от депрессии или подвержены риску ее развития, а также лечение или профилактика этого состояния и его пагубных последствий могут улучшить результаты реализации этих программ и содействовать здоровому развитию ребенка.

Проблематика

У женщин, впервые ставших матерями, депрессия часто имеет глубокие и долговременные негативные последствия, сказывающиеся на воспитании и развитии ребенка. Находящиеся в состоянии депрессии матери настолько ошеломлены своей новой ролью родителя, что с трудом понимают сигналы младенцев, не справляются с тем, чтобы удовлетворить социальные и эмоциональные потребности своих детей в полной мере и менее терпимо относятся к трудностям в поведении ребенка.[7] В тех случаях, когда дети, особенно на первом году своей жизни, испытывают на себе последствия материнской депрессии, они развивают слабую привязанность к своим родителям, демонстрируют нарушения эмоциональной и поведенческой регуляции, обнаруживают трудности с вниманием и памятью и подвержены большему риску развития психических расстройств в течении

детства.[8] Программы посещений на дому сосредоточены на том, чтобы всячески содействовать здоровому развитию ребенка посредством улучшения родительского обращения и материнских функций. В связи с тем, что во время участия в программах посещений на дому у испытывающих депрессию матерей возникают постоянные проблемы с настроением, они могут извлекать меньшую пользу из услуг, а их дети продолжают испытывать повышенный риск снижения возрастных показателей. Помимо этого, одной из целей программ посещений на дому в случае необходимости является направление матерей в другие организации, которые оказывают профессиональные услуги, в том числе и психиатрическое лечение. Тем не менее, сотрудники служб посещений на дому не всегда могут распознать необходимость направления испытывающих депрессию матерей в соответствующие службы, и, даже если они успешно идентифицировали нуждающуюся в помощи женщину и перенаправили ее в службу психического здоровья, немногие матерей получают эффективное лечение.[6]

Научный контекст

Несмотря на растущее число научных работ, посвященных эффективности программ посещений на дому, материнской депрессии внимание уделяется только в последнее время. Были проведены исследования для определения распространенности материнской депрессии среди потребителей услуги посещений на дому,[9,10,11,12] из которых следует, что доля депрессивных симптомов составляет около 50 процентов. Меньшее количество исследований посвящены проблемам диагностики материнской депрессии в условиях домашних посещений,[9,11] а также специфическим трудностям при проведении диагностических и коррекционных процедур в рамках таких программ.[13,14] После признания распространенности материнской депрессии и ограниченных возможностей ответного отклика программ посещений на дому, были разработаны мероприятия, направленные на профилактику и лечение материнской депрессии.

Ключевые вопросы

Существует три ключевых вопроса:

- Во-первых, каким образом материнская депрессия влияет на такие целевые показатели программ посещений на дому, как, например, воспитание детей родителями, течение жизни матери, здоровье и развитие детей?

- Во-вторых, каковы распространенность и течение материнской депрессии в контексте программ посещений на дому? С этим вопросом связана проблема понимания возможных последствий повышенного уровня депрессивности по сравнению с клинически диагностируемой глубокой депрессией.
- В-третьих, каким должен быть наилучший подход к профилактике и лечению депрессии у молодых матерей, участвующих в программах посещений на дому?

Результаты последних исследований

Программы посещений на дому и материнская депрессия

На сегодняшний день существует ограниченное количество доказательств того, что программы посещений на дому влияют на материнскую депрессию. В одном исследовании двойным слепым методом сравнивали семьи из программ посещений на дому с участниками из контрольной группы, получавшими другие общественные услуги, и обнаружили статистически значимую разницу усредненного показателя депрессивных симптомов через два года после начала программы, однако через три года от начала участия этот контраст оказался несущественным.[15] Второе исследование «Early Head Start» не выявило никаких различий в депрессивных симптомах у участников из экспериментальной и контрольной групп по окончании программы, хотя была обнаружена разница на более позднем этапе, а именно в период перед поступлением детей в садик.[10] Другие исследования двойным слепым методом не обнаружили влияния посещений на дому на симптомы материнской депрессии.[12,16,17]

Существуют доказательства того, что депрессия может оказывать негативное влияние на результаты программ посещений на дому. Депрессия всегда была связана с негативными взглядами на воспитание и ограниченным знанием о развитии детей.[18] В проекте по исследованию и оценке программы «Early Head Start»[6] было установлено, что у страдающих от депрессии матерей ухудшалось взаимодействие с ребенком, кроме того, такие матери испытывали трудности при достижении своих целей в получении образования или в трудоустройстве по сравнению с теми, кто не был в депрессии. С другой стороны, испытывающие депрессию матери показали улучшение результатов по некоторым аспектам взаимодействия с детьми во время выполнения специально организованных заданий. Duggan и соавторы[19] обнаружили, что подверженные депрессии матери с низким уровнем тревожности в отношениях с ребенком, показали улучшения в восприимчивости к

детским сигналам по сравнению с теми, у кого был более высокий уровень подобной тревожности, и теми, кто не участвовал в программе посещений на дому. Исследования программы «Nurse-Family Partnership»[20] получили надежные свидетельства того, что женщины со слабоустойчивой психикой, что включает некоторые симптомы депрессии, извлекают наибольшую выгоду из домашних визитов по программе. Учитывая все вышесказанное, очевидно, что влияние депрессии на результаты программ посещений на дому имеют неоднозначный характер.

Выявление материнской депрессии и ответные меры

Обычно сотрудники программ посещений на дому не выявляют материнскую депрессию и не предпринимают ответных мер в ходе домашних посещений.[11,12,17] Можно указать несколько причин, из-за которых специалисты служб не обращают внимания на материнскую депрессию: например, чувство, что у них нет специальной подготовки, позволяющей им обсуждать данные темы с потребителями услуги; представление о том, что с депрессивными клиентами труднее работать; трудности в определении приоритетных проблем для обсуждения – плохого психического здоровья клиентов или их других насущных потребностей; а также отсутствие ясности относительно границ их полномочий в тех случаях, когда депрессию матери следует лечить.[13,14] Систематическое отслеживание и направление к специалистам женщин во время записи в программы посещений на дому может помочь выявить тех матерей, которым нужна помощь и поддержка при депрессии.

Работа с материнской депрессией

В силу того, что депрессивные матери редко получают эффективную терапию по месту жительства, были разработаны два подхода, которые обеспечивают работу в домашних условиях. Ammerman с коллегами создали Когнитивную поведенческую терапию на дому (In-Home Cognitive Behavioral Therapy, или IH-CBT).[21] IH-CBT является строго регламентированным подходом к работе, которая осуществляется терапевтом с магистерской степенью в точном соответствии с разработанным руководством. Это форма работы с депрессией, адаптированная и модифицированная для применения в домашних условиях на основе методов доказательного исследования (evidence-based); она учитывает уникальные потребности молодых, социально изолированных и живущих в нищете матерей и поощряет сотрудников служб посещений на дому выстраивать тесные отношения сотрудничества с целью достижения самых высоких возможных результатов у матерей и детей. В недавнем клиническом исследовании было обнаружено[22], что у матерей с

диагнозом «глубокая депрессия», проходивших курс IH-CBT и участвовавших в программе посещений на дому, на послелечебной стадии диагностированная степень глубокой депрессии была ниже, по сравнению с теми, кто получал только сопровождение на дому (29,3 % по сравнению с 69,0 % соответственно), через три месяца после прохождения лечения эти показатели были 21,0 % и 52,6 % соответственно. Среди результатов также было отмечено значительное снижение проявлений депрессивных симптомов, оценивавшихся на основе самоотчета, увеличение социальной поддержки, снижение уровня других психиатрических симптомов и увеличение функциональных возможностей.

Beeber и соавторы[23] провели клиническое исследование межличностной психотерапии (interpersonal psychotherapy, IP), в которое были вовлечены 80 недавно иммигрировавших матерей из Латинской Америки в возрасте 15 лет и старше, которые участвовали в программе посещений на дому «Early Head Start». Посредством случайного выбора находящиеся в состоянии депрессии матери были записаны либо на курс IP, либо на курс «стандартного» лечения. Само лечение проводили психиатрические медсестры, которые действовали в партнерстве с переводчиком с испанского языка. Командой исследователей было проведено одиннадцать сессий, и еще пять дополнительных стимулирующих сессий были проведены переводчиком. Результаты показали значительное снижение уровня депрессии по самоотчетам у участниц курса IP по сравнению с женщинами из группы «стандартного» лечения, при этом данные результаты оставались стабильными в течение одного месяца после завершения лечения.

Мероприятия по профилактике материнской депрессии

Учитывая большое количество потребителей услуги посещений на дому, находящихся в группе риска развития клинической депрессии, Tandon и коллеги адаптировали систему корректива вмешательства – «the Mothers and Babies Course» (Курс для мам и малышей) [24] – для использования во время домашних визитов как способ профилактики депрессии. Выводы недавнего исследования с использованием двойного слепого метода показали[25,26], что у участников программы корректива вмешательства симптомы депрессии снижались значительно быстрее, чем у тех, с кем работали традиционными методами, в течение первой недели после начала лечения, через три и шесть месяцев после прохождения курса лечения, при этом наибольший эффект зафиксирован через шесть месяцев после вмешательства. Результаты проведенного структурированного клинического интервью показали, что участники программы корректива вмешательства были менее

подвержены вероятности рецидива депрессивного эпизода в течение шести месяцев после вмешательства по сравнению с участниками традиционных курсов лечения (14,6 % и 32,4 % соответственно).

Неисследованные области

Исследование депрессии в рамках программ посещения на дому все еще находится на начальном этапе. Существует потребность в теоретически обоснованном исследовании того, как материнская депрессия воздействует на результаты программ посещений на дому для матери и ребенка. Основное внимание в этой работе должно быть направлено на более глубокое понимание того, как степень тяжести депрессии и ее протекание взаимодействуют с элементами программы и приводят к положительным или отрицательным результатам. Кроме того, в немногих исследованиях разграничиваются повышенный уровень депрессивности и клинически диагностируемая глубокая депрессия. Вполне возможно, что такое различение может быть важно для понимания того, как депрессия влияет на результаты работы служб посещения на дому, и какой подход к ней лучше всего использовать. Кроме того, для более полного удовлетворения потребностей нуждающихся необходимо идентифицировать смягчающие факторы и механизмы изменений, которые помогут усовершенствовать программы посещений на дому. Данные усовершенствования, скорее всего, коснутся подготовки и курирования сотрудников служб посещения на дому, приведут к изменению учебных программ, введению систематического контроля и диагностирования состояний, внедрению комплексных подходов, направленных на предотвращение депрессии или обеспечение эффективного лечения для тех, кто уже страдает от глубокой депрессии. Существует недостаток информации о долгосрочных последствиях таких дополнений к программам для профилактики и лечения. Глубокая депрессия возникает у человека время от времени, широко распространены рецидивы. Следовательно, самыми многообещающими для пользы матери и ребенка являются подходы к профилактике и лечению, которые снижают риск рецидивов и / или увеличивают интервалы между эпизодами глубокой депрессии в долгосрочной перспективе. Наконец, существует необходимость достичь лучшего понимания того, как распространить обоснованные эмпирическими исследованиями программы профилактики и лечения в более широких масштабах и внедрить их в различные модели программ посещений на дому.

Выводы

Психическое здоровье матери, в частности, депрессия, вызывает серьезную обеспокоенность у организаторов программ посещений на дому. Как показывают исследования, депрессия распространена очень широко. Сотрудники службы домашних посещений, как правило, часто сталкиваются с трудностями при работе с испытывающими депрессию матерями, испытывают затруднения при распознавании депрессии, им не всегда удается направить матерей на курс эффективного лечения психического здоровья по месту жительства. Результаты изучения влияния депрессии на показатели работы программ посещений на дому носят противоречивый характер: некоторые исследования сообщают об отрицательных результатах, а другие предполагают, что страдающие от депрессии матери могут извлечь выгоду из подобных программ. Тем не менее, исследования показывают, что одни только посещения на дому оказывают небольшое положительное влияние на симптомы материнской депрессии. В той степени, в которой матери находятся в состоянии депрессии во время посещений, этот фактор, скорее всего, будет иметь последствия для здоровья и развития ребенка. Появилось несколько подходов к профилактике и терапии депрессии, основанных на доказательном исследовании. Принимая во внимание востребованность дальнейшей разработке этой проблемы, предварительные результаты оценки программ посещений на дому обнадеживают и позволяют предположить, что такие программы представляют собой один из важных путей выявления женщин, которые либо страдают от депрессии, либо подвержены риску развития этого состояния.

Рекомендации родителям, службам и администрации

В связи с тем, что депрессия весьма распространена среди женщин, участвующих в программах посещений на дому, необходимо использовать систематические комплексные подходы для эффективного и своевременного распознавания депрессии и принятия ответных мер. Во-первых, нужно проводить целенаправленное и систематическое обследование каждого вновь поступающего потребителя услуги посещения на дому. На данный момент уже существуют надежный, действенный и быстрый в применении инструментарий обследования, который может быть интегрирован в стандартную процедуру принятия в программу. Во-вторых, программы должны обеспечить обучение сотрудников служб тому, как иметь дело с материнской депрессией во время посещений на дому. Сотрудники служб посещений должны понимать, когда и как работать с материнской депрессией, и когда они должны направить женщину к специалистам в области психического здоровья. Обучение должно также предоставлять рекомендации в том, как

найти баланс в разговоре об определении потребностей семьи с обсуждением тем, касающихся материнской депрессии и других психологических факторов риска, которые препятствуют эффективному воспитанию ребенка. Следует акцентировать развитие профессионально важных навыков сотрудников служб посещений на дому и обеспечить условия для реализации этих навыков. Существуют два подхода, которые уже эффективно применяются в иных контекстах для развития и поддержания навыков персонала: это рефлексивная супервизия[27] и коучинг.[28] В-третьих, в дальнейшем следует продолжить строго научное тестирование расширенного спектра услуг по коррекции психического состояния, предоставляемых программами посещений на дому, а также официально оценить их адекватность и пригодность для профилактики и лечения материнской депрессии. Следует предпринять усилия, направленные на интеграцию профилактических и лечебных мероприятий в рамках единой программы посещения на дому, чтобы охватить весь спектр женщин, нуждающихся в коррективном вмешательстве в связи с материнской депрессией. В каждую из этих рекомендованных областей администрирования и практической работы должны быть привлечены различные заинтересованные стороны (в том числе сотрудники и потребители услуги посещения на дому), чтобы обеспечить разработку экологически валидных подходов и удостовериться в том, что они восприняты местным сообществом и органично включены в его жизнь.

Литература

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8). Boston, MA: Harvard University.
4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention. Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 15, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 107-135.

8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. Child Development, 81, 149-165.

9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W. , Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. Child Abuse & Neglect, 33, 127-138.

10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. Infant Mental Health Journal, 28, 151-170.

11. Tandon, S. D., Parillo, K. M, Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. Maternal Child Health Journal, 9, 273-283.

12. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. Child Abuse & Neglect, 31, 801-827.

13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. Child Abuse & Neglect, 29, 1003-1013.

14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. Early Childhood Research Quarterly, 23, 419-428.

15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.

16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts. Albany, NY: Healthy Families New York.

17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. Child Abuse & Neglect, 28, 623-643.

18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). Healthy Familes Massachusetts final evaluation report. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf.

19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. Journal of Consulting Clinical Psychology, 77, 788-799.

20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.

21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. Maternal and Child Health Journal, 15, 1333-1341.

22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation. Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.

23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. Research in Nursing & Health, 33, 60-76.

24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. Cognitive and Behavioral Practice, 14, 70-83.

25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79, 707-712

26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012).6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011). Practical guide to reflective supervision. Washington, DC: Zero to Three.

28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida.