

**Список літератури**

1. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение / Н. Н. Заваденко // Новости медицины и фармации — 2007. — № 7 (211). — С. 20—22.  
 2. Остапенко О. В. Клініко-психопатологічна характеристика розладів адаптації в учнів загальноосвітніх і спеціалізованих шкільних закладів / О. В. Остапенко // Медична психологія. — Т. 5. — № 4 (20). — 2010. — С. 72—74.  
 3. До питання про реформування долікарського рівня системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні / [М. Н. Папієв, В. В. Лазоришинець, Р. А. Моїсеєнко та ін.] // Новини медицини і фармації. — 2010. — № 4 (309). — С. 3—4.  
 4. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. — СПб., 2000. — 402 с.  
 5. Stewart Ch. Family factors of low-income African American youth associated with substance abuse: an exploratory analysis / Ch. Stewart // J. of Ethnicity in Substance Abuse. — 2002. — Vol. 1. — № 1. — P. 97—111.  
 6. Vakalahi H. F. Adolescent substance use and family based risk and protective factors: A literature review / H. F. Vakalahi // J. Drug Educ. — 2001. — Vol. 31. — № 1. — P. 29—44.

Надійшла до редакції 16.12.2015 р.

**МОЗГОВА Тетяна Петрівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків; e-mail: mozgovaya-tp@mail.ru

**ЛЕЩИНА Ірина Володимирівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків; e-mail: Leshchinaiv@mail.ru

**ФЕДОРЧЕНКО Світлана Валеріївна**, аспірант кафедри невропатології та нейрохірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; e-mail: sveta\_mozgovaya8@mail.ru

**MOZGOVA Tetiana**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: mozgovaya-tp@mail.ru

**LESHCHYNA Iryna**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: Leshchinaiv@mail.ru

**FEDORCHENKO Svitlana**, Postgraduate Student of neuropathology and neurosurgery Department of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: sveta\_mozgovaya8@mail.ru

УДК 616.89; 615.851

*Р. В. Рахманов*

**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ПСИХІАТРИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СІМЕЙ, ДІТИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ТА АУТИЗМ, ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОСТАННІМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

*Р. В. Рахманов*

**Результаты клинко-психиатрического и психологического исследования семей, дети которых страдают детским церебральным параличом и аутизмом, после проведения последним психосоциальной реабилитации**

*R. V. Rakhmanov*

**The results of the clinical, psychiatric and psychological study of the families whose children suffering from cerebral palsy and autism after the psychosocial rehabilitation**

У статті наведено результати комплексного клініко-психіатричного та психологічного дослідження і динамічного спостереження за батьками, діти яких страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП) та аутизм. Проведено диференціальну діагностику психічних розладів у батьків в гострому та хронічному періоді захворювання їхніх дітей. Психосоціальна реабілітація дітей з ДЦП та аутизмом мала позитивний опосередкований вплив на психічне здоров'я їхніх батьків: зменшення невротичних, фобічних і іпохондричних розладів, рівня тривоги і депресії, агресії й негативізму. Встановлено, що відновлення психічного стану батьків, незалежно від ефективності психотерапії та психосоціальної реабілітації дитини, було помірним і недостатнім. Під час проведення психосоціальної реабілітації дітям залучали батьків, що дозволило нам оптимізувати заходи з первинної профілактики психічних розладів в сім'ї та розробити для них алгоритм комплексного лікування.

**Ключові слова:** психічні розлади, психосоціальна реабілітація, психотерапія, батьки, діти, ДЦП, аутизм

В статье приведены результаты комплексного клинко-психиатрического и психологического исследования, а также динамического наблюдения за родителями, дети которых страдают детским церебральным параличом (ДЦП) и аутизмом. Проведена дифференциальная диагностика психических расстройств у родителей в остром и хроническом периоде заболевания их детей. Психосоциальная реабилитация детей с ДЦП и аутизмом имела положительное опосредованное влияние на психическое здоровье их родителей: снижение невротических, фобических и ипохондрических расстройств, уровня тревоги и депрессии, агрессии и негативизма. Установлено, что восстановление психического состояния родителей, независимо от эффективности психотерапии и психосоциальной реабилитации ребенка, было умеренным и недостаточным. При проведении детям психосоциальной реабилитации привлекали родителей, что позволило нам оптимизировать мероприятия по первичной профилактике психических расстройств в их семьях и разработать алгоритм комплексного лечения.

**Ключевые слова:** психические расстройства, психосоциальная реабилитация, психотерапия, родители, дети, ДЦП, аутизм

The article contains results of complex clinical, psychiatric and psychological research and dynamic observation of parents whose children suffering from cerebral palsy and autism. A differential diagnostics of mental disorders in the parents of acute and chronic stage of the disease of their children are analyzed. Psychosocial rehabilitation of children with autism and cerebral palsy had a positive indirect impact on the mental health of parents: decrease of neurotic, phobic disorders and hypochondria, levels of anxiety and depression, aggression and negativity. Level of parent's mental health, regardless of the effectiveness of child psychotherapy and psychosocial rehabilitation, were modest and insufficient. Child psychosocial rehabilitation should involve the parents, which will optimize measures of primary prevention of mental disorders in the family and develop for them a comprehensive treatment algorithm.

**Keywords:** mental disorders, psychosocial rehabilitation, psychotherapy parents, children, cerebral palsy, autism

Проблема ранньої діагностики психічних розладів у батьків, діти яких страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП) та аутизм, на сьогоднішній день залишається ще недостатньо вирішеною [2, 3, 5]. Аутизм, розлади аутистичного спектра і ДЦП діагностують у 0,2 % дітей, з яких — 80—95 % дітей з аутизмом страждають затримкою психічного розвитку, а 57—75 % дітей з ДЦП — різними психічними порушеннями [1, 6]. Вони потребують всебічного постійного дбайливого догляду та батьківської підтримки [2, 6]. На жаль, народження дитини з затримкою психічного розвитку є значним стресом для молодих батьків, вони часто мають почуття провини перед дитиною, а діагноз дитини сприймають неоднозначно, що формує в них затяжну психотравмуючу ситуацію [4, 7]. Проведені нами клініко-психопатологічні та психологічні дослідження показують досить велику частоту невротичних розладів у таких батьків. Відносно висока частота виявлення психічних розладів у членів сімей, які виховують дітей з ДЦП та аутизмом, вказує на необхідність проведення своєчасної діагностики психічних розладів та надання реабілітаційних заходів як тяжкохворій дитині, так і її батькам.

Мета дослідження: провести клініко-психіатричне та психологічне дослідження сімей, які виховують дітей з ДЦП і аутизмом, та оцінити особливості формування, розвитку і регресу психічних розладів у батьків протягом психосоціальної реабілітації дітей.

Впродовж 2010—2015 рр. на базі КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР (м. Дніпропетровськ) проведено обстеження 430 сімей (215 матерів і 155 чоловіків): 159 (37,0 %) з них виховують дитину з ДЦП — 96 матерів (60,4 %) і 63 чоловіки (39,6 %); 211 (49,1 %) сімей виховують дітей з аутизмом — 119 матерів (56,4 %) і 92 чоловіки (43,6 %). Контрольну групу склали 60 (13,9 %) сімей — по 30 осіб в групі I і II, відповідно. Середній вік обстежених батьків був  $32 \pm 1,5$  роки. Тривалість виховання та догляду за хворими дітьми становила 5—10 років.

Симптоматика психічних розладів неспихотичного регістру у батьків, як правило, виражалася суб'єктивними проявами. Їхній стан оцінювали як до курсу лікування, так і після завершального його етапу. Для цього нами була застосована уніфікована карта, яка дозволила провести раннє диференціальне діагностування різних форм психічних розладів у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм.

Ступінь виразності психопатологічних синдромів у батьків виявляли за допомогою Симптоматичного опитувальника Е. Александровича (1977) та тесту Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» (1972), які мали на меті виявлення психічних розладів та визначення ставлення обстежених до встановлених порушень. Рівень невротизації оцінювали за методикою Л. І. Вассермана (1995). Тривожно-депресивні розлади виявляли за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) (1983). Психосоматичний стан та соціальну активність хворих з психічними розладами визначали за методикою «САН: Самопочуття, Активність і Настрій» (1973). Для виявлення у батьків ситуативної та реактивної тривожності використовували тест Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна (1976).

Оброблення отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Стьюдента для визначення вірогідності різниць між групами. Математичні розрахунки проводили за допомогою програми Statistica for Windows, Release 6.0 та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної і статистичної обробки SPSS 11.0 (С. Н. Лапач, 2000).

### Психологічна реакція батьків на діагноз

Під час клінічного обстеження батьків, діти яких страждають на аутизм та ДЦП, було досліджено їхню психічну й емоційну сфери а також психологічні функції. Характер реакції батьків на діагноз дитини в гострому (в момент встановлення діагнозу) та підгострому періодах (перші декілька тижнів) наведено у таблиці 1. Першими реакціями у них були шок, почуття безвихідності, відчай, провини перед дитиною, істеричні та невротичні реакції, депресивні стани, реакція агресії. Поведінкові розлади батьків мали свої особливості: одні батьки замикалися на здоров'ї дитини як на горі й обмежували соціальне спілкування, приховуючи своє особистісне нещастя, інші характеризувалися відсутністю опозиційної поведінки або меншою її вираженістю в порівнянні з батьками здорових дітей.

В гендерному аспекті матері частіше мали невротичний зрив або депресію, оскільки відчували себе неспроможними допомогти тяжкохворій дитині. Проте вони легше адаптувались до ситуації у родині, оскільки ближче контактували з дитиною. Більшість з них все ж скаржились на зниження пам'яті, забудькуватість та неувважність, частий головний біль, відчуття втоми та слабкість, безсоння, а інші — навпаки — на сонливість з приводу проблемного догляду за тяжкохворюю дитиною, артеріальну гіпертензію та інші.

Таблиця 1. Реакція батьків на діагноз дитини (гострий період)

Реакція батьків на діагноз	Сім'я, яка виховує дитину			
	з аутизмом, %		з ДЦП, %	
	матері	чоловіки	матері	чоловіки
Шок	21,8	13,0	47,9	39,7
Безвихідність	18,5	14,1	54,2	15,9
Переляк	19,3	15,2	33,3	36,5
Істеричні реакції	21,0	6,5	19,8	7,9
Непритомність	24,3	6,5	37,5	9,5
Суїцидальні наміри	10,1	1,1	22,9	1,6
Втрата інтересу	22,7	4,3	30,2	4,8
Погіршення самопочуття	46,2	8,7	58,3	19,0
Невіра у діагноз	21,0	13,0	18,8	15,9
Образа на лікарів	13,4	2,2	27,1	19,0
Почуття провини	18,5	2,2	—	—
Відчай	49,0	20,6	19,3	3,3
Образа на чоловіка, дружину	4,2	1,6	4,2	1,1

Емоційні розлади у чоловіків проявлялися поведінкою уникнення, вони завантажували себе роботою, різними справами, уникали догляду за дитиною, участі у лікуванні (табл. 2).

Затримка психічного розвитку дитини створювала емоційне напруження у подружніх відносинах. У батьків виникали реакції агресії в ситуаціях емоційного напруження, спровоковані обговоренням та вирішенням проблем фізичного та психічного розвитку дитини, які часто і безпідставно поширювалися на оточуючих. Це спричинювало виникнення і загострення конфліктів у сім'ї. На епізодичні конфлікти скаржились 45,8 % матерів і 59,1 % чоловіків, на постійні сімейні сварки — 12,5 % матерів і 27,3 % батьків, конфлікти, орієнтовані на хвору дитину, провокували 4,1 % матерів і 9,1 % чоловіків відповідно.

Таблиця 2. Загальна психоемоційна характеристика обстежених батьків на етапі первинного дослідження

Психоемоційний стан батьків	Група I Сім'ї, діти яких страждають на ДЦП (n = 159)				Група II Сім'ї, діти яких страждають на аутизм (n = 211)			
	Мати (n = 96)		Батько (n = 63)		Мати (n = 119)		Батько (n = 92)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Поверхневий сон / безсоння	32	33,3	11	17,5	38	31,9	15	16,3
Загальна слабкість	28	29,2	9	14,3	33	27,7	13	14,1
Розлади артеріального тиску, гіпертензія	32	33,3	9	14,3	39	32,8	12	13,0
Запаморочення	12	12,5	1	1,6	11	9,2	2	2,2
Втрата мотивації і настрою	40	41,7	1	1,6	48	40,3	3	3,3
Частий головний біль	44	45,8	6	9,5	52	43,7	8	8,7
Сонливість	72	75,0	2	3,2	65	54,6	3	3,3
Страх	48	50,0	28	44,4	55	46,2	40	43,5
Швидка втома	40	41,7	6	9,5	48	40,3	9	9,8
Зниження пам'яті, неувважність	44	45,8	26	41,3	52	43,7	34	37,0
Роздратованість	68	70,8	42	66,7	78	65,5	59	64,1

### Клініко-психіатрична характеристика психічних розладів у батьків у віддаленому періоді

Клініко-психіатричне обстеження дозволило встановити картину психічних розладів у батьків. Відповідно до МКХ-10, домінуючими психічними розладами у них були депресивні епізоди легкого ступеня (F32.0), фобічні тривожні розлади, що мали прояви епізодів страху і жаху (F40.9), розлади адаптації з переважанням розладів інших емоцій (F43.23), неврастенічні (F45.2), іпохондричні (F45.2), змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2).

Структура психічних розладів мала деякі гендерні відмінності. Так, матері тяжкохворих дітей страждали на тривожно-депресивні та іпохондричні розлади, дереалізацію, а чоловіки — на епізоди депресії (F32.0) та неспецифічні пасивно-агресивні розлади (F60.8). Зважаючи на анамнез тяжкохворих дітей, неврастенічні розлади (F45.2) частіше виявлялися у родинах, діти яких страждають на ДЦП і більшою мірою — у матерів, незалежно від анамнезу захворювання дитини.

Матері тяжкохворих дітей страждали хронічними станами перевтоми (Z73.0) та недостатністю відпочинку і розслаблення (Z73.2), особливо якщо у сім'ї була ще одна або декілька дітей, це створювало для жінок додаткові труднощі у вихованні декількох дітей, оскільки їхні психомовний і психомоторний рівні суттєво різнилися.

### Рівень психічних розладів у батьків протягом психосоціальної реабілітації дітей

Діагноз психічного розладу став для батьків психотравмуючою подією, що з часом спричиняло у них розвиток психопатологічних порушень. В процесі психотерапевтичного лікування дітей у батьків відмічено позитивну динаміку відновлення психоемоційного стану. Вони починали надіятися на позитивний результат лікування дитини, а також на адекватне ставлення оточуючих до її діагнозу. З кожним наступним курсом терапії поведінка батьків характеризувалася появою відчуття легкості і заспокоєння; відмічено відновлення сну, високу мотивацію до наступних курсів лікування. Відновлення стану дитини навіть на 20 % батьки оцінювали як велике щастя, оскільки у них з'являлася надія на наступні курси терапії.

Статистичні дані засвідчили зменшення частоти скарг батьків на власне самопочуття (табл. 3). Отримані результати свідчать, що чоловіки, порівняно до жінок, мають кращу динаміку психофізичного відновлення. Це пояснюється тим, що вони менш залучені до щоденного догляду та виховання дитини, а у матерів психічні розлади були більш глибокими.

Таблиця 3. Статистика скарг батьків після курсу психосоціальної реабілітації дітей з ДЦП та аутизмом

Рівень відновлення психічного стану	Сім'я, яка виховує дитину			
	з аутизмом		з ДЦП	
	матері	чоловіки	матері	чоловіки
Кількість скарг хворих до лікування дитини, абс.	1609	586	1607	592
Кількість скарг після лікування дитини, абс.	841	249	876	269
Середня ефективність лікування, %	49,9	67,4	53,0	71,3

Методика анкетування дозволила оцінити рівень зменшення психічних розладів за умов позитивного результату реабілітації дитини. За Симптоматичним опитувальником Е. Александровича домінуючими психічними розладами були фобічні тривожні розлади (F40.9), неврастенічні, депресивні, істеричні й іпохондричні розлади (F41.2, F60.4), пограничні тривожно-депресивні розлади і реакції, депресивні епізоди легкого ступеня без психотичних симптомів (F32.0, F32.2). Після лікування дитини відмічено зменшення рівня фобічних, неврастенічних та іпохондричних розладів, збільшення рівня соціальної та подружньої реалізації. Кількісний аналіз показав такий ступінь відновлення психічного здоров'я: сім'я, яка виховує дитину з ДЦП, — 40,4 % для матерів і 24,6 % для чоловіків; сім'я, яка виховує дитину з аутизмом, — 32,7 % для матерів і 44,0 % для чоловіків.

Вираженість невротичних розладів (F45.2) (за методом Л. І. Вассермана) зменшилася до донозологічного стану лише у жінок, які виховують дітей з ДЦП, а в інших

обстежених осіб відмічено поодинокі прояви відновлення психічного здоров'я. Зменшення симптоматики невротичних розладів мало місце у вигляді зниження тривожності, агресивності, ригідності та інших проявів психічних реакцій у батьків.

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) і тестом Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна встановлено опосередкований вплив психосоціальної реабілітації тяжкохворої дитини на психічне здоров'я батьків.

Виражені тривожні розлади (F41.1) виявлено у 32 матерів і 13 чоловіків, діти яких страждають на ДЦП, а після лікування — лише у 7 жінок; у 47 матерів і 28 чоловіків, діти яких страждають на аутизм, а після лікування — лише у 16 жінок.

Депресивні епізоди легкого ступеня без психотичних симптомів (F32.0) при першому обстеженні виявлено лише у 16 матерів, діти яких страждають на ДЦП, а після лікування — тільки пограничні розлади, або повне відновлення; у 24 матерів і 19 чоловіків, діти яких страждають на аутизм, а після лікування — у 9 жінок.

Встановлено суттєве зменшення ступеня фрустрації, агресивності та ригідності, що підтверджено за тестом Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів». Збільшилась активність батьків на психологічному, соціальному і фізичному рівнях, покращився настрій і ступінь мотивації. Середня опосередкована ефективність психосоціальної реабілітації дітей за шкалою «САН: Самопочуття, Активність і Настрій» щодо психічного стану батьків мала такі дані: у сім'ях, які виховують дітей з аутичними розладами, — 45,2 % для жінок і 41,2 % для чоловіків; у сім'ях, діти яких страждають на ДЦП, — 49,5 % для жінок і 28,3 % для чоловіків.

Таким чином, результати комплексного обстеження та динамічного спостереження за сім'ями тяжкохворих дітей з ДЦП, аутизмом та затримкою психічного розвитку істотно заповнюють брак відомостей про частоту, особливості формування і клінічні прояви психічних розладів у дітей та їхніх батьків, відновлення психічного здоров'я в процесі їх психосоціальної реабілітації. Отримані дані дають можливість психіатрам, педіатрам, психологам та соціальним працівникам реалізовувати свої завдання на якісно новому рівні. Проте психосоціальну, психофізичну і психофізіологічну реабілітацію дітей треба проводити в максимально досяжних умовах, під наглядом фахівців, стаціонарно або амбулаторно, та за обов'язковою участю обох батьків. Разом з тим, зміни психічного стану батьків, незалежно від ефективності психотерапії та

психосоціальної реабілітації дитини, є помірними і недостатніми, можливі лише незначні позитивні зрушення. У зв'язку з цим їхня медико-соціальна реабілітація є довгостроковою проблемою, а отримані у дослідженні результати дозволили оптимізувати заходи з первинної профілактики психічних розладів у батьків та розробити для них алгоритми надання психотерапевтичної допомоги у комплексному лікуванні.

#### Список літератури

1. An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents // C. Rhind, E. Bonfioli, R. Hibbs [et al.] // *Mol. Autism*. — 2014. — Vol. 5(1). — P. 56.
2. Child, parent, and service predictors of psychotropic polypharmacy among adolescents and young adults with an autism spectrum disorder // J. K. Lake, J. A. Weiss, J. Dergal [et al.] // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* — 2014. — Vol. 24(9). — P. 486—493.
3. Hock R. Examining treatment adherence among parents of children with autism spectrum disorder // R. Hock, A. Kinsman, A. Ortaglia // *Disabil. Health J.* — 2015. — Vol. 8(3). — P. 407—413.
4. Brandão M. B. Functional priorities reported by parents of children with cerebral palsy: contribution to the pediatric rehabilitation process // M. B. Brandão, R. H. Oliveira, M. C. Mancini // *Braz. J. Phys. Ther.* — 2014. — Vol. 18(6). — P. 563—571.
5. Impact of child and family characteristics on cerebral palsy treatment // [G. Rackauskaite, P. Uldall, B. Bech, J. Østergaard] // *Dev. Med. Child Neurol.* — 2015. — Vol. 57(10). — P. 948—954.
6. Bjorgaas H. M. Psychiatric disorders among children with cerebral palsy at school starting age // H. M. Bjorgaas, M. Hysing, I. Elgen // *Res. Dev. Disabil.* — 2012. — Vol. 33(4). — P. 1287—1293.
7. Суроєгина А. Ю. Адаптация родителей к разным типам хронического инвалидизирующего заболевания ребенка (последствиями спинальной травмы и детского церебрального паралича в подростковом и юношеском возрасте) / А. Ю. Суроєгина, А. Б. Холмогорова // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2015. — № 1(85). — С. 177—195.

Надійшла до редакції 15.01.2016 р.

**РАХМАНОВ Рагіф Вагіфович**, аспірант відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; лікар-психіатр Комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, м. Дніпропетровськ; e-mail: vagif@rahmanov.dp.ua

**RAKHMANOV Ragif**, Postgraduate Student of the Department of social and clinical narcology of the Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; Physician-psychiatrist of the Public Health Institution "Dnipropetrovsk clinical psychoneurological hospital" of Dnipropetrovsk regional council, Dnipropetrovsk; e-mail: vagif@rahmanov.dp.ua