

УДК: [616.714+616.831]-001-053.2.173.7:364-781

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.109176

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ НЕМОВЛЯТ З ВАЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ ЯК ОСНОВА СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ДИТЯЧІЙ НЕЙРОХІРУРГІЇ

© О. Е. Духовський

З метою вивчення особливостей емоційних розладів у батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою проведено комплексне обстеження 137 родини немовлят з важкою черепно-мозковою травмою.

Хвороба дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, яка приводила до розвитку тривожно-депресивних станів, структура яких представлена тривожно-депресивним, астено-депресивним, депресивно-апатичним і дисфоричним варіантами

Ключові слова: батьки немовляти, черепно-мозкова травма, емоційні розлади, тривога, депресія, астенія

1. Вступ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з важливих і актуальних проблем дитячої травматології, що має велике соціальне та медичне значення в силу своєї поширеності та тяжкості наслідків [1, 2]. Як свідчать результати епідеміологічних досліджень у країнах СНД частота випадків ЧМТ у немовлят становить 25–25,9 % [3, 4]. В Україні серед усіх випадків постраждалих від ЧМТ дітей 27,9 % складають діти першого року життя. [5].

Черепно-мозкова травма дитини – це потужна стресова ситуація, яка створює передумови для розвитку порушення психоемоційного стану батьків, що, у свою чергу, негативно впливає як на стан батьків, так і на стан дитини та потребує заходів психотерапевтичної корекції [6].

Батьки дитини, немовляти з важкою черепно-мозковою травмою, перебувають під високим психологічним тиском, результатом якого стають порушення психоемоційної сфери та інші прояви психосоціальної дезадаптації. В цей період особливо актуальним є пошук джерел медико-психологічної підтримки, збільшення психологічного адаптаційного ресурсу батьків [7].

2. Обґрунтування дослідження

Значною проблемою медичної психології є вивчення порушень психоемоційного стану батьків, дитини з важкою хворобою, що має вагоме медико-соціальне значення та свідчить про необхідність розробки системи діагностики, корекції та психопрофілактики порушень психоемоційної сфери у батьків немовлят з важкою черепно-мозковою травмою, з метою покращення умов надання спеціалізованої медичної допомоги [8, 9].

Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Водночас, самопочуття дитини залежить від психічного стану її батьків, в особливості, того з них, хто є емоційно ближчим [10].

Сам факт важкої ЧМТ дитини спричиняє «коливальний ефект» у родині, що полягає у виник-

ненні страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного укладу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційну тривогу, зрушення у функціонуванні родини та посилення сімейного напруження та інше [10].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Комплексне вивчення особливостей емоційних розладів у батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 137 родини (мати та батько) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму та знаходились на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова протягом 2013–2016 рр. Усі обстежені сім'ї були повні (мати та батько), середній вік батьків склав $27,0 \pm 3,0$ роки.

У дослідженні були використані наступні методи обстеження: анамнестичний; психодіагностичний з використанням опитувальника нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин, 1984), клінічних шкал тривоги й депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988), шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента.

5. Результати дослідження

Як показали результати дослідження черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків, у 81,1 % обстежених жінок та 75 % чолові-

ків виявлено порушення психоемоційної сфери. Вони пред'являли скарги на знижений фон настрою (79,5 % обстежених), пригніченість (66,2 %), плаксивість (27,4 %), почуття суму й туги (69,5 % опитаних), почуття тривоги, постійного внутрішнього напруження (74,6 %), небажання спілкуватися (42,3 %), порушення циклу сон-неспанн (56,2 %), загальну слабкість, млявість і швидко стомлюваність (36,2 %), стани розгубленості (64,7 %). Доглядаючи за дитиною скаржилися на труднощі в адаптації до знаходження з дитиною в стаціонарі (39,2 %), проблеми вилучення з професійної діяльності (32,1 %).

У 49,2 % батьків чітко звучали тривожні побоювання щодо можливих невдач у лікуванні дитини, 56,2 % – наявність нав'язливих думок про наслідки ЧМТ. Нав'язливі думки підсилювалися у вечірній і нічний час, що перешкоджає засипанню. Крім того, порушення сну характеризувалися кошмарними сновидіннями, переривчастим сном, раннім пробудженням з неможливістю заснути (табл. 1).

Таблиця 1

Структура скарг батьків немовляти з важкою ЧМТ (%)

знижений фон настрою	79,5
пригніченість	66,2
плаксивість	27,4
сум і туга	69,5
тривога, постійне внутрішнє напруження	74,6
небажання спілкуватися	42,3
слабкість, млявість	36,2
порушення циклу сон-неспанн	56,2
розгубленість	64,7
труднощі в адаптації до знаходження в стаціонарі	39,2
проблеми вилучення з професійної діяльності	32,1
побоювання	49,2
нав'язливі думки	56,2

У 53,6 % обстежених виявлено легкій (16,4±1,3 бали), у 32,3 % помірний (24,6±1,7 бали) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 55,4 % обстежених хворих виявлено легкій (16,6±1,3 бали), у 40,2 % помірний (24,9±1,8 бали) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона.

У жінок рівень тривожно-депресивних проявів був більш виражений, ніж у чоловіків.

Проведене психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера в обстежених батьків (58,89 та 59,19 балів відповідно) з більш високими показниками серед матерів, високій рівень виразності нервово-психічної напруги по шкалі Т. А. Немчина (69,41 бал).

59,3 % обстежених батьків скаржилися на численні проблеми, які виникали у родині у зв'язку з захворюванням дитини:

– зміну звичного укладу життя; психічне напруження;

– зміна соціальної ролі одного з подружжя (графік роботи, звільнення, зростання робочого навантаження);

– перерозподіл обов'язків у родині (мати суто займається дитиною, батько фінансовими питаннями);

– зменшення часу на відпочинок, спілкування з друзями та відповідно фізичне і емоційне відновлення;

– необхідність адаптуватися до незвичної навколишньої обстановки, сприймати нову і незрозумілу інформацію, приймати складні рішення;

– побутові та фінансові проблеми.

У 49,3 % обстежених родин відмічались прояви сімейного неблагополуччя.

Жінки, у повірванні з чоловіками важче переносять хворобу дитини, психотравмуюче зростання їх функціональної ролі матері, дистанціювання та неучасть чоловіка у догляді за дитиною і справах сім'ї, відчуття цілковитої поглиненості хворобою дитини і її лікуванням, всупереч власним потребам, залежністю від обставин, що викликало внутрішньособистісний конфлікт, зростання внутрішньої напруженості та порушення міжособистісної, в тому числі, сімейної, взаємодії. В цілому раніше наявні проблеми у стосунках між батьками на тлі стресової ситуації лише поглиблювалися.

Чоловіки відзначали емоційне дистанціювання дружин (35,1 %) або, навпаки, зростання їх психологічної залежності (29,3 %), що приводило до дисбалансу у подружніх стосунках. 68 % батьків вважали догляд за дитиною суто жіночою справою, що провокувало вкрай негативну реакцію дружин, що відбивалося на сімейних стосунках у подружжі і спричиняло конфлікти.

На основі отриманих у ході дослідження даних, були виділені наступні варіанти емоційних розладів в обстежених батьків немовлят з важкою ЧМТ: тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресивно-апатичний і дисфоричний.

У структурі тривожно-депресивного варіанту (40,9 %), домінували подавлені настрої з почуттям тривоги й страху, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, занепокоєння впливом хвороби та лікування на фізичний та психічний розвиток дитини, загострення сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньособистісних конфліктів, відчуття паніки, розгубленості в поєднанні з почуттям розпачу й безвихідності. Найчастіше епізоди загострення тривоги супроводжувалися приєднанням дисфоричного афекту з невдоволенням і дратівливістю, відзначалися вибухи гніву при незначних розбіжностях із сусідами по палаті, медичним персоналом, лікарем.

При астено-депресивному варіанті (22,5 %) пригнічений настрої поєднувався з вираженим виснаженням, спостерігалися явища гіперстезії, що виражалися підвищеною збудливістю, дратівливістю по найменшому приводу, слабкість концентрації

уваги з неухважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися.

У клінічній картині депресивно-апатичного варіанту (20,5 %) переважали загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужність до всього й депресивний фон настрою.

Дисфоричний варіант (16,1 %) характеризувався тужно-злобно-похмурим настроєм. У обстежених батьків відзначалися дратівливість із періодично виникаючими спалахами люті, гніву й злості, іноді супроводжуваними агресією, спрямованою на найближче оточення (членів родини, сусідів по палаті, і медичний персонал).

Таким чином, для батьків наслідками тяжкої хвороби дитини були:

- виникнення інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію (82,3 %);
- трансформація психологічних реакцій у виражені тривожно-депресивні розлади (79,4 %);
- дезадаптивна поведінка під час етапів лікувального процесу (61,1 %);
- психосоціальна дезадаптація (40,1 %);
- порушення міжособистісних стосунків (87,2 %);
- деформація сімейної взаємодії (72,3 %).

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу батьків немовляти з важкою ЧМТ.

6. Обговорення результатів дослідження

Як показали результати дослідження для батьків немовляти з важкою ЧМТ характерні високий рівень емоційної напруги, різке посилення негативних емоцій, афект туги та тривоги, депресивні прояви.

Як показали результати дослідження хвороба дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, яка приводила до розвитку тривожно-депресивних реакцій та станів. За даними психодіагностичного обстеження у батьків відмічалися легкій

помірний депресивний та тривожний епізоди за шкалою Гамільтона; високі рівні ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера, високий рівень виразності нервово-психічної напруги по шкалі Т. А. Немчина.

Структура психоемоційних порушень у батьків немовлят з важкою ЧМТ представлена тривожно-депресивним, астено-депресивним, депресивно-апатичним і дисфоричним варіантами.

Отримані дані, щодо специфіки психоемоційних порушень у батьків немовляти з важкою ЧМТ корелюють з даними вітчизняних дослідників щодо станів дезадаптації батьків важкохворої дитини [11, 12] та свідчать про необхідність подальшої розробки системи медико-психологічного супроводу батьків дитини раннього віку з важким захворюванням [13].

Вивчення особливостей психоемоційного стану батьків важкохворої дитини є важливим для практичної роботи лікаря оскільки дозволяє диференційовано прогнозувати можливість виникнення та ступінь важкості емоційних порушень та розладів адаптації для визначення оптимальної схеми їх корекції та профілактики.

7. Висновки

1. Черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків та приводить до порушення психоемоційної сфери.

2. Структура психоемоційних порушень у батьків немовлят з важкою ЧМТ представлена тривожно-депресивним (40,9 %), астено-депресивним (22,5 %), депресивно-апатичним (20,5 %) і дисфоричним (16,1 %) варіантами.

3. Для батьків дитини раннього віку з важкою ЧМТ характерні легкій та помірний депресивний та тривожний епізоди за шкалою Гамільтона; високі рівні ситуативної й особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера, високий рівень виразності нервово-психічної напруги по шкалі Т. А. Немчина.

Література

1. Polinder, S. Health-related quality of life after TBI: a systematic review of study design, instruments, measurement properties, and outcome [Text] / S. Polinder, J. A. Naagsma, D. van Klaveren, E. W. Steyerberg, E. F. van Beeck // *Population Health Metrics*. – 2015. – Vol. 13, Issue 1. doi: 10.1186/s12963-015-0037-1
2. Von Steinbuechel, N. Assessment of Health-Related Quality of Life after TBI: Comparison of a Disease-Specific (QOLIBRI) with a Generic (SF-36) Instrument [Text] / N. Von Steinbuechel, A. Covic, S. Polinder, T. Kohlmann, U. Cepulyte, H. Poinstingl et. al. // *Behavioural Neurology*. – 2016. – Vol. 2016. – P. 1–14. doi: 10.1155/2016/7928014
3. Валиулина, С. А. Черепно-мозговая травма у детей: эпидемиология и основные принципы организации медицинской помощи [Текст] / С. А. Валиулина, С. А. Промыслова, А. И. Тютюкина и др. – М., 2014. – 24 с.
4. Квасніцький, М. В. Діагностика та надання першої медичної допомоги при черепно-мозковій травмі [Текст] / М. В. Квасніцький // *Медицина неотложных состояний*. – 2013. – № 3 (50). – С. 34–38.
5. Казаков, В. Е. Иммуные нарушения как предвестники неблагоприятного течения черепно-мозговой травмы [Текст] / В. Е. Казаков // *Український вісник психоневрології*. – 2014. – Т. 22, № 1 (78). – С. 129–131.
6. Wang, H.-C. Serial Serum Leukocyte Apoptosis Levels as Predictors of Outcome in Acute Traumatic Brain Injury [Text] / H.-C. Wang, T.-M. Yang, Y.-J. Lin, W.-F. Chen, J.-T. Ho, Y.-T. Lin et. al. // *BioMed Research International*. – 2014. – Vol. 2014. – P. 1–11. doi: 10.1155/2014/720870
7. Маркова, М. В. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития [Текст] / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 28–32.

8. Маркова, М. В. Функціональність сімейної системи як фактор предикції / превенції розвитку порушень психічного здоров'я у батьків дітей, хворих на онкологічну патологію [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 4 (58). – С. 49–53.
9. Піонтковська, О. В. Поведінкові патерни подолання стресу у батьків онкохворих дітей [Текст] / О. В. Піонтковська // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2013. – № 1 (32). – С. 80–83.
10. Кужель, І. Р. Оцінка рівня стресу та вираженості психопато-логічної симптоматики серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих [Текст] / І. Р. Кужель // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 50–59.
11. Піонтковська, О. В. Стан психічного здоров'я батьків дітей з онкологічною патологією [Текст] / О. В. Піонтковська // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 1 (74). – С. 90–94.
12. Ветрила, Т. Г. Состояние психического здоровья членов семьи, в которой растет ребенок с нарушением психического развития [Текст] / Т. Г. Ветрила // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 2 (57). – С. 47–51.
13. Завгородня, Н. І. Механізм формування і клінічні особливості розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину [Текст] / Н. І. Завгородня // Експериментальна і клінічна медицина. – 2014. – № 1 (62). – С. 131–136.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 10.05.2017*

Духовський Олександр Ерікович, завідувач відділення, дитяче нейрохірургічне відділення, Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова, пров. Балакірева, 3-а, м. Харків, Україна, 61018
E-mail: alex_duhneiro@me.com

УДК: 616.89

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.109173

РОЗРОБКА МЕТОДОЛОГІЇ АРТ-ТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

© О. О. Кришталь

У ході дослідження запропонована двоетапна система арт-терапії в комплексній терапії хворих на шизофренію та доведено їх ефективність. Встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування хворих та позитивна динаміка позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів за шкалою PANSS.

Арт-терапія сприяє швидкій соціальній реінтеграції хворих на шизофренію, покращення якості їх життя
Ключові слова: арт-терапія, хворі на шизофренію, соціальне функціонування, позитивні, негативні, загальні психопатологічні синдроми

1. Вступ

Шизофренія – одне з найбільш поширених психічних розладів, що характеризується поліморфізмом психопатологічних проявів, в основному у сфері мислення, емоцій і волі, а також порушенням єдності психічних процесів і призводить до несприятливих соціальних і економічних наслідків [1].

Хворі на шизофренію займають до 50 % ліжок психіатричних стаціонарів і дають один з найбільш високих відсотків непрацевдатності [2].

В даний час в Україні ведеться робота з оптимізації функціонування психіатричної служби, метою якої є надання максимально ефективної спеціалізованої допомоги пацієнтам [3]. При цьому підвищення ефективності надання спеціалізованої допомоги проводиться за двома напрямками: впровадження сучасних фармакологічних препаратів з підбором оптимальних засобів лікування і впровадження нових форм немедикаментозно орієнтованої допомоги пацієнтам [4, 5].

Арт-терапія є одним із сучасних методів психотерапевтичного впливу, який використовує можливість образотворчого мистецтва в поєднанні з лікувальними факторами, пов'язаними з відносинами пацієнта з фахівцем та групою [6].

2. Обґрунтування дослідження

Сучасний етап розвитку психіатрії характеризується широким використанням атипичних нейролептиків, які досить швидко купірують продуктивну і негативну психопатологічну симптоматику, покращують когнітивний дефіцит і володіють мінімальними побічними ефектами [7]. Надзвичайно важливим фактором також є можливість швидкого відновлення якості життя та соціального функціонування у хворих на шизофренію [8].

Сьогодні арт-терапія набуває все більшої популярності. Методи арт-терапії належать до проєктивних методик, за допомогою яких здійснюється сублімація в зовнішній світ найбільш тривожних