

Методологія корекції психопатологічних розладів у дітей 1,5-3,5 років життя із перинатальним ураженням мозку

Н.Г.Міхановська

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України»
Харків, Україна

В роботі представлено результати власних досліджень. Запропоновано методологію корекції психопатологічних розладів у дітей 1,5-3,5 років життя із перинатальним ураженням мозку, особливістю якої є діагностично-психотерапевтична інтерактивна модель, спрямована на корекцію порушень психіки дитини і діадних відносин із матір'ю.

Ключові слова: діти, перинатальне ураження мозку, діагностично-психотерапевтична інтерактивна корекція, психопатологічні розлади.

ВСТУП

На цей час в Україні відмічається стала тенденція щодо поширення нервово-психічних порушень у дітей, які обумовлюють їх стани соціально-психологічної дезадаптації на всіх етапах дорослішання. Найбільш суттєвий внесок до формування неврологічної патології і психопатологічних розладів складають наслідки перинатальних уражень мозку [1]. Між тим, якщо реабілітаційні заходи щодо корекції неврологічного дефіциту розроблено достатньо, психопатологічні розлади раннього віку залишаються поза увагою дитячих психіатрів. Такий стан проблеми надання корекційної допомоги не може задовольняти потребам сучасної науки і практики охорони психічного здоров'я дитячого контингенту [2-4].

Мета дослідження — розробити методологічні підходи корекційних заходів щодо психопатологічних розладів у дітей 1,5-3,5 років життя із перинатальним ураженням мозку з урахуванням контексту дитячо-батьківських відносин.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Предметом дослідження були психопатологічні розлади у дітей 1,5-3,5 років із перинатальним ураженням мозку і порушення дитячо-батьківської взаємодії.

Під спостереженням знаходилося 132 дитини з перинатальним ураженням нервової системи, батьки яких звернулися по допомогу в зв'язку з порушеннями розвитку і поведінки дітей. Серед них було 78 хлопчиків і 54 дівчинки. За відсутністю гендерних розбіжностей аналіз щодо особливостей в залежності від статі досліджуваних не проводився.

Всі діти були розподілені на 2 підгрупи за категорією важкості проявів порушень статомоторних функцій. 1 підгрупу склали 78 дітей, які не мали порушень рухів, із своєчасним формуванням статомоторних функцій або незначною моторною невправністю. До 2 підгрупи увійшло 54 дитини із значними руховими розладами, обмеженнями функцій утримання балансу і повільного самостійного пересування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дані, що було отримано при обстеженні дітей та оцінці якості їх взаємодії із матерями, обумовили необхідність створення комплексних медико-психологічних заходів, які були зорієнтовані з позицій системного підходу до діагностики і корекції психопатологічних порушень. Враховуючи єдність біологічних і соціально-психологічних чинників у формуванні порушень психічних функцій в дитячому віці, було запропоновано систему допомоги, яка охоплювала всі ланки розладів, що було діагностовано. Враховуючи встановлені в роботі біологічні і соціально-психологічні чин-

ники формування психопатологічних розладів у дітей 1,5-3,5 років життя, напрямки терапії були спрямовані на формування адекватних соціально-емоційних паттернів поведінки дітей, подолання проявів дисрегуляції основних фізіологічних і емоційно-поведінкових розладів, гармонізацію дитячо-батьківських відносин (соціально-психологічна ланка терапевтичних заходів), нівелювання виразності наслідків перинатального ураження мозку (біологічна ланка терапевтичних заходів).

Медико-психологічна складова терапевтичних заходів передбачала урахування особливостей емоційно-афективних розладів, типу й підтипу психопатологічних розладів регуляції, варіанта перебігу порушення, особливостей дитячо-батьківських відносин, превалюючого типу материнської поведінки.

Біологічна складова була спрямована на покращення патологічно знижених процесів обміну тканин головного мозку, підвищення утилізації глюкози і метаболізму нуклеїнових кислот, нормалізацію порушень церебрального кровообігу і використовувалася щодо компенсації наслідків перинатального ушкодження мозку у всіх досліджуваних.

Медико-психотерапевтичні заходи здійснювалися в амбулаторних умовах у вигляді періодичних і регулярних (в середньому 1 раз на 1-3 місяці в залежності від запиту батьків) діагностично-психотерапевтичних сесій. Впродовж 1 години проводилося спостереження за взаємодією дитини і батьків, повільною грою, оформленням поведінкових знаків втомі, зацікавленості, протесту, вивчення/зосередження на незнайомих об'єктах, наявністю здатності щодо відокремлення від матері та зустрічною поведінкою матері із паралельним проясненням якості розуміння/нерозуміння нею знаків з боку дитини із оцінкою соціально-емоційної активності, успішності побудови ланцюжку процесів інтеракцій, що спрямовуються дитиною, забезпечуються сенситивністю батьків із подальшим розширенням інтеракцій, що спрямовуються батьками.

Можна зауважити, що в більшості випадків спостерігалася потреба у застосуванні комплексу заходів протягом кожної діагностично-психотерапевтичної сесії, що реалізовувалися відповідно до клінічної картини порушень із використанням підходів щодо діагностики і терапії психопатологічних розладів у ранньому віці та інтерактивній психотерапевтичній моделі допомоги дітям із психічними порушеннями, розладами поведінки і розвитку [5].

Кожна діагностично-терапевтична сесія складалася із діагностичного модулю, який передбачав: 1) детальний аналіз особливостей поведінки, динаміки перебігу розладів регуляції (подолання, зменшення прояву, відсутність змін), акцентований на якості емоційно-афективного і соціального аспекту взаємодії дитини і батьків, дитини й інших дітей (зовнішня соціальна активність), дитини і інших членів сім'ї (внутрішньосімейна активність), тобто рівня соціальної аффіліації; 2) прояснення емоційного стану матері та сімейних умов протягом актуального періоду спостереження із одночасною вербалізацією власного (коментар лікаря) відношення до можливих емоційних девіацій матері і наданням їй можливості щодо вільного висловлювання своїх почуттів — подолання алекситемії у матерів, тобто реалізація умов емпатія-подолання алекситемії.

Психотерапевтичний модуль передбачав послідовне програмування наступних кроків покращення якості взаємодії і поведінки, спрямоване на: покращення здатності дитини щодо підвищення власних ресурсів подолання негативних емоційно-афективних порушень, можливість отримання задоволення і впевненості у власній успішності, розширення репертуару дій із нормалізацією процесів регуляції, чергування періодів активності й відпочинку із досягненням пролонгації повільної активності і нівелювання втомі або збудженості, покращення настрою протягом дня із зменшенням його лабільності ввечері, нівелювання ознак дисрегуляторних порушень харчової поведінки, подолання дисрегуляторних проявів щодо сну із зменшенням необхідності у зовнішніх механізмах заспокоєння і зниження напруги, покращення якості сну, розширення меж соціальної аффіліації, підвищення батьківської компетентності за рахунок збільшення гармонійних взаємопотенціуючих інтеракцій, покращення сенситивності батьків, їх здатності щодо формування емоційно-позитивної взаємодії і підтримки, редукції емоційних девіацій матерів.

У роботі використовувалися прийоми та заходи адаптованої до клінічних умов спостереження інтерактивної психотерапевтичної моделі, яка поруч із клінічною кваліфікацією психопатологічних розладів надавала можливість щодо розширення кола параметрів поведінки дітей, що оцінювалися, із одночасним терапевтичним втручанням і залученням батьків до формування кращого алгоритму відносин із дітьми.

Під час сесій здійснювалися такі напрямки інтерактивної психотерапевтичної моделі,

як спрямовані дитиною інтеракції, спрямовані матір'ю (батьком і матір'ю, якщо присутні обидва), спрямовані терапевтом інтеракції по відношенню до дитини і до батьків.

Діагностично-терапевтичні заходи подолання емоційно-афективних і поведінкових розладів, відповідно до типу і підтипу поведінкового компоненту дисрегуляції, здійснювалися протягом всієї сесії і починалися з перших хвилин. Зверталася увага на модель поведінки дитини і матері з моменту їх входження до кабінету, розташування і «освоювання» його простору. Протягом 10 хв. матері надавалася можливість щодо висловлювань скарг, описання проблем і успіхів, ефектів медикаментозного лікування, якщо сесія відбувалася не вперше. В той же час спостерігалася поведінка дитини, невербальна поведінка матері та поведінка в діаді. У випадках, коли діти демонстрували моделі поведінки в межах 1 типу (гіперсенситивних), 1 підтипу понадобережних і боягузливих, емоційно-лабільного клінічного варіанту психопатологічного розладу, а матері — маніпулятивно-унікаючої або тривожної, терапевт висловлював своє розуміння поведінки дитини, описуючи її, і коментував невербальну поведінку матері, при цьому недирективно пропонуючи зміну положення тіла і рук матері для сприяння можливості дитини до відділення від неї, отримання свободи дій і активізації дослідницької діяльності.

У випадках, коли у дітей спостерігалися типи поведінки, що відповідали критеріям гіперсенситивних, підтипу негативних і неслухняних або низько реактивних, моторно дезорганізованих, імпульсивних, в межах емоційно-лабільного або тривожно-апатичного клінічних варіантів, а у матерів — тривожний варіант поведінки, лікарем пропонувалися прийоми, які передбачали виключення прямих команд, критичних зауважень і запитань. При цьому необхідно було з'ясувати, з чим була пов'язана «погана» поведінка дитини. Якщо вона обумовлювалася потребою в отримванні уваги матері, пропонувався прийом ігнорування такої поведінки. Ігнорування не використовувалося, коли можна було вважати, що дитина поводиться «погано», але при цьому із захопленням вивчає власними засобами оточуюче. Також ігнорування не використовувалося, якщо дії дитини мали агресивний, небезпечний для оточуючих характер (наприклад, якщо дитина намагалася вдарити мати).

У випадках, коли дитина з перших хвилин демонструвала тип поведінки в межах низькорективного типу, підтипу запобігаючих, що важко залучаються, тривожно-апа-

тичного або емоційно-недиференційованого клінічних варіантів розладу, а матері звертали увагу своєю маніпулятивно-унікаючою або тривожною поведінкою, лікарем здійснювалася ініціація початкових інтеракцій із використанням прийомів описування із запобіганням прямих коментарів і питань. Надавалася можливість щодо пристосування до нового середовища завдяки впевненим висловлюванням про безпечність ситуації, емоційній підтримці матері.

Таким чином, на ініціальному етапі полегшувалося входження до основної частини діагностично-терапевтичної сесії, зменшувалася напруга матерів, певним чином нівелювалися їх відчуття тривоги і занепокоєності, збільшувалися впевненість і довіра до власних можливостей і вмій, діти набували можливості щодо найбільш повного розкриття власних досягнень.

Під час основного етапу діагностично-терапевтичної сесії (30-35 хв.) найбільша увага приділялася спостереженню за спрямованими дитиною інтеракціями із одночасним скеруванням материнської поведінки лікарем. Для цього використовувалися наступні прийоми інтерактивної психотерапевтичної моделі.

1. Запобігання прямих і непрямих команд дитині, що дозволяло дитині отримувати лідерські позиції у взаємодії із подальшим відчуттям впевненості в своїх можливостях. Крім того, запобігання команд сприяло тому, що у випадках, коли дитина їх може не виконати і тим самим спричинити напруженість у відносинах з батьками, такі обставини виключалися, що створювало загально позитивно афективну атмосферу сесії.

2. Запобігання запитань, що можуть обмежити у дитини відчуття своєї лідерської позиції. Якщо батьки намагалися тим чи іншим чином надавати питання, лікар коментував зміни, що були цим викликано, звертаючи увагу матері на погіршення настрою дитини, втрату активності і зацікавленості, розчарування, відмову від подальших дій, роз'яснюючи, що вони були обумовлені тим, що дитина сприйняла запитання як прояв батьківської незадоволеності її діями або як команду. Особливо підкреслювалося, що велика кількість питань може блокувати спонтанну мову і комунікативні можливості дітей, які мають порушення мови або викривлення її формування при використанні позасемантичної мови.

3. Запобігання критичних висловлювань, які можуть бути прямою критикою дитини

або виражати незгоду щодо її слів і дій. Зверталася увага на те, що непрямі критичні висловлювання сприймалися дітьми, як критичні, що викликало у них зниження самооцінки і гальмувало повільну активність. Освоювання прийомів некритичних коригуючих дій вважалося важливою складовою формування інтеракцій в досліджуваних діадах, коли батьки набували здатність щодо описування тих дій, що реально виконувалися дітьми але при цьому уникали критичної забарвленості виправлень.

4. Описування дій дитини пропонувалося засвоювати батькам, як одного з важливіших компонентів їх взаємодії, оскільки описування дій значним чином впливає на їх закріплення. Під час діагностично-терапевтичних сесій батьки вчилися ретельно спостерігати за діями дітей, із максимальними подробицями їх описувати, крок за кроком, запобігаючи узагальнень і дотримуючись нескладних фраз. Це сприяло збагаченню словникового запасу і загальної вербальної експресії у дітей з подальшим намаганням дитини також описувати свої дії. Крім того такий прийом сприяв покращенню здатності щодо концентрації уваги. Важливим вважалося дотримання уникань описування поганої поведінки. Коли батьки успішно використовували прийоми описування, лікар звертав їх увагу на позитивні зміни поведінки дітей, що сприяло підвищенню їх впевненості і задоволення взаємодією.

5. Віддзеркалення успішних висловлювань або дій дітей пропонувалося батькам для засвоювання поруч із прийомом описування. При цьому, враховуючи наявні психопатологічні розлади у дітей, віддзеркалення дозволялося у вигляді не буквального повторювання, але за контекстом таке саме висловлювання, що використовувала або демонструвала дитина. Тим самим батьки надавали знаки щодо їх розуміння дитини, її бажань і намірів, поваги до того, що дитина робить або вимовляє. Це було важливим компонентом становлення емоційно-позитивної, безпечної для дитини взаємодії, але, крім того, віддзеркалення допомагало дітям розуміти і сприймати те, що вони говорять, обумовлювало розвиток їх мовної експресії. Лікарем пояснювалася важливість віддзеркалення для розвитку загальнокомунікативних можливостей дітей і підвищення їх соціабельності, підкреслювалося, що активне реагування на мову дитини із безумовним запобіганням критики краще ніж проста вербальна стимуляція.

6. Під час діагностично-терапевтичних сесій батькам пропонувалося оволодіти прийомом імітації дій дитини. При цьому лікарем попереджалося спроби виконання дій, що реально не здійснювалися дитиною для запобігання втрати нею ініціативи. Роз'яснювалося, що імітація демонструє батьківську підтримку і прийняття того, що виконує дитина для підвищення її самооцінки і покращення процесів саморегуляції емоційного стану і уваги.

7. Похвала вважалася дуже значною складовою інтеракцій у діадах, і цьому прийому навчалися батьки під час сесій. Роз'яснювалася ефективність похвали щодо конкретних дій дитини із запобіганням надання оцінок їй самій або узагальнюючої похвали. При цьому спостерігалось і коментувалося лікарем розширення поведінкового арсеналу дітей, які викликали похвалу з боку батьків, наявність позитивного забарвлення взаємодії, намагання дітей підтримувати дію, яку хвалять. Вважалося за доцільне хвалити дітей за будь-яку гарну поведінку, що можна було спостерігати — прояв зацікавленості іграшками, погляд до очей, ініціювання комунікації, прояви гарного настрою тощо, використовувати при цьому вербальні і невербальні (торкання, погладження, аплодування, усмішку, підтримуючі інтонації) ознаки похвали.

8. Батькам пропонувалося засвоїти прийоми ігнорування поганої поведінки дітей з метою запобігання спробам дитини щодо привабливання їх уваги таким чином. Підкреслюється, що увага із супроводом позитивної або негативної оцінки поведінки дитини тільки закріплює її і призводить до формування сталого викривлення моделей взаємодії. Пропонувалися прийоми ігнорування із використанням підказок лікаря у випадках, коли дитина демонструвала саме таку поведінку. При цьому батьків спрямовували на уважне ставлення до проявів гарної або нейтральної поведінки із незабарними похвалою і підтримкою.

Такі прийоми інтерактивної психотерапевтичної моделі застосовувалися у залежності від рівня наявних психопатологічних розладів дитини й емоційного стану матерів. Арсенал і повнота заходів визначалися лікарем індивідуально в кожній сесії. На відміну від навчаючих корекційних занять, які звичайно реалізуються корекційними педагогами або психологами і потребують ретельного слідування всім компонентам навчаючих програм, в роботі використовувалися методичні підхо-

ди інтерактивної психотерапевтичної моделі, що не передбачало дидактичної обов'язковості всіх її елементів.

Важливим вважалася можливість створення умов для повільної активності дітей, використання ресурсів матерів із їх покращенням, не директивного зворотного зв'язку, коли лікар мав можливість нетравматичного коментування і виправлення компонентів взаємодії.

Заключний етап діагностично-терапевтичних інтерактивних сесій займав 10-15 хв. За цей час узагальнювалися ті поведінкові феномени, які демонстрували діти, прийоми, що були використані матерями, причому коментарі мали переважно позитивно-підтримуючий характер, пропонувалося закріплення набутих навиків інтеракцій у повсякденні, призначалася медикаментозна терапія за потрібне.

Використання такої моделі дозволяло в клінічній спрямованості отримувати дані щодо особливостей психопатологічних розладів у дітей, а також якості їх взаємодії з матір'ю. З цієї позиції безпечним також було обговорювання наявних проявів порушень прив'язаності з метою їх подальшого виправлення.

Використання клінічно адаптованих підходів інтерактивної психотерапевтичної моделі створювало умови емпатійного підтримуючого спілкування із матерями. Це викликало відповідне виконання пропозиції, призводило до повільного використання прийомів інтеракцій у подальшому, у звичайному щоденному режимі. В таких успішних випадках спостерігалися такі моделі взаємодії, які не вимагали коментарів і керування терапевтом та виконувалися до того, як вони мали лунати. Це сприяло розвитку навиків матері до скерування інтеракціями з дитиною, сприймалося дитиною, як підтримка щодо її дій із підвищенням власної самооцінки.

В роботі при динамічному спостереженні і наданні медико-психологічної допомоги було проаналізовано її ефективність за узагальнюючими показниками, які склалися із досліджених складових (індикаторів) емоційно-афективних, дисрегуляторних, соціально-комунікативних розладів дітей, а також отриманих даних щодо емоційних девіацій матерів досліджуваних дітей і батьківської компетентності.

Результати, що було отримано, свідчили про наявність позитивної динаміки щодо проявів

психопатологічних розладів у дітей (94,87% і 88,88% досліджуваних обох підгруп відповідно), підвищення рівня узагальнюючих показників батьківської складової формування відношень із дітьми — сенситивності до проявів поведінки дітей, розумінню їх потреб, здатності щодо стимуляції активності і формуванню емоційно-позитивного середовища, вмінню адекватного за напрямком, якістю та виразністю відгуку на ту чи іншу дитячу поведінку, а також покращення загального емоційного фону настрою, зменшення проявів тривожності і депресивності, які відбувалися у матерів досліджуваних, реконструювання напрямку відношення до найближчого сімейного оточення і до себе — зменшення відчуття провини і незадоволеності якістю зовнішньої допомоги і підтримки (93,59% і 88,89% відповідно матерів дітей обох підгруп).

ВИСНОВКИ

Таким чином, за отриманими результатами щодо клінічної медико-психотерапевтичної інтерактивної моделі корекції психопатологічних розладів у дітей 1,5-3,5 років життя із перинатальним ураженням мозку в контексті дитячо-батьківських відносин можна вважати, що вона відповідає біопсихосоціальному підходу діагностики психопатологічних розладів у дітей раннього віку і може використовуватися в якості заходів для подолання цих порушень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная патология. — М.: Триада-Х, 2001. — 640 с.
2. Гіпоксичні ушкодження головного мозку у новонароджених. — К.: Інтермед, 2003. — 104 с.
3. Мойсеєнко Р.О., Мартинюк В.Ю. Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я / Соціальна педіатрія. Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я: Зб. наук. праць. — К.: Інтермед, 2003. — С. 4-11.
4. Кузнецов В.Н. Состояние психиатрической помощи детям Украины и основные аспекты медико-социальной реабилитации детей с расстройствами психики и поведения / Соціальна педіатрія. Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я: Зб. наук. праць. — К.: Інтермед, 2003. — С. 11-15.
5. Greenspan Stanley I. *Infancy and early childhood: the practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges/ I.Stanley Greenspan.* — 1997. — 814 p.

Н.Г.Михановская. Методология коррекции психопатологических расстройств у детей первых 1,5-3,5 лет жизни с перинатальным поражением мозга. Харьков, Украина.

Ключевые слова: дети, перинатальное поражение мозга, диагностически-психотерапевтическая интерактивная коррекция, психопатологические расстройства.

В работе представлены результаты собственных исследований. Предложена методология коррекции психопатологических расстройств у детей первых 1,5-3,5 лет жизни с перинатальным поражением мозга, особенностью которой является диагностически-психотерапевтическая интерактивная модель, направленная на коррекцию нарушений психики ребенка и диадных отношений с матерью.

N.G.Mikhanovskaya. Methodology of correction of psychopathological derangements in children of the first 1,5-3,5 years with perinatal cerebral damages. Kharkiv, Ukraine.

Key words: children, perinatal cerebral damages, diagnostic-and-psychotherapeutic interactive correction, psychopathological derangements.

The results of the authors own study are presented in the article. There is proposed a methodology of correction of psychopathological derangements in children of the first 1,5-3,5 years with perinatal cerebral damages. Special feature of the disease is a diagnostic-and-psychotherapeutic interactive model aiming at mental disorders correction in a child, as well as at correction of child-mother relations in diads.

Надійшла до редакції 21.07.2010 р.