

О. Е. Духовський

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ НЕМОВЛЯТ З ВАЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

А. Э. Духовской

Медико-психологическая помощь семьям младенцев с тяжелой черепно-мозговой травмой

О. Е. Dukhovskiy

Medico-psychological assistance to infants families with severe craniocerebral trauma

У ході роботи проведено комплексне обстеження 142 родин (мати та батько) дітей першого року життя, які отримали важку черепно-мозкову травму. Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічної підтримки, контрольну групу — 45 родин, які не отримували психологічної підтримки.

Як показали результати дослідження, черепно-мозкова травма дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, яка приводила до розвитку тривожно-депресивних реакцій і станів та напруженості в сімейних відносинах, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу.

На базі отриманих даних нами розроблено психотерапевтичну програму для батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою, спрямовану на формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, формування довіри у діаді лікар — батьки хворої дитини.

Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу в основній групі відзначено стійку позитивну динаміку психологічного стану з повною редукацією тривожно-депресивних реакцій і станів та гармонізацією подружніх відносин.

Ключові слова: психотерапія, хвора дитина, тривожно-депресивні розлади, медико-психологічна підтримка

В ходе работы проведено комплексное обследование 142 семей (мать и отец) детей первого года жизни, получивших тяжелую черепно-мозговую травму. Основную группу составили 97 семей, принявших участие в программе медико-психологической поддержки, контрольную группу — 45 семей, которые не получали психологическую поддержку.

Как показали результаты исследования, черепно-мозговая травма ребенка стала психотравмирующей ситуацией для всех родителей, которая приводила к развитию тревожно-депрессивных реакций и состояний и напряженности в семейных отношениях, что приводило к дистанцированию и снижению внутрисемейного ресурса.

На базе полученных данных нами разработаны психотерапевтическая программа для родителей ребенка первого года жизни с тяжелой черепно-мозговой травмой, направленная на формирование у родителей больного ребенка адекватного представления о заболевании и особенностях нейрохирургического вмешательства, формирование доверия в диаде врач — родители больного ребенка.

Как показали результаты динамического наблюдения, на фоне применения предложенной системы медико-психологического сопровождения в основной группе отмечена устойчивая положительная динамика психологического состояния с полной редукацией тревожно-депрессивных реакций и состояний и гармонизацией супружеских отношений.

Ключевые слова: психотерапия, больной ребенок, тревожно-депрессивные расстройства, медико-психологическая поддержка

In the course of work with conducted a comprehensive survey of 142 families (mother and father). The main group comprised 97 families participating in the program medico-psychological support, a control group of 45 families who did not receive psychological support.

As the results of the study showed, a craniocerebral trauma of the child became a psychotraumatic situation for all parents, which led to the development of anxiety-depressive reactions and conditions. The couple surveyed noted the presence of tensions in family relationships, family conflicts, as related to the treatment of the child and the escalation of pre-existing interpersonal and marital problems that led to the distancing and reducing intrafamily resource.

Based on these data, we have developed psychotherapeutic program for parents of child's first year of life with heavy craniocerebral trauma, focused on forming the parents of the sick child adequate understanding of the disease and characteristics of neurosurgical intervention, the formation of trust in the dyad, the physician, — the parents of a sick child.

As shown by the results of dynamic observation on the background of applying the proposed system of medical-psychological support in the main group showed a stable positive dynamics of the psychological state with a total reduction of anxiety-depressive reactions and conditions and harmonization of family relations.

Key words: psychotherapy, ailing child, anxiety-depressive disorders, medical and psychological support

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

Батьки дитини, немовляти з важкою хворобою, 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 [4—6].

Проблема розладів адаптації у батьків дитини з важкою черепно-мозковою травмою має вагоме медико-соціальне значення для України, потребує її подальшого вивчення та розв'язання. Є потреба розроблення системи діагностики, корекції та психопрофілактики розладів адаптації у батьків дитини з важкою черепно-мозковою травмою з метою поліпшення умов надання спеціалізованої медичної допомоги [7—9].

Вищевикладене зумовило актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

Мета дослідження — розроблення та апробація системи медико-психологічної підтримки родини, що виховує дитину з важкою ЧМТ

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 137 родин (мати та батько) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму та перебували на обстеженні та лікуванні

у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова. Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічної підтримки; контрольну групу — 40 родин, які не отримували психологічної підтримки.

У дослідженні були використані такі методи обстеження: анамнестичний; медико-психологічний, психодіагностичний з використанням опитувальника нервово-психічного напруження (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. Ханіна, 1981) та методи математичної статистики.

Як показали результати дослідження, черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків, у 81,1 % обстежених жінок та 75 % чоловіків виявлено такі варіанти емоційних розладів: тривожно-депресивний (40,9 %), астено-депресивний (22,5 %), депресивно-апатичний (20,5 %) і дисфоричний (16,1 %).

У структурі тривожно-депресивного варіанту домінували подавлений настрій 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 внутрішньоособистісних конфліктів, відчуття паніки, розгубленості в поєднанні з почуттям розпачу й безвихідності.

При астено-депресивному варіанті пригнічений настрій поєднувався з вираженим виснаженням, спостерігалися прояви гіперестезії, що виражалися підвищеною збудливістю, дратівливістю з найменшого приводу, слабкість концентрації уваги з неухважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися.

У клінічній картині депресивно-апатичного варіанту переважали загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужість до всього й депресивний фон настрою.

Дисфоричний варіант характеризувався тужно-злбно-похмурим настроєм. У обстежених батьків відзначалися дратівливість із періодичними спалахами люті, злості, з невдоволенням і дратівливістю, відзначалися вибухи гніву при незначних розбіжностях із сусідами по палаті, медичним персоналом, лікарем.

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

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

На базі отриманих даних нами розроблено систему медико-психологічної підтримки родини немовляти з важкою ЧМТ, яка була регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складалася із чотирьох послідовних етапів: I — етап формування комплаєнсу, спрямований на встановлення продуктивного контакту між лікарем і батьками хворої дитини; II — етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміни тривожної й депресивної настанов, формування адекватних уявлень про прогноз захворювання, ефективність лікування і вплив на фізичний та психічний розвиток дитини. III — етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини та необхідність перебування у стаціонарі — спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних відносин; IV — етап закріплення й підтримки результатів за допомогою потенціювання позитивних емоцій, фіксації на поліпшеному самопочутті дитини, спеціфіки реабілітаційних заходів.

Психотерапевтичний комплекс включав використання індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії (Бек А. Т., 2006), сімейної терапії (Ейдміллер Е. Г., 2003), раціональної психотерапії (класичний варіант Дюбуа П., 1912), тренінг подружньої взаємодії.

Психотерапевтичний вплив був спрямований на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск невротичної реакції, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, оптимізацію міжособистісної взаємодії в сім'ї, зниження напруженості в сімейних відносинах.

Смислотворчим елементом розробленої моделі була визначена психоосвіта. Основною метою психоосвіти є надання знань батькам немовляти про особливості хвороби та залучення до адекватної участі в лікувально-відновних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, забезпечення «психосоціальної підтримки», формування довіри у діаді лікар — батьки хворої дитини.

Як показали результати дослідження, групова робота дає батькам можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати розв'язання проблем. Не менш значимим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Основною метою психоосвіти у разі роботи із батьками дитини з важкою черепно-мозковою травмою є подолання дефіциту специфічних, зокрема, медичних знань. У процесі психосвітніх занять важливим було просте та доступне пояснення медичної термінології, що могла бути потенційно незрозумілою або такою, що спричиняє тривогу та страх. Саме тому активне залучення батьків до обговорення отриманої інформації, зокрема незрозумілої, сприяло профілактиці розвитку ефектів тривоги, фрустрації та страху.

Невід'ємною складовою психосвітньої програми була робота із емоційним станом самих батьків, спрямована на зниження емоційного напруження, що спровоковано фактом лікування їхньої дитини у нейрохірургічному стаціонарі. Прицільну увагу звертали на емоційне забарвлення та реагування батьків на отриману інформацію, асоціації, що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новою інформацією.

Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи медико-психологічної підтримки в основній групі відзначено стійку позитивну динаміку психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів (73,5 % матерів і 83,6 % батьків), зниження сімейної конфліктності (72,5 % сімей), гармонізацію подружніх відносин (65,2 % сімей).

Серед осіб контрольної групи у 35,4 % матерів і 11,2 % батьків діагностовано обважнення психопатологічної симптоматики, у 64,6 % матерів і 88,82 % батьків — стабільність клінічної картини тривожно-депресивних розладів, у 42,3 % родин відзначалося погіршення стану сімейної взаємодії.

Список літератури

1. Черепно-мозговая травма у детей: эпидемиология и основные принципы организации медицинской помощи / С. А. Валиуллина, С. А. Промыслова, А. И. Тютюкина [и др.]. Москва, 2014. 24 с.

2. Квасніцький М. В. Діагностика та надання першої медичної допомоги при черепно-мозковій травмі // Медицина неотложных состояний. 2013. № 3 (50). С. 34—38.

3. Assessment of Health-Related Quality of Life after TBI: Comparison of a Disease-Specific (QOLIBRI) with a Generic (SF-36) Instrument [Electronic Resource] / N. von Steinbuechel, A. Covic, S. Polinder [et al.] // Behavioral Neurol. 2016. Vol. 2016, 14 pages. Doi : 10.1155/2016/7928014.

4. Health-related quality of life after TBI: a systematic review of study design, instruments, measurement properties, and outcome [Electronic Resource] / S. Polinder, J. Haagsma, D. van Klaveren [et al.] // Popul Health Metr. 2015. № 13: 4. Doi: 10.1186/s12963-015-0037-1.

5. Маркова М. В., Ветрила Т. Г. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 28—32.

6. Піонтковська О. В. Поведінкові патерни подолання стресу у батьків онкохворих дітей // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 1 (32). С. 80—83.

7. Завгородня Н. І. Механізм формування і клінічні особливості розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину // Експериментальна і клінічна медицина. 2014. № 1 (62). С. 131—136.

8. Serial Serum Leukocyte Apoptosis Levels as Predictors of Outcome in Acute Traumatic Brain Injury / Hung-Chen Wang, Tzu-Ming Yang, Yu-Jun Lin [et al.] // BioMed Research International. 2014. Vol. 2014, Article ID 720870, 11 pages.

9. Піонтковська О. В. Стан психічного здоров'я батьків дітей з онкологічною патологією // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 90—94.

Надійшла до редакції 21.06.2017 р.

ДУХОВСЬКИЙ Олександр Ерікович, завідувач дитячого нейрохірургічного відділення Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова, м. Харків, Україна

DUKHOVSKYI Oleksandr, Head of Children's Neurosurgery Department of the Kharkiv City Clinical Hospital of Urgent and Emergency Medical Aid, Kharkiv, Ukraine