

P.B. РАХМАНОВ

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ТА АУТИЗМ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,  
м. Київ

КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР, м. Дніпропетровськ, Україна

**Мета:** на основі вивчення клініко-психопатологічних та психологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, розробити комплексне їх лікування з урахуванням його специфічних мішеней.

**Матеріали і методи.** Проведено комплексне лікування 370 батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм.

**Результати.** Відмічено, що ефективність проведених терапевтичних заходів (психотерапія+фармакотерапія) була вищою в сім'ях, які виховують дітей з аутизмом. Так, редукцію симптомів депресії (F32.0) було досягнуто в середньому у 67,1% осіб проти 37,6% серед батьків, діти яких хворіють на ДЦП. Фобічні та тривожні розлади (F40.9) зменшилися у 68,8% проти 60,9% випадків, розлади адаптації (F43.23) – у 71,0% проти 56,4% випадків відповідно.

**Висновки.** На сучасному етапі розвитку психіатрії рання діагностика і лікування психічних розладів неспсихотичного рівня у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, залишаються значущою, практично не дослідженою і до кінця не розробленою проблемою. Розробка програми психосоціальної реабілітації дитини має обов'язково включати виявлення серед родин осіб груп ризику щодо розвитку психічних розладів неспсихотичного рівня та призначення їм комплексної психофармакотерапії.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** психічні розлади неспсихотичного рівня, лікування, батьки, діти, ДЦП, аутизм, мішені, комплексне лікування.

Останніми роками спостерігається підвищений інтерес до вивчення проблеми психічних розладів у батьків, які виховують дітей із дитячим церебральним паралічем (ДЦП), аутизмом, затримкою психічного розвитку та іншими захворюваннями [1;5;7;8;21]. Психотерапія психічних розладів неспсихотичного рівня (ПРНР) у батьків важко хворих дітей є однією з мало вивчених і недостатньо розроблених у клінічній психіатрії проблем. Це викликано тим, що вони рідко звертаються за психіатричною допомогою, а весь час присвячують догляду, вихованню і лікуванню дитини, тому рання діагностика ПРНР саме у батьків даної категорії не проводилась [4]. Лише в деяких літературних джерелах виокремлена проблема тривожних і депресивних розладів та їх медикаментозна терапія [7;8]. У зв'язку з цим розробка алгоритму психодіагностики та комплексного лікування ПРНР серед батьків, які виховують дітей з ДЦП та аутизмом, є актуальним і своєчасним завданням.

З досвіду ряду авторів можна зробити висновок, що батьки важко хворих дітей, які відмовляються від терапевтичної допомоги при перших епізодах емоційних розладів, страждають від психічних порушень і потребують відповідної корекції [12;13;17]. Крім того, наявні ПРНР у батьків перешкоджають

результатам терапії та психосоціальної реабілітації дитини [19;23;24].

**Мета дослідження:** на основі вивчення клініко-психопатологічних та психологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, розробити комплексне їх лікування з урахуванням його специфічних мішеней.

**Матеріали і методи.** Проведено комплексне дослідження і лікування 370 батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати клініко-психопатологічних та психодіагностичних досліджень показують досить велику питому вагу психічних розладів у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, і динамічні зрушення у їх розвитку.

Перші епізоди ПРНР, як правило, були моносиндромальними, а згодом набували поліморфного забарвлення [11]. Так, з власного дослідження засвідчено формування у батьків даної категорії впродовж 3–5 років депресії (F32.0), тривоги (F41.2), фобічних розладів (F40.9), розладів адаптації (F43.23), неврастенії (F48.0) та іпохондрії (F45.2) у 10–54% осіб.

Традиційно психотерапевтична допомога проводилась в рамках індивідуальної психологічної консультації, рідше групових психокорекційних

занять, організації груп самопомочі для батьків [18]. У ході лікування і профілактики ПРНР використовувалась когнітивна, інтерперсональна, поведінкова, короткострокова динамічна і сімейна психотерапія. Активно застосовується екзистенціальна терапія: терапевтичні співбесіди, групові вправи, вплив яких був спрямований на розвиток мотивації і наполегливості, а також підвищення рівня власної відповідальності за якість життя, що допомагало пацієнтам переосмислити і оцінити їхнє власне життя і зусилля з подолання наслідків важкого захворювання дитини. Комплексні психотерапевтичні заходи додатково включали медикаментозне лікування і були спрямовані на наступні специфічні психотерапевтичні мішені:

– нозологія – фобічні розлади (F40.9), іпохондрія (F45.2), розлади адаптації (F43.23), перевтома (Z73.0; Z73.2), спровоковані емоційним напруженням і перевтомою, страхом за стан здоров'я дитини, результати лікування, перспективи якості її життя, їх професійна, соціальна та особистісна реалізація;

– особистість хворого – тривожні та депресивні розлади (F32.0; F41.2), сформовані або загострені в умовах психологічно несприятливого сімейного клімату, проблеми по догляду та вихованню важко хворої дитини, втрата емоційного контакту з нею або з партнером.

Схему лікування ПРНР з урахуванням психотерапевтичних мішеней у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, наведено на рисунку.

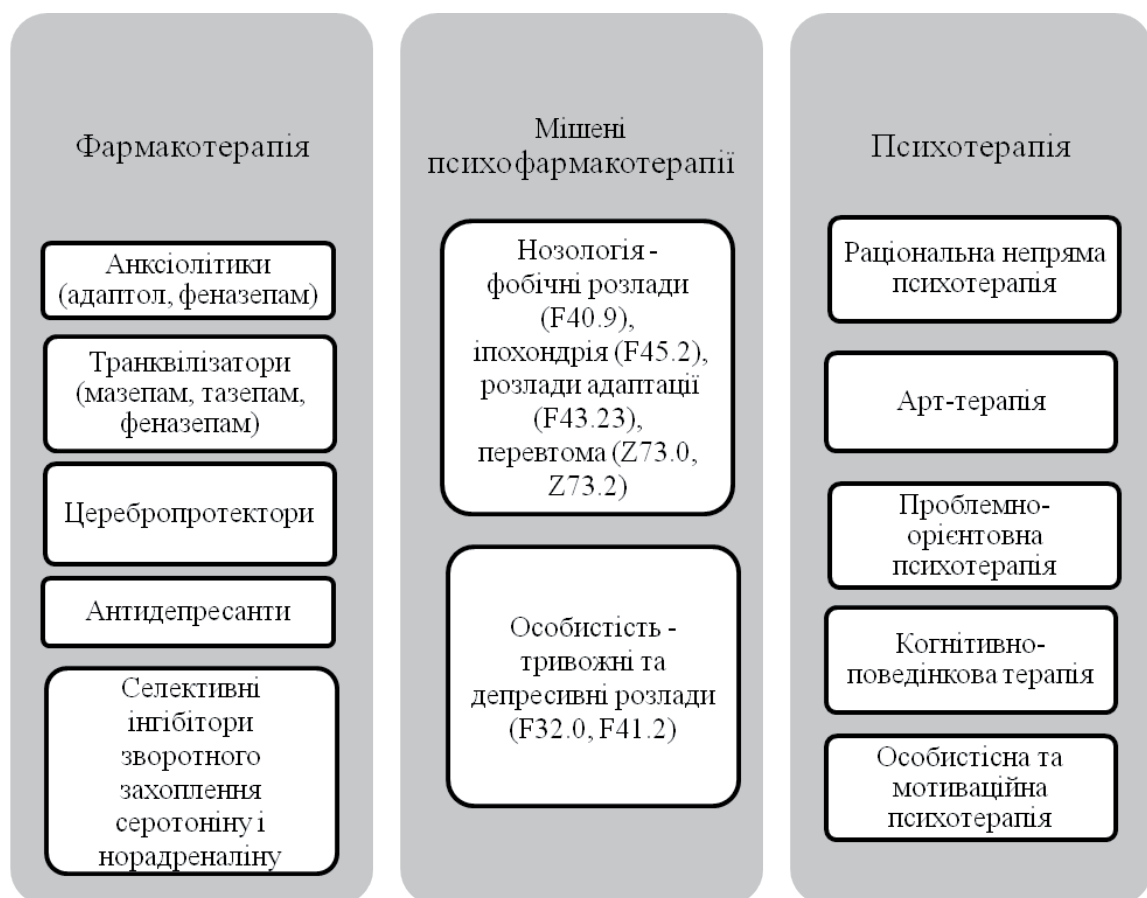


Рис. Специфічні мішені психофармакотерапії у комплексному лікуванні ПРНР у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм

Звичайне лікування ПРНР лише психотерапевтичними методами є обмеженим і не дозволяє повноцінно відновити психічне здоров'я у батьків, що особливо стосується гострої психічної реакції, нервових зривів, хронічних стресових розладів. У таких ситуаціях за індивідуалізованими схемами призначали медикаментозне лікування для усунення:

– депресії, тривоги (F41.2, F32.0) – бензодіазепінові транквілізатори, трициклічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення се-

ротоніну і норадреналіну, а також інгібітори моноаміноксидази, які редукують та усувають стани хронічних стресових розладів, що характеризуються стабільною депресивною та виразною вегетативною симптоматикою, насамперед нав'язливими або надцінніми переживаннями, сприяють профілактиці фіксації тривожних станів, когнітивного дефіциту, визначають стратегію профілактики гетерогенної групи хронічних стресових розладів [6]. Основною метою терапії було усунення симптомів захворювання, відновлення соціального функці-

онування батьків, мінімізація ризику погіршення стану і появи рецидиву [3;22]. У 60-70% пацієнтів вдавалося досягти суттєвого поліпшення соматичного і психічного стану, усунення інсомнії і проявів тривоги (роздратування, почуття занепокоєння, утруднення концентрації уваги) [10];

– виразного тривожного синдрому при гострих стресових розладах – анкіолітики, а також бензодіазепіни, антигістамінні препарати та β-адреноблокатори [15]. Зазначені препарати зменшували у хворих виразність тривоги, страху, занепокоєння, емоційної напруги. Для купірування пароксизмальності тривоги і її соматичних еквівалентів перевагу надавали бензодіазепіновим транквілізаторам. У хворих спостерігалась гармонійна редукція тривожно-фобічної симптоматики, відновлення ритму сну. З метою купірування симптомів тривоги у пацієнтів із коморбідним тривожно-депресивним розладом і коморбідним головним болем нами запропоновано застосування антидепресанту агомелатину (мелітору) [2];

– фобічних розладів (F40.9) – анкіолітики, антидепресанти, седативні препарати. Дане лікування пригнічувало патологічну емоційну активність, покращувало когнітивні функції, увагу і розумову працездатність, запобігало прогресуванню психопатологічних розладів [9];

– станів неврозу – транквілізатори, що призначалися, передусім, для підтримуючої терапії;

– розладів адаптації, емоційних розладів, підвищення стресостійкості (F43.23, F45.2) – антидепресанти з м'яким тимоаналептичним ефектом, препарати з церебропротекторною дією (ноотро-

пи, статини), метаболітотропною дією, вітаміни та вітаміноподібні речовини, препарати, що містять омега-3-поліненасичені жирні кислоти, бурштинова кислота.

Ефективність медикаментозної терапії психотропними засобами визначалась відповідністю вибору препаратів клінічній картині психічних розладів, правильністю режиму його дозування, способом введення і тривалістю терапевтичного курсу. При підборі терапії враховували минулий досвід лікування хворого, а також відомості про особливості реакції на терапію його близьких родичів.

Окремими авторами відмічено, що після завершення медикаментозного лікування зберігається високий ризик рецидиву психічних розладів протягом п'яти років [16]. Відповідно до цього тривалість профілактичного лікування при депресії і тривозі становить не менше року. Як правило, для профілактичного лікування використовуються антидепресанти. Тому в якості додаткової профілактичної терапії важких депресій використовували рослинні седативні препарати та адаптогени, у тому числі в складі комплексних препаратів і гомеопатичних засобів [14].

Власний досвід комплексного лікування 370 батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, засвідчив досить вдалі результати застосування описаних вище схем лікування. Результати аналізу показників редукції симптомів ПРНР у жінок і чоловіків наведено у таблиці. Як видно із наведених даних, ефективність проведених терапевтичних заходів була більшою у батьків, які виховують дітей з аутизмом.

Таблиця. Ефективність лікування ПРНР у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм

Психічні розлади/ кількість осіб	Батьки дітей з ДЦП				Батьки дітей з аутизмом			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	Мати (n=96)	Батько (n=63)	Мати (n=96)	Батько (n=63)	Мати (n=119)	Батько (n=92)	Мати (n=119)	Батько (n=92)
Депресія (F32.0)	33	18	21	11	42	23	13	8
Рівень зниження (% осіб)	-		36,4%	38,9%	-		69,0%	65,2%
Фобічні тривожні розлади (F40.9)	25	13	8	5	31	9	9	3
Рівень зниження (% осіб)	-		68,0%	53,8%	-		70,9%	66,7%
Змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2)	32	18	12	8	42	10	18	4
Рівень зниження (% осіб)	-		62,5%	55,5%	-		57,1%	60,0%
Розлади адаптації (F43.23)	52	29	22	13	57	38	15	12
Рівень зниження (% осіб)	-		57,7%	55,2%	-		73,7%	68,4%
Іпохондрія (F45.2)	49	22	21	8	51	12	17	7
Рівень зниження (% осіб)	-		57,1%	63,6%	-		66,7%	41,7%
Перевтома (Z73.0)	85	26	44	15	89	26	42	16
Рівень зниження (% осіб)	-		48,2%	42,3%	-		52,8%	38,4%
Недостатній відпочинок і розслаблення (Z73.2)	79	27	45	17	95	31	49	15
Рівень зниження (% осіб)	-		43,0%	37,0%	-		48,4%	51,6%

Редукції симптомів депресії (F32.0) було досягнуто в середньому у 67,1% осіб проти 37,6% серед батьків, діти яких хворіють на ДЦП. Фобічні та тривожні розлади (F40.9) зменшилися у 68,8% проти 60,9% випадків, розлади адаптації (F43.23) – у 71,0% проти 56,4% випадків відповідно. Змішані тривожні і депресивні розлади (F41.2) у рівній мірі зменшувались в обох групах батьків – 55-62%. Деяку різницю впливу лікування спостерігали щодо іпохондричних розладів (F45.2) – середня редукція симптомів відбулася у 41–66% осіб. Вдалими були результати відносно купірування проявів певрвотми і дефіциту відпочинку (Z73.0, Z73.2).

## Висновки

Таким чином, на сучасному етапі розвитку психіатрії рання діагностика і лікування ПРНР у батьків, діти яких хворіють на ДЦП та аутизм, залишається значущою, практично не дослідженою і до кінця не розробленою проблемою. Розробка програми психосоціальної реабілітації дитини має обов'язково включати виявлення у родині осіб груп ризику щодо розвитку ПРНР та призначення їм комплексної психофармакотерапії. Водночас, як показали наші дослідження, ефективність лікування ПРНР у осіб даної категорії залишається на рівні 50–60%, що потребує удосконалення та становить **перспективи подальших досліджень**.

## Список літератури

1. Ващенко О. С. Роль родини в реабілітації дітей з особливими потребами (на моделі розладів спектру аутизму) / О. С. Ващенко // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 153–154.
2. Грицай А. В. Применение агомелатина в терапии пациентов с депрессивным расстройством и коморбидной хронической головной болью напряжения / А. В. Грицай // Український вісн. психоневрол. – 2015. – Т. 23, Вип. 4 (85). – С. 112–115.
3. Дробижев М. Ю. Как использовать миртазапин в клинической практике? / М. Ю. Дробижев, С. В. Кикта // Соц. и клин. психиатр. – 2009. – № 19 (3). – Р. 60–65.
4. Кулеш Н. С. Эффективность комплексных методов восстановительного лечения и реабилитации детей старшего школьного возраста с церебральными параличами: диссертация кандидата медицинских наук : 14.00.09 / Н. С. Кулеш. – Москва, 2007. – 185 с.
5. Марценковский И. А. От РДВГ у детей к РДВГ у взрослых. По материалам V Международного конгресса по РДВГ (28-31 мая 2015 г., Глазго, Шотландия) / И. А. Марценковский // Нейронews. – 2015. – № 6. – С. 16–18.
6. Недоступ А. В. Применение клоназепама для лечения больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии с учетом их психовегетативного статуса / А. В. Недоступ, А. Д. Соловьева, Т. А. Санькова // Терапевтический арх. – 2002. – № 8. – С. 35–41.
7. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Бойко Е. А., Аркуша Л. М., Быкова О. В. [и др.] // Материалы II ежегодной междисциплинарной науч.-практ. конф. с междунар. уч. [«Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей»], (Москва, 15–16 ноября 2012 года). – Москва, 2012. – С. 35–36.
8. Піонтковська О. В. Психоемоційний стан батьків дітей з онкологічною патологією на етапі первинної госпіталізації дитини / О. В. Піонтковська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 127–130.
9. Соловьева А. Д. Лечение тревожно-депрессивных расстройств в кардиологии [Электронный ресурс] / А. Д. Соловьева, Т. А. Санькова // <http://www.lvrach.ru/2005/09/4533054>. – Название с экрана.
10. Терапия депрессивных расстройств: проблемы и решения [Электронный ресурс] / А. А. Скоромец // Новости медицины и фармации. Неврология. – 2013. – № (458). – Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/36340#prettyPhoto>. – Название с экрана.
11. Устинова Н. В. Программа психосоциальной реабилитации родителей детей, больных детским церебральным параличом / Н. В. Устинова, К. К. Яхин // Казанский мед. журн. – 2003. – № 1. – С. 44–47.
12. An influence of mental disorder in the child on the parents in the context of differentiated approaches to psychosocial interventions on childhood psychiatry / E. V. Koren, T. A. Kupriyanova, A. O. Dubinskaya, O. Z. Khairtdinov // Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova. – 2014. – Vol. 114 (10). – P. 14–19.
13. Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder / G. Giovagnoli, V. Postorino, L.M. Fatta [et al.] // Res. Dev. Disabil. – 2015. – Vol. 45–46. – P. 411–421.
14. Bydlowski S. Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice / S. Bydlowski // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2015. – Vol. 44 (10). – P. 1152–1156.
15. Disaster management: mental health perspective / S. B. Math, M. C. Nirmala, S. Moirangthem, N. C. Kumar // Indian J. Psychol. Med. – 2015. – Vol. 37 (3). – P. 261–271.
16. Disordered eating behavior and mental health correlates among treatment seeking obese women / M. Altamura, G. Rossi, P. Aquilano [et al.] // Clin. Ter. – 2015. – Vol. 166 (5). – P. 330–334.
17. 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.
18. Holka-Pokorska J. Clinical determinants of mental disorders occurring during the infertility treatment / J. Holka-Pokorska, M. Jarema, A. Wichniak // Psychiatr. Pol. – 2015. – Vol. 49 (5). – P. 965–982.
19. Impact of child and family characteristics on cerebral palsy treatment / G. Rackauskaite, P. W. Uldall, B. H. Bech, J. R. Østergaard // Dev. Med. Child Neurol. – 2015. – Vol. 57(10). – P. 948–954.
20. Irritability and Severity of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders / D. Cornacchio, K. I. Crum, S. Coxe [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2016. – Vol. 55(1). – P. 54–61.
21. McAleese A. Evaluating a psychoeducational, therapeutic group for parents of children with autism spectrum disorder / A. McAleese, C. Lavery, K.F.W. Dyer // Child Care in Practice. – 2014. – Vol. 20, Issue 2. – P. 162–181.



22. *Mirtazapine effects on alertness and sleep in patients as recorded by interactive telecommunication during treatment with different regimens* / F. S. Radhakishun, J. van den Bos, B. C. van der Heijden [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2000. – Vol. 20. – P. 531–537.

23. *Parents' understanding of play for children with cerebral palsy* / N. E. Graham, J. Truman, H. Holgate // *Am. J. Occup. Ther.* – 2015. – Vol. 69 (3). – P. 1–9.

24. *Quality of life and satisfaction after multilevel surgery in cerebral palsy: confronting the experience of children and their parents* / A. Stephan-Carlier, J. Facione, E. Speyer [et al.] // *Ann. Phys. Rehabil. Med.* – 2014. – Vol. 57 (9–10). – P. 640–652.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У РОДИТЕЛЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ ДЦП И АУТИЗМОМ

*Р.В. Рахманов*

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев  
КУ «Днепропетровская клиническая психоневрологическая больница», ДОС, г. Днепропетровск, Украина

**Цель:** на основе изучения клинико-психопатологических и психологических особенностей непсихотических расстройств у родителей, дети которых страдают ДЦП и аутизмом, разработать комплексное их лечения с учетом его специфических мишеней.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное лечение 370 родителей, дети которых страдают ДЦП и аутизмом.

**Результаты.** Отмечено, что эффективность проводимых терапевтических мероприятий (психотерапия + фармакотерапия) была выше в семьях, воспитывающих детей с аутизмом. Редукция симптомов депрессии (F32.0) была достигнута в среднем у 67,1% человек против 37,6% среди родителей, дети которых страдают ДЦП. Фобические и тревожные расстройства (F40.9) уменьшились у 68,8% против 60,9% случаев, расстройства адаптации (F43.23) – в 71,0% против 56,4% случаев соответственно.

**Выводы.** На современном этапе развития психиатрии ранняя диагностика и лечение психических расстройств непсихотического уровня у родителей, дети которых страдают ДЦП и аутизмом, остаются значимой, практически неисследованной и до конца еще не разработанной проблемой. Разработка программы психосоциальной реабилитации ребенка должна обязательно включать выявление среди семей лиц групп риска относительно развития психических расстройств непсихотического уровня и назначение им комплексной психофармакотерапии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психические расстройства непсихотического уровня, лечение, родители, дети, ДЦП, аутизм, мишени, комплексное лечение.

## COMPLEX TREATMENT OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PARENTS WHOSE CHILDREN SUFFER FROM CEREBRAL PALSY AND AUTISM

*Ragif Rakhmanov*

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv  
Dnipropetrovsk clinical psychoneurological hospital, Dnipropetrovsk, Ukraine

**The purpose of the study.** On the basis of clinical, psychopathological and psychological features of non-psychotic mental disorders in parents whose children suffer from cerebral palsy and autism to develop their complex treatment in view of its specific targets.

**Materials and methods.** We conducted a comprehensive treatment of 370 parents whose children suffer from cerebral palsy and autism.

**Results.** It is noted that the effectiveness of the therapeutic measures (psychotherapy + pharmacotherapy) was higher in families with children with autism. Thus, the reduction of symptoms of depression (F32.0) was achieved on average 67.1% of men against 37.6% among parents whose children suffer from cerebral palsy. Phobic and anxiety disorders (F40.9) at 68.8% against 60.9% of cases, and for adjustment disorder (F43.23) in 71.0% versus 56.4%, respectively.

**Conclusions.** Thus, at the present stage of development of psychiatry, early diagnosis and treatment non-psychotic mental disorders in parents whose children suffer from cerebral palsy and autism, are still significant, largely unexplored and undeveloped even before the end of the problem. The development of psycho-social rehabilitation programs of the child must include the identification of risk groups among families in the development non-psychotic mental disorders and providing them with a comprehensive pharmacotherapy.

**KEY WORDS:** non-psychotic mental disorders, therapy, parents, children, cerebral palsy, autism, targets, complex treatment.

*Рукопис надійшов до редакції 01.02.2016 р.*

### Відомості про автора

**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 КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР.