

УДК 616.895:159.96+159.9 (075)

В. А. ВЕРБЕНКО., Е. В. ЧЕМОДАНОВА

КОРРЕКЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИКафедра психиатрии, психотерапии и наркологии,
Крымский Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского**Ключевые слова:** непсихические психические расстройства, реабилитация, психокоррекционные техники

В последние десятилетия в мире выросло число психических расстройств непсихотического уровня, в их возникновении основное место занимают психогенные факторы. Рождение в семье ребенка с нарушениями в развитии – проблема, затрагивающая все стороны жизни, вызывающая сильные эмоциональные переживания родителей и близких родственников. В последние годы выполнен ряд исследований, рассматривающих различные аспекты работы с семьями больных: психотерапевтический; медико-социальный; психообразовательный [1–3].

В настоящее время особенно возрастает потребность в разработке программ медико-психосоциальной реабилитации с ориентацией на семью пациента, а также дифференцированных методик с применением немедикаментозных факторов. Теоретическая и методологическая основа выполняемой работы базируется на существующих научных подходах к алгоритму реабилитационных мероприятий для больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, который был разработан и сегодня практикуется ведущими школами неврологов, психотерапевтов и физиотерапевтов (А. М. Вейн и соавт., 2002; Б. Д. Карвасарский, 2003; В. М. Боголюбов, 2004; А. Н. Разумов, 2005; И. П. Бобровницкий, 2007; М. В. Никитин, 2008; С. Raghiasci, P. Vecchia, E. Chiotti, 2004; К. Н. Usadel, 2008; et al.). Это эффект вегетокорригирующего, спазмолитического, седативного, физического и др. компонентов немедикаментозного лечения на этапе санаторно-курортной реабилитации (при взаимосочетании психологической коррекции, физических упражнений, бальнеопроцедур, физиотерапии, психотерапии, включая методики саморегуляции).

Цель исследования. Изучение клинко-психологических аспектов и определение технологий реабилитации родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Материалы и методы исследования

Экспериментальная база исследования – КС «Приморье», «Бригантина». Объект исследования – семьи, в которых воспитывались дети, больные ЦП. Нейропсихологическое обследование.

- СМИЛ (СМОЛ) – модифицированный вариант стандартизированного личностного опросника ММРІ;
- Методика PARI Методика PARI (parental attitude research instrument – методика изучения родительских установок) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы – американские психологи Е. С. Шефер и Р. К. Белл. Адаптирована Т. В. Нещерет [4].

Результаты и обсуждения

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено обследование родителей, воспитывающих детей, больных церебральным параличом (ДЦП). Специфика нарушений при данной патологии характеризуется сочетанием триады расстройств: двигательных, психических и речевых, с сопутствующими нарушениями зрения, слуха и расстройствами сенсомоторной чувствительности.

Большинство обследованных были женщины (89%) в возрасте от 23 до 39 лет, мужчин (11%) 30–49 лет. Контрольную выборку составили родители, воспитывающие здоровых детей (20 родителей).

Изучение психического состояния находившихся под нашим наблюдением родителей позволило установить наличие психопатологической симптоматики у 89,7% женщин и 21,1% мужчин основной выборки (табл. 1).

Для комплексной характеристики объекта была разработана схема (табл. 2), включающая стержневые ситуации, в которых оказались родители после рождения больного ребенка.

Психологическое исследование стандартизированным многофакторным методом СМОЛ (СМИЛ-ММРІ)

Таблица 1**Состояние психического здоровья**

Состояние психического здоровья	Основная группа (n=36)		Контрольная группа (n=20)	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Расстройства настроения (F30–39)	40.9±4.7	8.1±1.3	8.6±2.3	—
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–48)	48.8±7.1	13.0±1.4	—	5.6±0.9
Психические и поведенческие расстройства отсутствуют	10.3±2.1	78.9±4.4	81.4±2.3	94.4±5.6

Социальный статус родителей больных детей

	Чел.	%
Родители одиночки	15	51,7
Родители, у которых ребёнок-инвалид является единственным	22	75,9
Родители, у которых есть здоровые дети	23	79,3
Родители, у которых нормальный ребёнок родился после больного	7	24,1
Родители с высшим образованием	23	79,3
В том числе матери с высшим образованием.	11	37,9
Матери, имеющие или получающие второе дефектологическое образование	8	27,5
Родители с высшим образованием, работающие по специальности	11	37,9
Матери с высшим образованием, не работающие по специальности	7	24,1
Родители со средним образованием	14	48,2
Родители со средним образованием, работающие по специальности.	7	24,1
Родители со средним образованием, не работающие по специальности.	7	24,7
Матери-домохозяйки	4	13,8

позволило выделить несколько преобладающих личностных тенденций у обследуемой категории лиц. В большей степени доминирующими и выраженными оказались личностные тенденции, характеризующие импульсивность. Лица, подверженные импульсивности составили 27,1%. Также к разряду доминирующих, но несколько в меньшей степени, можно отнести к тенденции оптимистичности (24,18%) и пессимистичности (17,3%). Лица, у которых выявились в качестве доминирующих такие личностные особенности как подверженность сверхконтролю, ригидность и тревожность составили срединные значения (от 3,4% до 10,5%). Менее всего в обследуемой группе лиц оказались выражены личностные особенности, характеризующие эмоциональную лабильность (6,8%) и индивидуалистичность (3,4%).

В результате проведенного исследования по СМОЛ было установлено, что:

- доминирующими личностными тенденциями у данной группы родителей являются пессимистичность (18,4% чел.), импульсивность (34,7% чел.), оптимистичность (16,3% чел.);
- суммарное число лиц, у которых в личностных характеристиках преобладают импульсивно-инертные черты (группы импульсивных, пессимистичных и оптимистичных, представленные соответственно шкалами 2, 4, 9, составило 69,4% от общего числа родителей;
- остальные лица, имели разнонаправленные тенденции с преобладанием лабильности или тормозных проявлений (группы подверженных сверхконтролю, эмоционально-лабильных, тревожных и индивидуалистичных, представленные соответственно шкалами (1, 3, 7, 8) и составляют 30,6%.

Высокий процент группы пессимистичных (18,4%), видимо, объясняется своеобразием реакции испытуемых на сильный длительно действующий стресс, в основе которой лежат их конституциональные особенности. Это своеобразие может проявляться как реакция безразличия

на отрицательные воздействия социума в целом, а при усилении подобных воздействий, в случае приобретения ими негативного характера, и как параллельное усиление противодействия внешней среде.

Высоким оказался уровень лиц «группы риска». Акцентуации характера, выявляющие тенденцию к патохарактерологическому развитию личности, составили 22,3%. Приоритетными в этом плане оказались:

- группа импульсивных, у 17,6% (3 человек) выявлена гипертимная (сверхаппетивная) акцентуация;
- группа ригидных, у 75% (3 человека) выявлена эпилептоидная акцентуация;
- группа пессимистичных, у 33,3% (3 человека) выявлена гипотимная акцентуация;
- группа тревожных, у 100% (1 человек) выявлена психастеническая акцентуация;
- группа подверженных сверхконтролю, у 16,6% (1 человек) выявлена ипохондрическая акцентуация.

Результаты обработки данных по программе СМОЛ-скрининг свидетельствуют о том, что:

- потребность в обращении к специальной врачебной помощи максимально выражена у акцентуированных импульсивных (3 чел.) и депрессивных (2 чел.) родителей;
- проблемы неврологического уровня наблюдаются в большей степени у импульсивных (4 чел.) и ригидных (3 чел.) родителей;
- помощь психолога и психотерапевта нужна, в первую очередь, оптимистичным (6 чел.), в силу их эмоциональной незрелости, а также импульсивным (5 чел.), пессимистичным (6 чел.) и сверхточным (3 чел.) родителям;
- большая предрасположенность к нормативным показателям выявлена у оптимистичных (50%) родителей.

Для выяснения отношений матери к семейной роли и степени эмоциональных контактов с ребенком по методике PARI были выявлены следующие статистически

Таблиця 3

Статистически значимые показатели по методике PARI

Показатели методики	Средние значения	
	Основная выборка	Контрольная выборка
Ограниченность женщины рамками семьи	13,57±0,31	11,33±0,11
Сверхавторитет родителей	16,76±0,10	14,13±0,65
Раздражительность	14,33±0,21	11,06±0,02
Подавление агрессивности	13,24±0,02	10,08±0,11

значимые различия в распределении признаков в основной и контрольной выборках (табл. 3).

При проведении анализа было выявлено, что для семей основной группы в большей степени характерны следующие особенности: ограниченность женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье, стремление к сверхавторитету родителей, раздражительность и подавление агрессивности ребенка.

Кроме того, наблюдалась тенденция в различиях выборок по параметру «уклонение от контакта с ребенком» ($p < 0,005$, $12,71 \pm 0,02$, основная выборка, $10,86 \pm 0,11$, контрольная выборка).

При проведении корреляционного анализа установлено, что излишняя концентрация, как и излишняя эмоциональная дистанция с ребенком связаны с доминированием матери в семье и неудовлетворенностью женщины ролью хозяйки ($R=0,40$, $R=0,52$). Эмоциональная дистанция также связана с «безучастностью» мужа, а повышенная концентрация на ребенке – с зависимостью матери и ограниченностью рамками семьи ($R=0,48$). Особый интерес вызывает высокие показатели взаимосвязи оптимальности эмоционального контакта и сверхавторитета родителей ($R=0,67$). Такая взаимосвязь может быть связана с приравниванием матерями оптимальности эмоционального контакта и «послушностью» ребенка с признанием авторитарности родительского мнения.

Дифференцированный подход к специфике личностных нарушений у родителей, воспитывающих детей-инвалидов, позволил выделить три группы, различающихся определенными индивидуально-типологическими особенностями:

Первая группа. Особенностью таких родителей является стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами. Они оказываются несостоятельными при выполнении воспитательных мероприятий. Им чрезвычайно трудно организовать выполнение ребенком режима дня или домашних заданий. Они проявляют инертность или слабость, а также непоследовательность в использовании различных приемов поощрения и наказания. Им свойственна гиперболизация проблем ребенка, не критичность оценки его возможностей. Родители, в основном матери, не понимают того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а их собственной несостоятельности.

Во вторую группу включены родители, которые принимая решения относительно своего ребенка, руководствуются только своими собственными убеждениями вопреки советам других значимых лиц. Они обладают стойким желанием найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. Родительницам, относящимся к этой группе, характерны авторитарные формы взаимодействия со своим ребенком и неравномерность применения воспитательных мер. Одновременно им свойственно неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля за импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах.

У родительниц третьей группы проявляются черты как первой, так и второй категорий. Для них характерны более частые смены полярных настроений (то безудержная радость, то глубочайшая депрессия, вызванная незначительным поводом), склонность к ипохондрической фиксации эмоциональных состояний, предрасположенность к соматическим заболеваниям. Некоторые из них в большей степени проявляют тенденцию к доминированию, как и родительницы второй группы.

Характер вариантов личностных деформаций определил выбор средств, направленных на оказание им коррекционной помощи: для первой группы лиц – психотерапия и физиотерапия неврозоз; для второй группы лиц – психотерапия психопатий; для третьей группы – использование приемов как первого, так и второго направлений.

Выделение дифференциальных групп родителей дало возможность определить выбор психокоррекционных техник и средств. В предлагаемой методике выделяется два направления работы.

Первое направление – формирование адекватных способов взаимодействия матери с больным ребенком.

Второе направление – коррекцию психологического состояния матерей, в т. ч. с применением системы психотерапевтической тренировки.

Разработана программа медико-психосоциальной реабилитации с ориентацией на семью пациента, а также дифференцированные методики с применением немедикаментозных факторов (климатолечение, ЛФК (в т. ч. психотерапевтическое потенцирование физической тренировки – авторская методика), бальнеолечение (хвойно-морские ванны, йодобромные ванны, жемчужные ванны на морской воде), методов психотерапии. Тестирование, проведенное разными методами, подтверждает

тенденцию позитивных изменений и свидетельствует, что после лечения у родителей определялась структура адаптации к психогенным раздражителям.

Выводы. Семью нужно рассматривать как динамическую систему, в которой все ее части взаимосвязаны и взаимообусловлены. В связи с этим изменения паттерна отношений даже одного члена семьи, с неизбежностью будут изменять всю систему, делая ее более сбалансированной. Большой арсенал технологий медицинской реабилитации на Евпаторийском курорте позволяет оказывать воздействия на различные патогенетические звенья заболевания, повышать эффективность лечения детей с ЦП и их родителей, что значительно улучшает качество жизни. Соблюдение непрерывности и преемственности реабилитационных мероприятий, поддерживает положительный психологический настрой в семьях, имеющих больного ребенка.

Литература:

1. Эйдемиллер З. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: (учеб. пособие для врачей и психологов) / З. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. СПб.: Речь, 2005. – 332с. ил. (Мэтры мировой психологи).

2. Хритинин Д. Ф. Психосоциальная помощь пациентам с психическими расстройствами и их семьям: состояние, проблемы и пути их решения / Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. и др. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2008. – № 3. – С.78-82.

3. Петров Д. С. /Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клиничко-психиатрическое исследование) /Петров Д. С. автореф. диссертации на соискание ученой степени д. мед. н. М. – 2012, 48 с.

4. Методика PARI (Е. С. Шефер, Р. К. Белл; адаптация Т. В. Нещерет) / Психологические тесты. Ред. А. А. Карелин – М., 2001, Т.2., С.130-143

5. Физיותרapia: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с. — (Серия «Национальные руководства»).

6. Крадинова Е. А. Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с особыми возможностями (сообщение 1). / Крадинова Е. А., Кулик Е. А, Вербенко В. А., Илиади И. В., Чемоданова Е. В. Вестник физиотер. и курортол.- 2010.- № 2.- С. 52-59

7. Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е. Организация лечения и реабилитации больных шизофренией на основе семейно-ориентированного подхода: монография. – М., 2012. – 192 с.

CORRECTION BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN PARENTS RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES

V. A. VERBENKO, E. CHEMODANOVA

In practice of medical and psychological rehabilitation there was traditional approach, that problem of family, educative a child-invalid, examines exceptionally through the prism of problems of child. However, disabling disease of child for parents is high-value distress with a tendency to chronic process. Features of psychological trauma consist of forming of chronic distress, change of structure of attitudes toward themselves with violation of the social functioning. Attempt to avoid the psychological trauma is characterized by the high level of divorce in such families. This leads to a persistent neurotic and somatoform disorders

The purpose of the study. Development and implementation of psychological support of families with children with disabilities (cerebral palsy).

Object of the study: 35 families with disabled children. Experimental base of the study was rehabilitation department of clinical sanatorium (Evpatoria), where complex sanatorium-resort treatment of children with cerebral palsy (CP) was conducted .

Methods: Clinical, psychodiagnostic, statistics.

The results of the study. Research and analysis of personality characteristics of parents of children with severe mental and physical development, allowed to identify three groups of parents with certain typological characteristics. The first group is characterized by anxiety-sensitive personality tendencies. Second – behavioral- antisocial personality tendencies. The representatives of the third group shows a predisposition to somatic diseases and qualities of both the first and second groups.

Identified personality disorders in parents describe their internal emotional state, manifested in negative emotional reactions: anxiety and fear (the first group), anger and aggression (the second group) and mixed reactions (third group).

The nature of personal strain variants identified the range of methods aimed to providing to them psycho correctional care: for the first group of people – psychotherapy of neuroses, for the second group of people – psychotherapy of psychopathy, for the third group – use of techniques for both the first and second groups.

Psychotherapeutic work can be done at several levels: motivational – increasing of activity of pessimistic family members, actualization of needs in self-fulfillment; emotional – correction of status of parents and other family members, and the formation of self-regulation skills, relieving of emotional stress; behavioral – developing of effective skills, reassessment of life situation.

Therefore, improving of correction impact of the family, raising a child with a disability, requires a study of the specific impact of defect of abnormal child on personality traits of parents, as well as development of psychological measures aimed at correction of irregularities in the parent-child and marital relationships.